Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления»
(ВСГУТУ)
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия

ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

FORMS AND METHODS OF SOCIAL WORK IN DIFFERENT SPHERES OF LIFE

Материалы

V Международной научно-практической конференции,

посвященной 25-летию социальной работы в России

8-9 декабря 2016 г.

Улан-Удэ
Издательство ВСГУТУ
2016

УДК 364.3
ББК 65.272
Ф 796

Печатается по решению редакционно-издательского совета Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления

Редакционная коллегия
д-р мед.наук, профессор *Ю.Ю. Шурыгина*
(ответственный редактор)
канд. социол. наук *Т.Б. Дэбэева*

Ф 796 Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию социальной работы в России (8-9 декабря 2016 г.) / отв. ред. Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2016. – 382 с.

ISBN 978-5-89230-858-8

В сборнике представлены материалы докладов, в которых отражены современные технологии социальной работы, применяемые в различных сферах жизнедеятельности. Участники конференции, авторы статей, являются студентами, магистрантами, аспирантами преподавателями, специалистами организаций и учреждений социальной сферы, здравоохранения, образования из стран ближнего (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдовы, Таджикистан, Узбекистан, Украина) и дальнего (Болгария, Германия, Италии, Монголия, Словении, США) зарубежья, таких городов России, как Москва, Санкт-Петербург, Иркутск, Чита, Красноярск и др. Формы и методы социальной работы, применяемые в учреждениях и организациях Республики Бурятия отражены в статьях представителей вузов г. Улан-Удэ, а также учреждений социальной защиты населения и здравоохранения.

Печатается в авторской редакции.

The edited volume contains reports, which reflect the modern technology of social work, used in different spheres of life. The participants of the conference are students, undergraduates, graduate students and applicants from neighboring countries and beyond (Azerbaijan, Belarus, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Moldova, Tajikistan, Uzbekistan, Ukraine), and far (Bulgaria, Germany, Mongolia, Slovenia, United States) abroad, from Russian cities: Moscow, St. Petersburg, Irkutsk, Chita, Kasnoyarsk and others. Forms andmethods of social work, applied in the institutions andorganizations of the Republic of Buryatia are reflected in the articles of Ulan-Ude universities, social welfare institutions andpublic health service representatives.

ISBN 978-5-89230-858-8

ББК 65.272
© Авторы, 2016
© ВСГУТУ, 2016

УДК 364.075.2

Быкова Т.А.
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР УСТОЙЧИВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ БУРЯТИИ

В статье рассматриваются актуальные вопросы развития республиканской системы социальной защиты и социального обслуживания населения.

Ключевые слова: *адресная социальная поддержка, социальное обслуживание население, профилактика социального сиротства, доступная среда.*

Bykova T.A.
Ministry of Social Welfare of the Republic of Buryatia, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL PROTECTION AS A FACTOR OF SUSTAINABLE SOCIAL DEVELOPMENT OF BURYATIA

The article deals with topical issues of the republican system of social protection and social services.

Keywords: *targeted social support, social services, the prevention of child abandonment, accessible environment.*

Социальная защита в России имеет богатую историю и развитые традиции. Однако активное создание социальных структур в их современном виде началось в 90-е годы, когда социальные проблемы становились все более значимыми в развитии государства.

Формы социальной поддержки и помощи постоянно совершенствуются. Так, социальная защита населения республики, ограничивающаяся в 90-х годах оказанием социальной поддержки престарелым и инвалидам, предоставлением социальных выплат и льгот, претерпела существенные изменения. В настоящее время она включает систему широкого набора мер, направленных на поддержку социально уязвимых групп населения, разветвленную сеть учреждений социального обслуживания пожилых граждан, людей с ограниченными возможностями, семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Развиваясь, система социальной защиты населения продолжает меняться, отвечая на вызовы и потребности современного общества. Сегодня мы для себя определили четыре основных вектора развития, которые вошли в Стратегию социально-экономического развития республики до 2030 года.

1. **Адресная поддержка малообеспеченных граждан.** Ежегодно на предоставления мер социальной поддержки населению республики направляется более 4 млрд. рублей. Это субсидии на оплату жилищно-коммунальных услуг, пособия семьям с детьми, выплаты ветеранам и инвалидам. Необходимо отметить, что вводимые в последние годы новые меры социальной поддержки приняты с учетом нуждаемости:

- доплата к пенсии ветеранам труда Республики Бурятия;
- республиканский материнский капитал;
- субсидии на жилье многодетным семьям с шестью и более детьми.

Следующим шагом станет внесение изменений в республиканское законодательство по предоставлению социальных выплат только исходя из критериев нуждаемости. Планируется постепенный перевод категориальных выплат на адресную основу.

В течение 6 лет в сельской местности республики реализуется программа оказания адресной помощи малоимущим семьям на основе социального контракта. Это мера социальной поддержки, предусматривает обязательства, где в обмен на предоставление государственной помощи в виде крупнорогатого скота семья должна приложить собственные усилия для выхода из сложной жизненной ситуации, стать социально устойчивой. Всего за данный период помощь получили 767 семей. В 2016 году, учитывая положительные результаты данной социальной технологии, было решено расширить сферу применения социального контракта. Теперь социальная помощь предоставляется также в виде денежных средств на развитие личного подсобного хозяйства, организацию самозанятости, обеспечение пожарной безопасности жилого помещения. На сегодня денежные средства на основе социального контракта получили 33 семьи. В дальнейшем планируется ежегодное расширение числа участников программы.

Ежегодно в каждом районе республики реализуется программа «Социальный огород» по оказанию гражданам помощи по подготовке земельных участков для посадки овощных культур, выдаче семян. Семьи, участвующие в проекте, сопровождаются специалистами по социальной работе. В ходе проекта привлекаются агрономы для проведения теоретических и практических занятий. В конце сезона устраивается выставка-ярмарка, поощрение семей, достигших высоких результатов.

Так, в 2016 году по поручению Главы Республики Бурятии В.В. Наговицына по всей республике стартовала масштабная Акция по оказанию помощи многодетным и малоимущим семьям по обеспечению семенным материалом, посадке картофеля и вспашке земельных участков. По итогам акции отделами социальной защиты собрано более 15 тонн семенного картофеля, который передан 393 многодетным малообеспеченным семьям. Оказана помощь по вспашке 187 земельных участков. В г. Улан-Удэ в рамках акции 30 семьям, не имеющим собственных участков для посадки картофеля, были выделены участки земли. Всего по итогам акции малообеспеченными семьями собрано более 40 тонн картофеля. Оказание такого рода помощи является мерой активизирующего характера и дает гражданам возможность самим справиться с трудной жизненной ситуацией, обеспечив себя запасами овощей на зиму.

Современная эффективная социальная политика имеет свои перспективы только как политика стимулирующего и активизирующего характера связанная не столько с наращиванием пассивных мер социальной помощи, сколько с созданием условий для эффективной занятости и социального развития граждан.

2. Повышение доступности и качества социального обслуживания пожилых граждан и людей с ограниченными возможностями. В сфере социального обслуживания пожилых людей и граждан с инвалидностью основными задачами являются: обеспечение безопасного и комфортного проживания граждан в учреждениях отрасли; удовлетворение спроса населения на социальные услуги; обеспечение высокого качества предоставляемых услуг.

На сегодня удалось добиться положительных результатов в данном направлении деятельности. Все дома-интернаты для пожилых граждан и людей с ограниченными возможностями отвечают требованиям комплексной безопасности. Нет учреждений, размещенных в деревянных зданиях.

Сформирована республиканская нормативная правовая база по реализации федерального закона от 28.12.2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Социальное обслуживание предоставляется на основе индивидуальной оценки нуждаемости, с учетом доходов гражданина.

По результатам проведенной в 2015 году независимой оценки качества работы организаций социального обслуживания населения все учреждения набрали от 77 до 90 балов из 100 возможных. 99,8 % населения удовлетворены качеством предоставления социальных услуг.

Создан реестр поставщиков социальных услуг, в который вошли наравне с государственными и негосударственные предприятия. За 2015 г. в частном секторе получили услуги более 1000 граждан или 1,5 % от числа получателей социальных услуг.

Проблемными остаются вопросы очередности. На 1 октября текущего года очередь в дома-интернаты психоневрологического профиля составляла 153 человека, в дома-интернаты общего типа – 8 человек.

Их решение планируется за счет привлечения частных пансионатов к выполнению государственного задания на предоставление социального обслуживания, расширение участия социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО) в предоставлении социальных услуг населению, а также реализации ряда инвестиционных проектов:

- строительство корпуса в Мухоршибирском психоневрологическом интернате.
- открытии учреждения социального обслуживания на условиях концессионного соглашения.
- реализации проекта на основе государственно – частного партнерства по строительству пансионата для престарелых и инвалидов в г. Улан-Удэ.

Внедрены альтернативные формы социального обслуживания, такие как приемная семья для пожилого человека, договор пожизненного содержания с иждивением (рента). Во всех населенных пунктах осуществляется социальное обслуживание на дому, в отдаленных селах республики действуют мобильные бригады «Социальный экспресс». Действуют «Школа безопасности для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями», «Школа по уходу за пожилыми людьми для родственников».

В рамках принятой в Российской Федерации Стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста реализуются программы, направленные на продление активного долголетия. Пристальное внимание уделяется вопросам создания условий, способствующих независимости пожилых людей, всесторонней реализации их потенциала и обеспечению достойного образа жизни.

В Бурятии мероприятия, направленные на повышение качества жизни пожилых людей, в качестве подпрограммы, включены в структуру Государственной программы Республики Бурятия «Социальная поддержка граждан (2014 - 2017 годы и на период до 2020 года)». Совместно с региональными общественными организациями разработан и реализуется Республиканский план мероприятий по работе с пенсионерами «Жизнь продолжается!».

Осуществляется за счет республиканского бюджета грантовая поддержка социально-ориентированных НКО, деятельность которых направленна на улучшение социально-экономических условий жизни людей старшего возраста и граждан с инвалидностью.

Реализуется ряд программ, ориентированных на разные потребности пожилых людей. Это, во-первых, реализация программ занятости для пожилых людей, проведение специальных ярмарок вакансий, продолжение проекта «бабушка на час». Для людей, желающих получать новые знания и развиваться, работает Университет третьего возраста, в рамках которого проводится обучение компьютерной грамотности, реализуется социальная технология «социальный туризм».

Ежегодно проводятся региональные чемпионаты по компьютерному многоборью, победители которых представляют республику на Российском уровне.

Действуют творческие коллективы. Совместно с региональным отделением Союза пенсионеров России во всех муниципальных образованиях проводятся спартакиады пенсионеров. Победители региональных соревнований выступают на республиканском уровне. В текущем году состоялась V юбилейная спартакиада пенсионеров республики. В сентябре 2016 года в республике впервые состоялся Байкальский форум-выставка «50 ПЛЮС. Все плюсы зрелого возраста», где работали более чем 50 экспозиционных площадок, представляющих все самое лучшее в России для людей зрелого и старшего возраста.

Для реализации положений Стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста Министерством разработан развернутый межведомственный план мероприятий, исполнителями которого являются почти все министерства и ведомства, органы местного самоуправления и государственные учреждения республики, которые в свою очередь будут работать с частными предприятиями и общественными организациями по отраслевой принадлежности.

Для осуществления контроля за выполнением мероприятий плана установлены целевые показатели до 2025 года.

Указанный документ позволит проводить в республике целостную государственную политику по улучшению положения граждан старшего возраста и использовать на благо общества тот колоссальный потенциал, которым они располагают.

3. Снижение уровня социального сиротства и обеспечение приоритета семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Основными приоритетами в этой работе являются:

1. Профилактика социального сиротства.
2. Устройство детей-сирот в замещающие семьи.

Для реализации этих задач проводится поэтапное реформирование учреждений для детей-сирот. Детские дома переименованы в государственные учреждения социального обслуживания «Центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей». Их деятельность ориентирована на развитие семейных форм жизнеустройства детей, поддержку и сопровождение замещающих семей. В каждом учреждении созданы службы по раннему выявлению семейного неблагополучия. Создан межведомственный банк данных несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении. Организована работа детского телефона доверия «Добрый друг». Организована работа мобильной бригады, для оказания квалифицированной психолого-педагогической помощи замещающим семьям в районах республики. Особое внимание уделяется комплексной безопасности учреждений. Для детей, находящихся в учреждениях для детей-сирот, созданы условия, приближенные к семейным. В каждом учреждении оборудованы комнаты социально-бытовой адаптации, реализуются программы подготовки воспитанников к самостоятельной жизни, организована профориентационная работа. Налажен воспитательный процесс. Создана система постинтернатного сопровождения выпускников.

В 2015 году проиндексированы пособия на детей, в том числе на содержание детей в опекунских и приемных семьях, увеличен размер вознаграждения приемному родителю на 24 тыс. рублей, при условии принятия на воспитание 5 и более детей.

Особое внимание уделяется информационно-разъяснительной работе. На официальном сайте Министерства реализуется проект «Ищем маму и папу!», где размещена информация о детях, нуждающихся в семейном устройстве. Выходят в эфир теле- и радио программы, где населению в доступной форме рассказывается о формах жизнеустройства детей-сирот и о мерах социальной поддержки замещающих семей. На сайте министерства, в средствах массовой информации постоянно транслируется успешный опыт приемных родителей, популяризируются положительные примеры приемных семей.

Благодаря проводимой работе в республике наблюдается ежегодное снижение числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. При росте численности детского населения имеет место снижение численности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (2011 г.- 6212, 2015 г. – 5729 чел.). Увеличивается доля детей, переданных на воспитание в семьи граждан: в 2011 г. составило 86,5% (5373 реб.), в 2015 г. – 89,3% (5116 детей). Количество детей-сирот, находящихся на учете в региональном банке, с 2012 года, т.е. с начала действия Указа Президента № 1688 *(от 28 декабря 2012 г.)*, снизилось на 53,5 % (на 01.01.2012 – 861 чел.; на 01.10.2016 – 461 чел.).

Дальнейшие преобразования в системе социальной поддержки замещающей семьи как социального института, будут направлены на повышение статуса приемных родителей, решение задач по повышению эффективности социальной защиты таких семей, создание новой формы устройства детей-сирот на воспитание в семью, при которой с опекунами будет заключаться трудовой договор (профессиональная приемная семья).

4. Обеспечение равных возможностей для граждан с инвалидностью.

С 2014 года в Республике Бурятия начала свое действие программа «Доступная среда. На реализацию ее мероприятий направлено более 50 млн. рублей, в том числе субсидии из федерального бюджета.

На выделенные средства проводилась работа по созданию условий беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения (здравоохранение, культура, транспорт, информация и связь, образование, социальная защита, спорт и физическая культура).

По итогам реализации программы стали доступными 80 объектов социальной инфраструктуры. Проделана значительная работа по созданию условий беспрепятственного перемещения внутри административных зданий, реконструированы входные группы (продублированы нормативными пандусами), расширены дверные проемы, информация о графике приема граждан размещена на информационных стендах в доступной для инвалидов форме, в местах, где отсутствуют лифты, организован прием граждан на первых этажах. На территории административных зданий организованы автостоянки, где предусмотрены парковочные места для автотранспорта инвалидов, установлены соответствующие дорожные знаки, помещения внутри оснащены звуковой и тактильной информацией.

Основные мероприятия подпрограммы включают в себя также создание информационных проектов по формированию толерантного отношения к гражданам с ограниченными возможностями и их проблемам.

Министерством проводится согласование проектно-сметной документации, согласование заданий на проектирование на предмет доступности для граждан с ограниченными возможностями. Только за 9 месяцев 2016 г. выдано 12 заключений.

В соответствии с Федеральным законом № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в рамках осуществления государственного контроля (надзора) Министерством осуществляются проверки в отношении юридических лиц по обеспечению доступности объектов социальной инфраструктуры. Ежегодно проводится до 10 проверок, в адрес владельцев объектов выдаются предписания об устранении нарушений Градостроительного кодекса и строительных норм и правил.

Совместно с общественной организации молодых инвалидов «Гэрэл» запущен пилотный проект по социальной интеграции инвалидов молодого возраста посредством вовлечения их в трудовую деятельность. В ходе реализации проекта молодым людям с инвалидностью оказывается содействие в получении услуг профессиональной ориентации, обучении и трудоустройстве, психологическая поддержка и юридическая помощь. В проекте участвуют 20 представителей республиканской общественной организации молодых инвалидов «Гэрэл». При успешной реализации проекта опыт по содействию молодым инвалидам в обучении и трудоустройстве будет распространяться на всех нуждающихся в такой помощи.

С 1 января 2016 года начата реализация Плана мероприятий («дорожной карты») по повышению доступности объектов и услуг для граждан с инвалидностью на 2016 - 2020 годы. Реализация мероприятий в рамках документа направлена на создание дополнительных условий для обеспечения равенства возможностей, личной самостоятельности, включенности в общество, индивидуальной мобильности и недискриминации по признаку инвалидности гражданам, имеющим ограничения по здоровью. «Дорожной картой» предусмотрено проведение паспортизации объектов и услуг, для оценки их доступности в рамках действующего законодательства. Собственники объектов обязаны оснащать здания приспособлениями, средствами и источниками информации, позволяющими обеспечить доступность для людей с ограниченными возможностями, предоставляемых для них услуг. Реализация «дорожной карты» позволит сформировать условия для устойчивого развития доступной среды, повысить качество предоставляемых маломобильным гражданам государственных услуг.

Все преобразования в отрасли направлены на совершенствование социального обслуживания, повышение уровня социальной защищенности и качества жизни граждан.

Социальная защита населения в Республике Бурятия на современном этапе претерпевает существенные качественные изменения, направленные не только на обеспечение базовой социально-экономической безопасности населения, но и на сохранение и развитие человеческого потенциала, как основы для сбалансированного и устойчивого развития региона.

УДК: 616.61-036.12:616.33-002.2

Абдурахманова Н.М.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С 3-4 СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей и характера поражения верхнего отдела желудочно- кишечного тракта (ЖКТ) при 3 и 4 стадии хронической болезни почек (ХБП).

Ключевые слова: *желудочно-кишечный тракт, хронические болезни почек, эзофагогастродуоеноскопия*

Abdurakhmanova N.M.
Tashkent medical academy, Uzbekistan

GASTROPATHIES IN PATIENTS WITH 3-4 STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASES

The aim of this study was to investigate the clinical characteristics and the nature of the lesions of the upper gastrointestinal tract at 3 and 4 stages chronic kidney disease (CKD).

Key words: *chronic kidney disease, esophagogastroduodenoscopy, gastrointestinal tract*

Хроническая болезнь почек (ХБП) определяется как повреждение почек или снижение их функции в течение трёх месяцев или более независимо от диагноза (K/DOQI, 2002). При поздних стадиях ХБП поражаются практически все органы и системы. Наиболее часто у таких больных поражаются органы пищеварительной системы [1,2], что частично связано с высокой распространенностью в популяции заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При этом велико значение специфических уремических факторов. На сегодня четко доказано наличие функциональной связи между почками и органами пищеварения, которые принимают активное участие в компенсации нарушений азотистого и электролитного обменов при хронической уремии [2,3,4]. Такие органы пищеварения, как желудок, кишечник, печень и поджелудочная железа, участвуют в подобных компенсаторных механизмах путем повышения экскреции азотистых продуктов, при этом подобный экстраренальный механизм компенсации начинает действовать еще до развития гиперазотемии. Наиболее часто и рано при ХПН поражается желудок, что определяется термином «уремическая гастропатия» [2, 4], которая преимущественно выявляются при инструментальном и лабораторном исследованиях [1, 4, 5].
Цель исследования. Определить частоту, клинические особенности и характер поражения верхнего отдела ЖКТ у больных 3 и 4 стадии ХБП.

Задачи исследования: 1. Определить частоту встречаемости и особенности клинических проявлений поражения верхних отделов ЖКТ у больных 3 и 4 стадии ХБП

2. Изучить состояние верхних отделов ЖКТ по данным ЭГДФС у больных 3 и 4 стадии ХБП.

Материалы и методы исследований. В Республиканском Нефрологическом Центре при III клинике ТМА в 2014-2016 года были обследованы 35 больных в исходе нефропатии недиабетической этиологии в 3 -4 стадии ХБП. Обследовано 12 женщин и 23 мужчин в возрасте от 18 до 61 лет. Средний возраст больных составил 40±6.2 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 до 10 лет, в подавляющим случае находились в пределах 4-8 лет, составив в среднем 6,7±3.2 года. Нозологические единицы приведшие к развитию ХБП были следующими: ХГН гипертоническая форма 7 (20 %), ХГН нефротическая форма 2 (5.7%), ХГН смешанная форма 12 (34.2%), ХГН латентная форма 2 (5.7%), хронический пиелонефрит 6 (17.1%), мочекаменная болезнь 4(11.5%), поликистоз почек 2 (5.7%). Все больные были разделены на 2 группы: первая группа наблюдения составила 18 больных с 3 стадией ХБП, вторая группа наблюдения составила 17 больных с 4 стадией ХБП.

Всем пациентам были выполнены общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Для оценки состояния верхних отделов ЖКТ всем больным была проведена эзофагогастродуоденоскопия.

Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования пациенты с 3 стадией ХБП предъявляли следующие жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота (n= 7; 38,8%), рвота (n= 4; 22,2%), изжога (n= 3; 16,6%), отрыжка (n= 4; 22,2%), снижение аппетита (n= 6; 33,3%), боли в эпигастральной области (n= 5; 27,7%), горечь во рту (n=2; 11,2%), расстройства стула (n=2; 11,1%). Из 18 больных с 4 стадией ХБП тошнота встречалась у 11 (64,7%) пациентов, рвота у 8 (47,05%), изжога у 5 (29,4%), отрыжка у 6 (35,2%), снижение аппетита - у 8 (47%), боли в эпигастральной области у 10 (58,8%), горечь во рту у 4 (23,5%) и расстройство стула встречалась у 6 пациента (35,2%). При проведении ЭГДФС получены следующие результаты: у 38,8% больных 3 стадии ХБП имелся рефлюкс-эзофагит, у 22.2% больных - хронический простой гастрит и у 11,1% - эрозии желудка, у 27,7 % больных обнаружен хронический гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была диагностирована у 5,5% больных, у 33,3% больных -дуоденогастральный рефлюкс желчи. У больных 4 стадии ХБП были более частые поражения ЖКТ, так рефлюкс-эзофагит встречался у 53,4% больных, у 35,2% больных имелся катаральный гастрит, у 41,1% больных гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была диагностирована у 23,5% больных, у 64,7% больных -дуоденогастральный рефлюкс желчи. Так же необходимо отметить что у многих больных имелись смешанные поражения пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.

Как видно из диаграммы эрозивный эзофагит встречался у 5,5% больных 3 стадии ХБП и у 17,6% 4 стадии ХБП, эрозивный гастрит у 11% и у 29,4%, эрозивный гастродуоденит у 11,1 и у 17,6% больных соответственно. У пациентов с 3 стадией ХБП эрозивный бульбит присутствовал у 5,5% больных, а эрозивный дуоденит и вовсе отсутствовал. В нашем исследовании язвенная болезнь желудка не встречалась, но язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была у 5,5% больных 3 стадии ХБП и у 23,5% больных 4 ста-

дии ХБП. Так же необходимо отметить что у 23,5% пациентов 4 стадии ХБП имелись смешанные эрозивно-язвенные поражения верхнего отдела ЖКТ.

Обсуждение. Как видно из проведенных нами исследований верхний отдел желудочно – кишечного тракта у больных с ХПБ -3 характеризовалось, наличием рефлюкс-эзофагита, катарального гастрита, гастродуоденита, дуодено-гастрального рефлюкса, так же и наличием эрозивно-язвенных поражений. Больные с 4 стадией ХПБ характеризовались значительным преобладанием эрозивно-язвенных поражений, рефлюкс-эзофагита, гастродуоденита, дуодено-гастрального рефлюкса желчи. Из эрозивных поражений преобладал эрозивный гастродуоденит который составил 29,4%. Желудок по сравнению с пищеводом и 12-перстной кишкой оказался наиболее подверженным эрозивному поражению. Таким образом, поражения верхнего отдела ЖКТ являются частой гастроэнтерологической патологией у больных с ХБП. Частота, распространённость этих поражений связаны с стадией ХБП. По мере прогрессирования заболевания учащается частота развития эрозивно-язвенных поражений, которые носят разнообразный характер, среди них ведущее

Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у больных 3-4 стадии ХБП



Выводы: 1. У всех обследованных больных 3 и 4 стадии ХБП при эзофагогастродуоденоскопии выявлены изменения со стороны пищевода, желудка и 12ПК в их различных сочетаниях. 2. С увеличением стадии ХБП возрастает вероятность возникновения эрозивных, эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно- кишечного тракта у больных с ХБП. 3.Отмечено преобладание рефлюкс-эзофагита, гастродуоденита, эрозивного гастрита, дуоденогастрального рефлюкса. 4.Больные 3-4 стадией ХБП с поражением верхнего отдела ЖКТ характеризуются более стертой клинической картиной и отсутствием эпигастрального болевого синдрома чуть менее чем у половины больных.

Список литературы.

1.Моисеенко В.О. Гастроэнторологические розлади при вторичных нефропатиях // Актуальные проблемы нефрологии(Вип. 6) / За ред. Т.Д. Никули. – К.: Задруга, 2001. – С. 236-238.

3.Levey A.S., Coresh J., Balk E. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification // Ann. Intern. Med. – 2003. – № 139 (2). – P. 137-147.

4. Kamiya T., Hirako M., Misu N. et al. Impaired gastric motility and its relationship to gastrointestinal symptoms in patients with chronic renal failure // J. of Gastroenterol. – 2005. – Vol. 40, № 12. – P. 1116-1122.

5 Карпов П.Ф. Нарушение кишечных механизмов у больных с хронической почечной недостаточностью // Тер. архив. – 1992. – Т. 64. – № 6. – С. 73-77.

УДК: 37.013.78:37.012

Абдурахимова Л.А.

Ташкентская медицинская академии, г.Ташкент, Узбекистан

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

В статье рассматривается содержание социально-педагогической деятельности в обучении, социально-педагогические компоненты в педагогической науке. Социально-педагогический подход предполагает реализацию педагогического процесса при опоре на социум и его воспитательный потенциал через установление взаимодействия с социальными институтами, включение воспитанников в социально значимую деятельность и в социальные отношения, формирование социальных потребностей и развитие социальных способностей личности. Важное место уделяется рассмотрению принципов социально-педагогической деятельности, ее структуры, направлений, подвидов и форм как основных инструментов реализации идей социальной педагогики в сфере медицинской науки и реальной практики .

Ключевые слова: *социально-педагогическая деятельность, педагогическая деятельность, научная деятельность, компоненты, принципы.*

Abdurakhimova L. A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

THE ROLE OF THE SOCIAL – EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR TEACHING SENIOR STUDENTS OF MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

The article deals with the content of socio-pedagogical activity in training, socio-pedagogical components in pedagogical science. Socio-pedagogical approach involves the implementation of the pedagogical process by relying on the society and its educational potential through the establishment of cooperation with the social institutions, the inclusion of pupils in socially meaningful activities and social relations, the formation of social needs and the development of social abilities of the individual. An important place is given to the consideration of the principles of social and educational activities, its structure, trends, sub-species and forms a basic tool of realization of ideas of social pedagogy in the field of science and actual practice.

Key words: *social and pedagogical activity, pedagogical activity, scientific activity, components, principles.*

Социально-педагогическая деятельность является одним из важных направлений профессиональной деятельности. В данном направлении создаются условия для оказания профессиональной помощи студентам. В процессе их социализации, освоения им социального и культурного опыта а также на создание условий для самореализации в обществе.

Социальная педагогика – это наука о закономерностях реализации педагогического процесса в различных условиях социума. С помощью которого необходимо предоставить специалистам формы и методы реального воплощения потенциала [3, 4].

Осуществляется она социальными педагогами, а также педагогами по специальности, как в различных образовательных учреждениях, так и в других учреждениях, организациях, объединениях, в которых может находиться студент.

Социально-педагогическая деятельность всегда является адресной, направленной на конкретного студента и решение его индивидуальных проблем, возникающих в процессе социализации, интеграции в общество, посредством изучения личности студента и окружающей его среды, составления индивидуальной программы.

Данная деятельность носит процессный характер, и требуют много времени для осуществления поставленных целей и задач. Источником ее развития являются противоречия между состоянием социальной ориентации и функционирования человека и потребностями его “очеловечивания” и общественными интересами.

Социально-педагогическая деятельность предполагает организацию соответствующего вида воспитательно-образовательной ситуации. Процесс социально-педагогической деятельности представляет собой совокупность всех операциональных действий, которые совершают его соучастники. Условно все операции можно разделить на организационно-педагогические и технологические группы, каждая из которых носит синтетический характер, включая в разной мере теоретические и практические аспекты и этапы. Социально-педагогический процесс начинается с организационно-педагогического обеспечения, затем идет этап технологической работы. На практике организационно-педагогические и технологические операции взаимопроникают, дополняют и обогащают друг друга.

С помощью социальной педагогике есть возможность разъяснить сущности механизмов взаимодействия личности с её проблемами и ресурсами.

При обучении старших курсов необходимо вести в совокупности следующие виды деятельности как, научно - педагогическая и практическая, а также социально-педагогическая деятельность.

Целью научно-педагогической деятельности является получение новых знаний о педагогических отношениях и формах их развития. Научная педагогическая деятельность состоит из двух видов: теоретической и экспериментальной.

Научная деятельность изучает всю совокупность отношений, возникающих в педагогической сфере, вырабатывает рекомендации, нормы и формы научной организации практической деятельности.

Практическая педагогическая деятельность включает в себя передачу необходимой части опыта. Она состоит из двух видов: учебной и воспитательной.

В учебный процесс были включены такие структурно-содержательные компоненты: целевой, мотивационный, коммуникативный, процессуальный, результативно-оценочный. Вышеуказанные компоненты являются составной частью социально-педагогической деятельности. Каждый компонент имеет своё значение и используется при обучении студентов и для стимулирования их для научной деятельности.

Целевой как основной компонент социально-педагогической деятельности требует определения цели деятельности, которые необходимо решить специалисту. Следующим шагом социального педагога является **поиск путей решения.** С этой целью на основе установленного диагноза разрабатывается целеполагания («дерево целей») определяются методы и формы организации учебного процесса.

Мотивационный компонент или мотивация - это движущая сила человеческого поведения. Определение мотивационной готовности студента к процессу должна включать дерево целей -"хочу-могу-делаю-получаю".

Социально-педагогическая деятельность по своей сути является коммуникативной. Под коммуникативным компонентом понимают взаимодействие социального педагога и студента, целью которой является оптимизация механизмов функционирования студента или группы

Процессуальный компонент - это конкретный выбор содержания и вида деятельности, ее технологии. Задачей технологии является разработка методик результативного целенаправленного воздействия.

Результативно-оценочный компонент включает мониторинг и оценку выполненной работы. Целью мониторинга в первую очередь является определение эффективности мероприятий, введенных в план реализации социально-педагогической деятельности.

Оценка выполнения социально-педагогической деятельности проводится для того, чтобы убедиться, насколько успешно или нет происходит выполнение задач. Так, мониторинг и оценка является важным компонентом при осуществлении социально-педагогической деятельности в совокупности научной деятельностью [1, 2].

Разработанная новая методика «Полёт в науку» включает в себя основные виды педагогической деятельности, таких как научно-педагогическую, практическую и социально-педагогическую. Основной целью данной методики является определение индивидуальных качеств и способностей по разным направлениям науки и умения использовать приобретенные навыки в практике.

Для начала и реализации научной деятельности необходимо поставить главную цель и необходимые задачи, а также определить проблемы касательно самого обучающего или процесса обучения.

Так как социально-педагогический подход обеспечивает профессиональную деятельность на основе ряда принципов, были адаптированы следующие принципы:

Принцип социального партнерства и сотрудничества при организации и управлении социально-педагогической деятельностью предполагает построение взаимодействия всех субъектов на основе общих целей воспитания и объединения усилий по их достижению. В данном случаи выбор каждого студента или всей группы зависит от их индивидуальных качеств и их восприятий, а также зависит от поставленной ими цели или выбранной проблемы. В процессе обучения необходимо изучить особенности характера и элементы способностей каждого студента с помощью специальных тестов.

Принцип культуросообразности означает максимальное использование богатейшего культурного потенциала народа как ценности в воспитании и образовании, полноценного развития детей и молодежи, их творческого самовыражения в созидательной деятельности. Это принцип даёт возможность раскрыть и показать культуру каждого обучающего и стимулировать с помощью примеров и историй народа. А также использование обратной связи в педагогической деятельности является одним из основных частей реализации воспитании и раскрытия творческих способностей студентов.

Принцип природосообразности отражает отношение к студенту как к части природы (учет индивидуальных физических и психических особенностей), предполагает воспитание в единстве и согласии с природой. С помощью этого принципа необходимо приблизить студентов к природе, окружающей среде и к проблемам экологии. В данном этапе необходимо использовать наглядные материалы или выбрать главного персонажа связанного с природой. А также дать возможность студентам указать основные проблемы и пути решения проблем.

Принцип опосредованности воспитательных воздействий на основе создания необходимых условий, в которых для молодежи предоставляется выбор инвариантных путей. Выбор однозначных вариантов создаёт условия для влияния конкретных положительных воздействий с помощью различных видов воспитательного воздействия: скрытое или незаметное, открытое, взаимное воспитывающее влияние, самовоспитание.

Принцип опоры на потенциал социума в воспитании указывает на необходимость адекватного восприятия и использования социального опыта, позитивного его преобразования в конкретном регионе. Человеческий потенциал – способность человека проявить теоретические возможности на практике. В данном этапе педагог должен определить следующие специфические стороны потенциала – системность, внешняя обусловленность, непрозрачность, стратегичность. С помощью определения индекса развития человеческого потенциала можно дать характеристику человеческого потенциала.

Принцип проектирования, прогнозирования и моделирования направлен на стратегическое и тактическое прогнозирование развития воспитания в поликультурном и многонациональном социуме, на создание новых или преобразование существующих условий функционирования воспитания и развитие его элементов.

Принцип воспитания в коллективе определяется как система равноправных отношений, складывающихся между участниками в процессе совместной жизнедеятельности. В силу своей целостности коллектив способен уникальным образом влиять на каждого его субъекта, а в целом позволяет приобретать опыт адаптации и обособления в обществе.

Принцип преемственности в воспитании как на уровне поколений, так и на уровне системы образования, указывает на непрерывность процесса воспитания, на необходимость личностного присвоения (интериоризации) воспитанниками культурно-исторических ценностей [1, 5].

Для достижения поставленной цели необходимо использовать различные виды, формы и направления социально-педагогической деятельности.

В процессе обучении студентов медицинских ВУЗов использования таких направлений как профилактика, волонтерство, консультирование, реабилитация, работа с семьей, с детьми, конфессиями, работа с различными группами населения является наиболее эффективной для подготовки профессиональных кадров медицины.

Список литературы:

1. Мардахаев Л. В. Социальная педагогика. М., 2006.
2. *Писарев В.Е., Писарева Т.Е.*, Теория педагогики – Воронеж: Издательство «Кварта», 2009. С.612
3. Социальная педагогика. Монография / Под ред. В. Г. Бочаровой. М., 2004.
4. Социально-педагогические технологии в деятельности образовательного учреждения. Учеб. пособие для студ. вузов по специальностям «Социальная педагогика», «Социальная работа» / Под ред. В. С. Торохтия. М., 2007.
5. Торохтий В. С. Социальная педагогика и социально-педагогическая деятельность: взаимосвязи и взаимозависимости // Материалы Всероссийского конгресса социальных педагогов с международным участием 18-21 марта 2009 г. / Урал. гос. пед. ун-т; под ред. М. А. Галагузовой: В 4-х ч. Ч. 1. Екатеринбург, 2009.

УДК 616-008.9-085-036.82-053.61.81

Агарков С.Ф., Толстикова Е.А.

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

ВОПРОСЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

В статье рассматриваются вопросы немедикаментозной терапии и реабилитации подростков и лиц молодого возраста с метаболическим синдромом, определяется значение социальных аспектов медицинской помощи данной категории населения.

Ключевые слова: *немедикаментозное лечение, реабилитация, метаболический синдром, подростки, лица молодого возраста.*

Aharkov S.F., Tolstikova E.A.

Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, Dnepr, Ukraine

ISSUES OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT AND REHABILITATION OF ADOLESCENTS AND YOUNG PERSONS WITH METABOLIC SYNDROME

The article deals with the non-pharmacological treatment and rehabilitation of adolescents and young adults with metabolic syndrome, defined by the value of the social aspects of health care in this category of the population.

Keywords*: non-pharmacological treatment, rehabilitation, metabolic syndrome, adolescents, young persons.*

Метаболический синдром (МС) определяют как комплекс обменно-гормональных заболеваний, включающий ожирение, инсулинорезистентность, артериальную гипертензию (АГ), атерогенную дислипидемию, нарушение углеводного обмена или сахарный диабет (СД), стеатогепатит [1].

Важнейшей задачей лечения и профилактики МС у подростков и лиц молодого возраста является предотвращение или максимально возможное снижение риска развития сердечно-сосудистой патологии, нарушений углеводного обмена и других компонентов МС [2].

Необходимо подчеркнуть, что МС – обратимое состояние, при котором достижимо уменьшение выраженности основных проявлений [2].

К методам коррекции метаболических нарушений относятся немедикаментозные и медикаментозные. Немедикаментозные методы включают диетотерапию, физические нагрузки, отказ от курения, гармонизацию образа жизни, нормализацию режима «сон-бодрствование».

Повышение физической активности остается первым и наиболее эффективным методом воздействия при МС. Уровень физической нагрузки является модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, СД, ожирения, АГ. Увеличение физической активности как метод воздействия при правильном подборе интенсивности и вида нагрузки практически не имеет противопоказаний и побочных эффектов. Регулярные физические нагрузки приводят к снижению инсулинорезистентности, даже если не сопровождаются снижением индекса массы тела. Это происходит за счет увеличения утилизации глюкозы мышечной тканью, сохраняющейся на более высоком уровне в течение 48 часов после физической нагрузки. Кардиопротективный эффект физической нагрузки развивается при выполнении физических упражнений по 30 мин 3-4 раза в неделю в щадящем режиме. Рекомендуется плавание, спортивная ходьба, велопрогулки. Первоначально длительность тренировки должна составлять 10-15 минут, затем продолжительность постепенно увеличивают, доводя до максимума – 40-70 минут в день. Интенсивная физическая нагрузка приводит к улучшению измененных при МС лабораторных показателей (липидограмма, адипоцитокины, холестерин, гликозилированный гемоглобин и др.), что, как правило, сопровождается уменьшением выраженности центрального ожирения. Физические нагрузки должны хорошо переноситься пациентами, прежде всего, эмоционально. Уровень допустимой нагрузки должен быть предварительно определен под контролем мониторирования артериального давления (АД), ЭКГ, ЭХО-КГ. Наиболее доступным и эффективным способом повысить физическую активность является ходьба, причем важен не ее темп, а пройденное расстояние. Рекомендуется 3-5 раз в неделю совершать пешие прогулки в темпе, позволяющем достичь частоты сердечных сокращений до 60-70% от максимально допустимой для данной возрастной группы.

Важнейшим звеном профилактики, лечения и реабилитации МС у подростков и лиц молодого возраста является *диетотерапия.* Необходимо снижение калорийности рациона в среднем до 1700 ккал/сут. Для индивидуального расчета калорийности определяют суточную потребность в энергии, а затем вычитают из полученной величины 300-600 ккал.

При АГ показано ограничение в рационе поваренной соли до 3-8 г/сут, снижение потребления продуктов, богатых холестерином. С учетом рекомендаций ВОЗ, потребление холестерина при наличии гиперхолестеринемии не должно превышать 300 мг/сут. Необходимо достаточное потребление белка (около 75-100 г/сут или 20-30% от общей калорийности рациона). Диета должна содержать 55-60% углеводов с высоким содержанием клетчатки и исключением моносахаридов (сахар, кондитерские изделия). Важно увеличение содержания в рационе пищевых волокон (до 30-50 г/сут) и продуктов, богатых клетчаткой. Необходимо употребление омега-3-кислот в составе оливкового и рапсового масел, доля которых в общей калорийности рациона должна составлять 1-2%. На долю жиров должно приходиться не более 30% от общего числа калорий (10-% - животные, 20% - растительные). Исключают из рациона так называемые «быстрые» углеводы и жиры. Категорически запрещено употреблять маргарин («легкий» жир). Рекомендуется так называемая «средиземноморская диета»: морская рыба, фрукты, овощи в большом количестве, морепродукты, макароны из твердых сортов пшеницы, нежирные молочные продукты, молоко, хлеб из муки грубого помола, кисломолочные продукты с минимальным процентом жирности. Рекомендуются продукты с большим содержанием магния: орехи, бобовые, сухофрукты в умеренном количестве. Лучше всего готовить пищу на пару, запекать в духовке, можно использовать гриль. Порции должны быть небольшими, рекомендуется 5-6 приемов пищи в день [3].

Так как в генезе ожирения существенную роль играют нарушения пищевого поведения, очень важно своевременно выявлять их признаки и при необходимости оказывать пациенту психотерапевтическую помощь. У подростков, привыкших к перееданию,

целесообразно снижать калорийность рациона постепенно. Голодание, а также очень низкокалорийные диеты (ниже 1200 ккал/сут) не должны использоваться, так как приводят к развитию ряда неблагоприятных последствий: плохая переносимость, гипогликемические состояния, увеличение веса после отмены диеты, усугубление стеатогепатита, при значительном снижении калорийности - увеличение инсулинорезистентности.

Поскольку неправильное пищевое поведение формируется в течение длительного времени, стереотип приема пищи меняется, как правило, постепенно. Ведение пациентом дневника питания с регистрацией режима, количества и наименования пищевых продуктов является важным фактором, способствующим изменению пищевого поведения, позволяет врачу оценить пищевые привычки и количество реально потребляемой пациентом пищи. Следует подчеркнуть, что резкое уменьшение массы тела является крайне нежелательным. Начальная цель похудания - снижение на 10% от исходного веса за 2-3 месяца. Оптимальным в лечении ожирения считается снижение веса на 2-4 кг в месяц.

Влияние факторов немедикаментозного воздействия на инсулинорезистентность и развитие компонентов метаболического синдрома представлены в таблице.

Влияние немедикаментозного лечения на основные компоненты МС у подростков

Метод	Вес	АД	Триглицериды	Общий холестерин	ХС ЛПВП	ИР	Риск сердечно-сосудистых заболеваний
Диетотерапия	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓
Физическая нагрузка	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓ на 50 %

ТГ – триглицериды, ХС ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности, ИР – инсулинорезистентность

Реабилитационная поведенческая терапия в основном проводится в индивидуальном порядке или в маленьких группах в течение 6 месяцев еженедельно. Ключевыми ее чертами являются: установка цели и советы по диете, самонаблюдение – с заполнением пациентом пищевого дневника, контроль за стимулами, когнитивное реструктурирование – осознанное поведение в приеме пищи и диетических привычках, профилактика рецидивов.

Таким образом, немедикаментозные методы лечения и последующая реабилитация подростков и лиц молодого возраста с МС оказывают значительное положительное влияние на снижение риска развития сердечно-сосудистой патологии, нарушений углеводного обмена и других компонентов МС.

Список литературы:

1. Е. Толстикова Метаболический синдром у детей и подростков. - З турботою про дитину. – Київ, 2015, №4 (54), с. 12-15.
2. Е. Толстикова Метаболический синдром у детей и подростков (часть 2). - З турботою про дитину. – Київ, 2016, №1 (55), с. 18-25.
3. Эндокринология детского возраста: учебное пособие / [Е.В.Прохоров, Е.А.Толстикова, И.М.Островский] [и др.]] ; под общ. ред. Е.В.Прохорова. – 2-е изд., испр. и доп. – Донецк, 2012. – 181 с.

УДК. 616.12-008.46; 616.146.2

Азимов Э. Т., Жаббаров Н.И.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Проспективный анализ показывает, что во многих случаях дисфункция почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в лечения.

Ключевые слова: *хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, кардиоренальный синдром.*

Azimov Elyor Tuymuratovich, Jabbarov Navruz Ikramovich

STATE OF RENAL HEMODYNAMICS AND KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Prospective analysis shows that in many cases, kidney dysfunction is parallel pathology in CHF, which worsens the prognosis of the disease and requires special attention in the correct treatment.

Key words: *Chronic heart failure, chronic kidney disease, cardiorenal syndrome.*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность этой темы обусловлена прогрессирующим и прогностически неблагоприятным течением ХСН, её высокой распространенностью среди населения [1] и постоянно увеличивающимися финансовыми расходами на лечение больных.

Распространенность этого заболевания увеличивается с возрастом и достигает 10–20% у лиц в возрасте 70–80 лет [2]. В будущем в связи со старением популяции и увеличением выживаемости больных с различной сердечно-сосудистой патологией ожидается, что количество больных с ХСН еще более возрастет.

Прогноз у больных с ХСН крайне неблагоприятный. По международным данным, смертность среди них в 4–8 раз выше, чем в общей популяции соответствующего возраста, и сравнима или даже превосходит смертность от таких онкологических заболеваний, как рак молочной и предстательной железы, колоректальный рак [3]. У больных с ХСН IV ФК NYHA смертность в течении полугода достигает 44%. При не тяжелой ХСН в течение 4 лет с момента постановки диагноза живет лишь половина больных [4].

В последние годы было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН считается нарушения функции почек, которое приводит повышение концентрации креатинина в сыворотке крови и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [5]. Нарушения функции почек являются важным фактором риска развития прогрессирование ХСН. Результаты эпидемиологических и популяционных исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек приводит к резкому ухудшению состояния пациентов с ХСН [6].

Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений, замедлить прогрессирование нарушение функции почек. В настоящее время продолжаются исследования взаимосвязи между состоянием почечного кровотока и показателей сердечной гемодинамики при ХСН, которое считается важным для определения прогноза.

Цель исследования: Целью нашего исследования было изучить изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики, их взаимосвязь с выраженностью клинической симптоматики у больных с ХСН.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (11 мужчины и 9 женщин) с клиническими проявлениями ХСН, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3-клиники ТМА, в возрасте 51 - 83 лет, средний возраст - 66,8 ± 9,8 лет. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, идиопатической кардиомиопатией, перикардитами, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексного сканирования почечных артерий). Диагностику и оценку ХСН проводили согласно с Национальными Рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2012). Клубочковую фильтрацию рассчитывали по формуле Cockroft–Gault. Согласно NKF Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease (2002). Эхокардиография проводилась в В- и М-режимах импульсным датчиком 2,5-3,5 МГц, измерения проводили согласно рекомендациям американского эхокардиографического общества. Почечную гемодинамику оценивали с помощью ДСПА конвексным датчиком с частотой 2,5-5,0 MHz с полипозиционным положением больного.

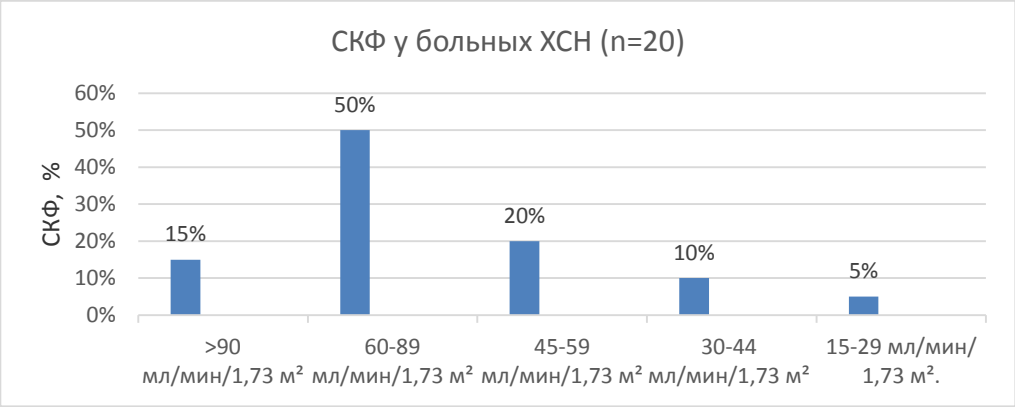


Рисунок 1. Распространенность степеней ХБП среди больных ХСН.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows. Достоверность различий между параметрами определяли по критерию t Стьюдента.

Результаты исследования: В ходе исследования среди больных с ХСН у 15% была выявлена СКФ>90 мл/мин/1,73 м², у 50% - 60-89 мл/мин/1,73 м², у 20% - 45-59 мл/мин/1,73 м², у 10% - 30-44 мл/мин/1,73 м² и у 5 % -15-29 мл/мин/ 1,73 м² (Рисунок 1). Таким образом, ХБП со СКФ<60 мл/мин/ 1,73 м² наблюдалась у 35% больных с ХСН. Анализ возрастных особенностей распространенности ХБП среди больных с ХСН показал рост частоты снижения СКФ с увеличением возраста больных, а так же при нарастании ФК ХСН. Линейные (Vps, Ved) и объемные скорости кровотока ($COk_{общ}$, $CIk_{общ}$, $COk_{баз}$, $CIk_{баз}$) у большинства больных с ХСН были ниже, а пульсационный (PI) и резистивный индексы (RI) – выше, чем у здоровых лиц ($p<0,001$). Линейные скорости кровотока, индексы периферического почечного сопротивления и параметры объемного почечного кровотока коррелировали с показателями сократительной функции сердца и проявлениями дисфункции почек. Средний ФК ХСН составляло 2,2±0,8 у больных с нормальной СКФ почек, при ассоциированной ХБП эти показатель был выше (2,6±0,7; $p<0,001$). У больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, чаще наблюдалась анемия, при этом уровень гемоглобина снижался по мере нарастания тяжести ХБП. Проведенный многофакторный регрессионный анализ показал независимую связь концентрации гемоглобина и СКФ ($p<0,01$). Эхокардиографические показатели такие как конечный диастолический размер (КДР) составлял 51,43±6,4 мм и конечный систолический размер (КСР) 35,6±4,5 мм ($p<0,1$) у больных ХСН, в то время при ассоциированные с ХБП эти показатели были 52,1±8,0 мм, 38,0±7,0 мм ($p<0,06$), соответственно. При оценке структурных изменений сердца установлено, что больные ХСН наличием и отсутствием ХБП не различались по величине ФВ левого желудочка.

Заключение: Течение хронической сердечной недостаточности, ассоциированной с хронической болезнью почек, характеризуется более тяжелыми клиническими проявлениями и течением заболевания. Результаты показывают, что во многих случаях нарушение функций почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в коррекции лечения.

Список литературы:

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологическое исследование сердечной недостаточности: состояние вопроса // Сердечная недостаточность. - 2002. С. 95.
2. Мареев В.Ю. Основные достижения в области понимания, диагностики и лечения ХСН в 2003 году // Сердечная недостаточность. - 2004. С.102.
3. Напалков Д.А., Сулимов В.А., Сеидов Н.М. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания // Лечащий врач. – 2008 С. 98.
4. Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И. «Дисфункция почек у больных с хронической сердечной недостаточностью: патогенез, диагностика и лечение» // «Сердечная недостаточность», том 6, №6(34), 2005, стр. 45-50
5. Marenzi G., Lauri G., Guazzi M. et al. Cardiac and renal dysfunction in chronic heart failure: relation to neurohumoral activation and prognosis // Am J Med Sci. 2001. Vol. 321 (6). P. 359-366.
6. Smith GL, Lichtman JH, Bracken MB et al. Renal impairment and outcomes in heart failure: systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2006; P. 198.

УДК 37.04-053

Айсина Р.М.
Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ БЕЗРАБОТНЫХ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

В статье рассматриваются актуальные проблемы трудоустройства безработных предпенсионного возраста. Предложен способ повышения эффективности их подготовки к собеседованию с работодателем на основе программного комплекса «Виртуальный рекрутер».

Ключевые слова: *безработные, предпенсионный возраст, виртуальный тренинг навыков собеседования.*

Aysina R. M.
North-Caucasus Federal University, Stavropol, Russian Federation

USING VIRTUAL TECHNOLOGIES FOR PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO UNEMPLOYED INDIVIDUALS OF PRE-RETIREMENT AGE

This article is devoted to topical issues of pre-retirement job-seekers' re-employment. The software «Virtual Recruiter» is offered to increase their preparedness to job interview.

Key words: *unemployed, pre-retirement age, simulated job interview*

Возрастающая безработица относится к числу глобальных вызовов современности. По данным Международной организации труда, по сравнению с 2015 годом, к концу текущего года численность безработных в мире увеличится почти на 2,3 миллиона человек и еще на 1,1 миллион человек в 2017 году [5]. В России уровень безработицы также продолжает оставаться на очень высоком уровне. Федеральная служба государственной статистики сообщает о 4 миллионах российских граждан, зарегистрированных в статусе безработных (5,2 % трудоспособного населения), по данным на август 2016 года [2]. При этом не стоит забывать о том, что в стране много неработающих граждан, которые не обращаются в службы занятости и, соответственно не учитываются в официальной статистике. Таким образом, реальный уровень безработицы в России гораздо выше.

Все безработные сталкиваются со значительными трудностями при поиске новой работы, но особенно сложно бывает найти работу людям предпенсионного возраста. Они часто воспринимаются работодателями как некомпетентные в области современных технологий и неспособные быстро адаптироваться к условиям стремительно меняющейся повседневности [1; 3]. Кроме того, исследо-

ватели отмечают, что безработные старше 50-55 лет часто не имеют навыков грамотного поведения на собеседовании и на встрече с потенциальным работодателем ведут себя либо крайне неуверенно, либо формально, либо агрессивно, особенно, если рекрутер задает «неожиданные» вопросы или предлагает задачи, которые требуют нестандартного решения [1; 3; 4].

На сегодняшний день в соответствие с законодательством РФ, граждане предпенсионного возраста, зарегистрированные в качестве безработных в органах службы занятости населения, имеют право на досрочный выход на пенсию, но при этом они теряют формальный статус безработного, а вместе с ним и весь «пакет» государственных гарантий в области содействия занятости безработным гражданам. Учитывая невысокий уровень пенсионного обеспечения в России, данную ситуацию нельзя назвать благоприятной, так как досрочный выход на пенсию ведет к значительному снижению дохода таких граждан, а следовательно, и к ухудшению качества их жизни. Тем не менее, многие безработные предпенсионного возраста осознанно отказываются от попыток трудоустройства в пользу досрочного выхода на пенсию, так как чрезвычайно низко оценивают свои шансы на то, чтобы найти работу, соответствующую их квалификации.

Специалистами служб занятости населения и кадровых агентств предпринимаются попытки конструктивного изменения этой сложной ситуации: с гражданами предпенсионного возраста, стремящимися возобновить трудовую деятельность, проводятся индивидуальные и групповые консультации, видеотренинги, ролевые игры, которые направлены на повышение их психологической готовности к собеседованию, улучшение навыков самопрезентации и деловой коммуникации [1; 4]. К сожалению, и финансовых, и кадровых ресурсов часто оказывается недостаточно для того, чтобы проводить все эти мероприятия на регулярной основе и в объеме, необходимом для данной категории граждан. В качестве одного из вариантов решения обозначенной проблемы мы предлагаем внедрение в процесс социально-психологического сопровождения безработных предпенсионного возраста программного комплекса «Виртуальный рекрутер», разработанного сотрудниками лаборатории виртуалистики ФГАОУ ВО СКФУ и обеспечивающего выполнение следующих функций: диагностика актуального уровня навыков собеседования; возможность такого количества повторов процедуры интервью, которое требуется каждому конкретному обучающемуся для того, чтобы достичь максимального уровня подготовки к собеседованию с реальным работодателем; возможность выбора из различных вариантов ответа на каждый вопрос; обеспечение эффективной обратной связи обучающемуся безработному в режиме реального времени (в виде развернутых комментариев к его каждому ответу на вопросы собеседования сразу же после завершения каждой серии интервью); автоматизированный расчет балльных оценок и определение уровня развития навыков по результатам каждой серии интервью.

На сегодняшний день нами проведена апробация данного программного комплекса с участием 27 безработных граждан предпенсионного возраста (16 мужчин и 11 женщин), зарегистрированных в центрах занятости населения г. Москвы. В рамках апробации участникам процедуры было предложено пройти серию обучающих сессий с использованием программного комплекса «Виртуальный рекрутер». Обучение считалось завершенным после того, как безработный достигал высокого уровня сформированности навыков собеседования. После этого участникам предлагалось оценить, насколько полезным инструментом подготовки к собеседованию они считают данный программный комплекс. Для этого мы разработали опросный лист, который включал шесть характеристик, а именно: простота в использовании; удобство навигации; возможности для тренировки навыков собеседования; разнообразие ответов; содержательность комментариев к ответам; общее впечатление о тренажере. Каждую характеристику предлагалось оценить по 5-балльной шкале (где «1» – самая низкая оценка – «плохо»; «5» – самая высокая оценка – «отлично»).

Таблица. Среднегрупповые оценки возможностей и удобства обучения навыкам собеседования с помощью программного комплекса «Виртуальный рекрутер»

Характеристики обучения	Минимум	Максимум	Среднее	Стандарт. отклонение
Простота в использовании	3	5	4,11	0,64
Удобство навигации	3	5	4,07	0,55
Возможности для тренировки навыков собеседования	4	5	4,22	0,64
Разнообразие ответов	4	5	4,70	0,47
Содержательность комментариев к ответам	3	5	4,19	0,62
Общее впечатление	4	5	4,41	0,50

Как видно из таблицы, участники апробации достаточно высоко оценили все предложенные нами характеристики (все средние выше 4.0). Оценки в 3 балла по отдельным пунктам встречались эпизодически, преобладали оценки в 4 и 5 баллов. Подчеркнем, что предлагаемая нами разработка отличается экономичностью и позволяет существенно оптимизировать работу специалистов служб занятости без снижения ее качества. Экономичность а данном случае определяется наглядностью, простотой интерфейса, прозрачной навигацией, структурированной системой оценки, легкостью в использовании (как для безработного, так и для специалиста, сопровождающего процесс обучения). Данный тренажер позволяет не только улучшить навыки собеседования, но и выстроить дальнейшую индивидуальную траекторию социально-психологической помощи безработным гражданам предпенсионного возраста. С учетом результатов виртуальных сессий им могут быть даны индивидуально-ориентированные психологические рекомендации относительно выбора поведенческой стратегии на предстоящих собеседованиях. Таким образом, программный комплекс «Виртуальный рекрутер» может быть рекомендован для практического применения службами занятости населения в целях повышения эффективности социально-психологического сопровождения безработных граждан данной возрастной группы.

Статья подготовлена в рамках Задания № 25.1815.2014/К от 11.07.2014 г. на выполнение научно-исследовательской работы в рамках проектной части государственного задания Министерства образования и науки Российской Федерации в сфере научной деятельности.

Список литературы:

1. Айсина Р.М., Суслова Т.Ф. Современные методы и формы профессиональной ориентации и психологической поддержки граждан, стремящихся возобновить трудовую деятельность после длительного (более одного года) перерыва: методические рекомендации. М.: РГСУ, 2013. 154 с.
2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/bgd/free/b04_03/IssWWW.exe/Stg/d01/194.htm (дата обращения 30.10.2016).
3. Aysina, R. M., Maksimenko, Z. A., & Nikiforov, M.V. Feasibility and Efficacy of Job Interview Simulation Training for Long-Term Unemployed Individuals // PsychNology Journal. 2016. Vol. 14. № 1. P. 41 – 60.
4. Efremova G. I. Aysina, R. M., Maksimenko, Z. A., Kolotilova, I. V., & Shagurova, A. A. (2015). Virtual Computer Technologies in Practice of Socio-Psychological Assistance toward the Unemployed People: Current State and Prospects of Researches // Asian Social Science. 2015. Vol. 11. №2. P. 262-269. doi: 10.5539/ass.v11n2p262
5. World employment and social outlook: Trends 2016. Geneva: ILO [Electronic resource]. URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_443480.pdf (дата обращения 27.10.2016).

УДК 377.5

Албатаева Т.А., Климентьева А.А.
Республиканский ресурсный центр «Семья», г. Улан-Удэ, Россия

ПРОБЛЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ, ВЫХОДЯЩЕЙ ЗА РАМКИ ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

В статье рассматривается проблема оказания помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (на примере работы детского телефона доверия в республике Бурятия). Предложены меры эффективной реализации помощи, выходящей за рамки телефонного консультирования.

Ключевые слова: *телефон доверия, социально-психологическая помощь.*

Albataeva T.A., Klimenteva A.A.
National Resource Center "Family" or Children's helpline, Ulan-Ude, Russia

THE PROBLEM OF ORGANIZING CARE FOR CHILDREN THAT IS OUTSIDE OF THE PHONE COUNSELING SCOPE

This article is devoted the problem of providing assistance to children in difficult situations (for example, children's hotline in the Republic of Buryatia). Effective solutions of assistance proposed that goes out the telephone counseling.

Key words*: telephone helpline, social and psychological care.*

Актуальность исследуемой темы обусловлена тем, что обострились проблемы при организации помощи, выходящей за рамки телефонного консультирования. С введением федеральной рекламно-информационной кампании увеличилось количество обращений, связанных с жестоким обращением с ребенком, в том числе случаев, выходящих за рамки телефонного консультирования. В связи с этим страдает диспетчерская функция и функция защиты ребенка, поскольку отсутствует единая республиканская информационно-нормативная база для организации экстренной помощи ребенку за рамками телефонного консультирования. Все это нарушает право ребенка на получение качественной, доступной и безопасной экстренной помощи, создает риск дискредитации работы детского телефона доверия. Особенность развития службы детского телефона доверия в республике Бурятия заключается в том, что она развивается в одном ведомстве – на базе министерства социальной защиты РБ. Таким образом, развитие единой линии детского телефона доверия в республике, напрямую зависит от политики и возможностей финансирования данной деятельности на уровне муниципалитетов, от ведомственных приоритетов и кадровой политики в социальной сфере. Консультирование детей по телефону не выделено в отдельную службу или подразделение, не оформлено нормативно как муниципальное задание ведомству. Несмотря на желание сотрудников службы телефона доверия развивать данное направление, они встречаются с труднопреодолимыми ведомственными барьерами. Все это создает определенные ограничения в развитии такой важной государственной услуги как экстренная психологическая помощь детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, которая прямо работает на защиту детей от жестокого обращения и соблюдение их прав.

Таким образом, в республике Бурятия сложилась ситуация, при которой, с одной стороны, имеются реальные трудности, снижающие качество экстренной психологической помощи, нарушающие базовые принципы работы детского телефона доверия, с другой стороны, существует достаточный ресурс для развития службы в виде сложившейся профессиональной команды, партнерских связей, сформированной потребности детей в помощи по телефону, наличия методического ресурса и политической поддержки. На основе проведенного исследования были сформулированы предложения, направленные на оптимизацию стратегии развития службы на уровне региона, повышение доступности и качества услуги и стабилизацию работы детского телефона доверия.

В своей работе консультанты детского телефона доверия руководствуются следующим стандартом услуги «Оказание экстренной психологической помощи детям службой детского телефона доверия, работающей под единым общероссийским номером» настоящий стандарт разработан Фондом «Фонд защиты детей от жестокого обращения» и устанавливает требования к содержанию, порядку представления, процессу оказания, доступности услуги «Оказание экстренной психологической помощи детям Службой детского телефона доверия, работающей под единым общероссийским номером», в настоящем стандарте реализованы общепризнанные принципы и нормы международного права, Конституции Российской Федерации, федеральных законов, регулирующих сферу отношений соответствующей деятельности.

В первую очередь выявление несовершеннолетних, пострадавших от жестокого обращения, осуществляется не только в рамках работы органов опеки и попечительства, образования, Комиссий по делам несовершеннолетних, правоохранительных органов, но и посредством работы детского телефона доверия с единым общероссийским номером. Республика Бурятия подключилась к этому телефону в сентябре 2010 года. В нашем регионе его работу курируют специалисты двух учреждений (социальной защиты населения и образования). И такие обращения поступают на телефон доверия, по основаниям поступления обращений от взрослых и детей .

На основании вышеизложенного, перед службой детского телефона доверия возникла необходимость направить свою деятельность не только на экстренную психологическую помощь ребенку по телефону, оказавшемуся в трудной жизненной ситуации, но и комплексную мобильную помощь, выходящей за рамки телефонного консультирования. На сегодняшний день существует алгоритм оказания помощи, выходящей за рамки телефонного консультирования, разработанный Национальным фондом защиты детей от жестокого обращения в 2013 году, но к сожалению данный алгоритм работы не соответствует организационно-правовым нормам и актам учреждений образования и социального обслуживания, осуществляющих свою деятельность на территории республики Бурятия и отсутствием эффективного межведомственного взаимодействия.

Таким образом, мы предлагаем:

1. Разработать Порядок организационно-правового взаимодействия конкретных учреждений социального обслуживания и образования, органов внутренних дел в ситуации реагирования на сигнал о жестоком обращении, поступивший на детский телефон доверия и организации незамедлительной помощи ребенку, а также проведений профилактических мероприятий по предотвращению жестокого обращения в школах, в семьях, находящимся в социально опасном положении и т.д. В Порядке межведомственного взаимодействия определены действия для всех органов и учреждений системы профилактики при выявлении детского неблагополучия.

Работа по профилактике жестокого обращения в семьях эффективна и востребована, это мы можем утверждать, как по отзывам родителей, полученным после посещения предложенных мероприятий, так и по положительным отзывам специалистов. Данная модель работы – наиболее эффективна, если она реализуется не только с детьми, но и с их родителями.

2. Создание кризисного центра призванного играть роль механизма быстрого реагирования на сложившуюся ситуацию, так как часто речь идет об оказании ребенку экстренной помощи, а это предполагает работу по принципу «открытых дверей», когда ребенок сам может обратиться в учреждение, и его беспрепятственно туда помещают, не требуя каких-либо документов и официальных направлений.

Создание Центра предполагает следующие цели: 1. Временно содержание 2. Социальная реабилитация детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, социально опасном положении и оставшиеся без попечения родителей в возрасте от 3 до 18 лет и оказания содействия в их дальнейшем устройстве (с приоритетным использованием различных форм передачи на воспитание в семью) в установленном порядке.

3. Для расширения возможностей оказания экстренной психологической помощи по телефону создать телефонные службы «Горячая линия» при учреждениях.

4. Появление доступной информации для ребенка, подвергшегося насилию, о местах, куда можно обратиться за помощью, в том числе информирование населения о детском телефоне доверия (возможно действие на правах социальной рекламы - телефоны, адреса).

5. Формирование через СМИ общественного мнения о роли и месте семьи в обществе, о формировании здорового образа жизни, о негативном отношении к насилию и жестокости в семье. Привлечение общественного мнения к решению этих проблем и их профилактике.

Список литературы:

1. Гребенкин Е.В. «Профилактика агрессии и насилия в школе». Ростов-на-Дону, «Феникс», 2006.

2. Гуггенбюлъ А. Зловещее очарование насилия. — СПб.: Академический проспект, 2002.
3. Гетц О. «Насилие в семье и криминальная эксплуатация». Действуем сооб- ща. // Соц. обеспечение № 5, 2003.
4. Детский телефон доверия как механизм раннего выявления детского и семейного неблагополучия: материалы конф., Москва, 19 июня 2014./ http://fond-detyam.ru/detskiy-telefon-doveriya/konferentsii/
5. Организация деятельности служб детских телефонов доверия по защите прав детей, пострадавших от насилия в кризисной ситуации: материалы межрегион. конф., Москва, 27 августа 2015./ http://www.sirotstvo.ru/conference2015/index.shtml
6. Предотвращение жестокого обращения с детьми. Практ.пособие :сост. Зырина А.И., Индейкина Т.Л. –Пермь, Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2009.

УДК 94 (476)

Алексейчикова Н.Н.
Белорусско-Российский университет, г. Могилев, Беларусь

ЦЕХОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ БЕЛАРУСИ В XVI–XVII ВВ. КАК ИНСТИТУТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

В XVI–XVII вв. на белорусских землях происходит становление и развитие цеховых организаций. Это профессиональные объединения ремесленников одной или нескольких родственных профессий, но и социальные институты, выполняющие социальные функции.

Ключевые слова: *социальная защита, цеховые организации, социальные функции цеховых организаций.*

Aleksejchikova N.N.
Belarusian-Russian University, Mogilev, Belarus

BELARUS GUILD ORGANIZATION IN XVI-XVII CENTURIES AS INSTITUTIONS OF SOCIAL SECURITY

Guilds appeared in Belarus in the XVI–XVII centuries occupational associations of artisans based on one or mare crafts. Besides guilds were social institutes performing.

Key words: social protection, guild's organizations, social functions of gilds.

Развитие ремесленного производства в белорусских городах в XVI–XVII вв. базировалась на корпоративной цеховой основе, что было обусловлено борьбой с давлением со стороны феодалов, а также ростом конкуренции со стороны беглых крепостных крестьян, которые переселялись в города и начинали заниматься ремеслом [1, с. 82]. В рассматриваемое время цеховые организации не только способствовали развитию ремесла, но и являлись социальными институтами, так как их деятельность была направлена на удовлетворение важных социальных потребностей в трудовой деятельности и социальной активности горожан. Цеховые организации объединяли членов одной или родственных профессий. Так в 1615 г. в г. Могилеве был сформирован цех, который объединял оружейников, кузнецов, слесарей и котельников [2, с. 331]. Каждый цех имел свой Устав, который регламентировал внутрикорпоративную жизнь ее членов [3, с. 234–236, 286–291, 291–294, 428–429].

Цех как социальный институт выполнял регулятивную, интегративную и транслирующую функции. Цеховые организации стандартизировали профессиональную деятельность членов цеха посредством норм, закрепленных в Уставах, королевских привилеях и подтвердительных грамотах, определяя деятельность членов цеха: *«ижъ кождый мистръ, такъ тежъ и товарышъ с не важылъ се куповати … скоръ воловыхъ, коньскихъ, козловыхъ, баранихъ и телячыхъ, такъ тежъ попеловъ, дубу и фарбу ремеслу належачыхъ <…> на предместью, на улицы и въ домахъ, таковый, пересведчоный, вины повиненъ заплатить на пана лентвойта и на врядъ мескій золотыхъ десять, а до скрынки братъское такъже золотыхъ десять, але повиненъ будеть куповать на рынку, на слушномъ торговомъ местцу … а где бы до которого брата нашого гостиную работу дали робить, тогды повиненъ будетъ ознаймить пану цехмистру, а где бы который не ознаймилъ, тогды вины маеть дать и заплатить…, а отъ гостиное роботы месть дать каждый мистръ, отъ скоры воловое албо конское до скрыни братское по грошу одному, а отъ малыхъ, козлиныхъ, баранихъ и телятинъ по полгрошу маеть дать…»* (Устав цеха скорняков 1625 г.) [3, с. 407–413], устанавливая запрет на производство некачественного товара: *«А естли бы тежъ каоторый учень тутошній, зъ науки вышедшы, такъ же бы за товариша покутне ремесло наше робилъ, таковый, яко покутникъ, винами вышъ поменненными, каранъ быти маетъ…»* (Устав цеха шорников, г. Могилев, 1938 г.) [3, с. 440 и его фальсификацию: *«Вещи краденные… никто покупать и прятать не должен, даже сделанные из серебра, ломанного, отлитого… кто не послушает… до скрынки братской две гривны и на уряд другие две гривны заплатить должен…»* [3, с. 430], следили за качеством произведенного товара: «*Если станет известно, что кто-то фальшивую работу сделал, за первый раз десять гривен до скрынки братской заплатить должен, за второй раз должен отложить ее, а за третий места между нами лишается и не имеет права тем ремеслом в месте заниматься»* (Устав цеха золотников, 1615 г.) [3, с. 429]; определяли количество подмастерьев у каждого мастера (согласно нормам цеха могилевских золотников, каждый мастер мог иметь не более двух подмастерьев или учеников [3, с. 430]).

Цех осуществлял передачу социального опыта, в частности уделял большое внимание духовному развитию членов цехового братства: *«что от Бога начинается, счастливым, благословенным устойчивым бывает, поэтому будем просить духовных наших, чтобы каждую четверть года (так как у нас на сегодняшний день из-за недостатка нашего нет возможности иметь личный алтарь) литургию или службу божью… имели, за что награда, о которой договоримся, будет от старших наших из скрынки братской выдавана…»* [3, с. 428], занимались обучением нового поколения профессии: *«челядникъ, уступуючы до ремесла, маеть дать до скрыни братское фунтъ воску, такъ же якъ и зъ науки будеть выходить, маеть дать до скрынки братское фунтъ воску… а въ науце челядникъ маеть быть роковъ тры; а по выхожденъю зъ науки маеть робить зъ мыта роковъ тры и у брати нашое; а по выстю трехъ рокъ зъ мыта, если будеть чловекомъ учстивымъ а въ а въ месте его королевской м(и)л(о)сти оселымъ, захочетъ ли собе того ремесла кгарбарского зажывать, то за перепрошенемъ пана цехмистра и братіи нашыхъ на схадце головное до скрынки братское повиненъ будеть дать водлугъ уваженя пана цехмистра и брати старшое…»* (Устав цеха скорняков 1625 г.) [3, с. 409–410], знакомил с нормами морали бытующими в обществе того времени, законами и нормами: *«Уважением друг к другу и честность, как младших к старшим, так и старших к младшим должна быть везде…»* (Устав цеха золотников, 1624 г.); *«А еслим бы мистръ и товарышъ молодшій на старшого зъ насъ, зъ цеху, таргнулъ, словы неучтивыми лаелъ и соромотилъ, таковый маеть дати до скрынки братское две гривны, а на урадъ местьскій другую две кривны грошей; а еслибысь рукою торгънулъ, тогды маесть вины дати пять гривенъ грошей, а на урядъ местьскій и замковый другую пять гривенъ грошей, къ тому, водлугъ уваженя цехмистрового и братского, везеньемъ каранъ быти маетъ…»* [3, с. 428, 430, 440].

В рассматриваемое время цеховые организации обеспечивали защиту членов цеха и членов их семей, в случае потери кормильца: *«Вдова если захочет, после смерти мужа-мастера своего имеет право год тем ремеслом заниматься, которой товарища и хлопца иметь можно, как мог это делать ее муж»* [3, с. 431]; *« чтобы вдовы, после смерти мужей своих оставшиеся, имели средства к существованию, если будет иметь сына, то дать ей челядника с цеха, который бы ремесло делал до тех пор пока сын лет не дорастет, а она ему должна будет платить мыто, установленное цехмистром и братьями, а если бы сына не имела, то дать ей челядника на год и шесть недель…»* [3, с. 490] или смерти одного из членов цехового братства: *«а на погребъ брата своего повинны сходить се вся братія за ознайменемх цехъмитсра, такъ тежу и челядь маеть сходитися; а где бы которые не прышолъ … тогды вины на кождомъ таковомъ по фунту воску до скрыни братское и каранъе братское поносить…»; «съ тыхъ грошей братскихъ… маемо и повинни будемо меть аксамитъ для погребеня и покрыта брати нашое умерлыхъ»* [3, с. 411–412] или члена его семьи: *«…если кто изъ братіи, состоятельный, или не состоятельный, умретъ, или у кого либо изъ нихъ умретъ жена, все обязанысобраться на погребеніе и проводить тело до могилы; если кто на похороны не явится, долженъ заплатить штрафа три гроша…»* [2, с. 307-308].

Стоит также отметить, что деятельность цеховых организаций не ограничивалась исключительно помощью членам цеховой организации, они также оказывали помощь молоимущим гражданам: *«съ тыхъ грошей братскихъ… маемо и повинни будемо меть …*

сукно для погребеня и покрытя убогихъ и уломныхъ людей, которые у шпиталехъ умираюсь, поховать маемое водлугъ можности и любъви братерское а хрестіянское, такъ тежъ и шпиталь збудовать маемъ на мешкане убогихъ хрестіянъ мескихъ…» [3, с. 412]

Таким образом, цеховые организации белорусских земель можно рассматривать как социальные институты, так как им были присущи соответствующие признаки: 1) цеховые организации удовлетворяли потребности общества в производстве того или иного вида товаров и услуг; 2) цех имеет свои нормы и ценности, которые определяют поведение его членов, 3) цеховая организация обладает материальными и социальными ресурсами, 4) в рамках цеховой организации складывается определенная система взаимоотношений между его членами.

Список литературы:

1. Вялікае княства Літоўскае: энцыкл. У 2-х т./пад рэд. Г.П. Пашкова [і інш.]. Т. 1. – Мн.: Бел. энцыкл., 2005. 688 с.
2. Историко-юридические материалы: в 32 т. Вып. 7: Приходо-расходная книга г. Могилева за 1692 г. Акты, извлеч. из книг Могилев. магистрата за 1577–1591 гг./под ред. Созонова [и др.]. – Витебскъ, тип. Губ. правл., 1876. 517 с.
3. Историко-юридические материалы: в 32 т. Вып. 8: Приходо-расходные книги г. Могилева на 1691 г. Акты, извлеч. из книг Могилев. магистрата за 1591 – 1634 гг. /под ред. Созонова. – Витебскъ, тип. Губ. правл., 1877. 530 с.
4. Большой энциклопедический словарь: философия, социология, религия, эзотеризм, политэкономия/ Глав. науч. ред. и сост. С.Ю. Солодовников. – Мн.: МФЦП, 2002. 1008 с.

УДК: 616 – 053.32 – 071.1

Алифанова С.В.[1], Попович В.В.[2]

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины[1],

Днепропетровская детская городская клиническая больница №6[2] г. Днепр, Украина

ПРОБЛЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО

В статье рассматриваются вопросы реабилитации детей, родившихся недоношенными с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Обсуждаются факторы риска формирования инвалидности у данного контингента детей, аспекты выбора индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий на основе анализа результатов катамнестического наблюдения на протяжении первого года жизни ребенка.

Ключевые слова: *недоношенные дети, катамнестическое наблюдение, реабилитация.*

Alifanova S.V.[1], Popovich V.V.[2]

Dnepropetrovsk Medical Academy of MH of Ukraine[1],

Dnipropetrovsk City Children's Hospital №6[2] Dnepr, Ukraine

MEDICAL PROBLEM SOCIAL REHABILITATION OF PREMATURE BABIES

The article is devoted to the issue of rehabilitation of children who were born preterm with very low and extremely low birth weight. The factors the risk of formation of disability in this group of children, aspects of the choice of individual treatment and rehabilitation based on the analysis of the results of follow-up during the first year of life.

Key words: *premature babies, follow-up management, rehabilitation.*

Наблюдение за детьми, родившимися преждевременно и с низкой и очень низкой массой тела, на амбулаторном этапе является достаточно сложной медико-социальной проблемой, т.к. требует привлечения специалистов различного профиля, проведение сложных лечебно-диагностических процедур, значительных материально-технических и других ресурсов [1].

Наиболее уязвимой у детей, родившихся преждевременно, является неврологическая система, которая в этот период имеет определенные структурно-функциональные особенности, а именно, повышенную чувствительность к травматическому воздействию базальных ганглиев, гиппокампа, перивентрикулярного белого вещества, обусловливающие легкое развитие повреждений именно у этого контингента детей [5]. Долгосрочные последствия таких поражений определяют неврологический дефицит, который уже на первом году жизни проявляется аномальным контролем движений и позы ребенка, а также нарушениями когнитивных и поведенческих реакций, что в наиболее тяжелых случаях позволяет диагностировать детский церебральный паралич [3]. Риск развития тяжелых форм нервного дефицита возрастает с уменьшением гестационного возраста ребенка и при условии наличия факторов, осложняющих течение раннего неонатального периода [2]. По мнению многих авторов существуют определенные трудности диагностики неврологического дефицита у детей, родившихся с преждевременно с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), если риск развития церебрального паралича и других моторных нарушений вследствие травматично-ишемического поражения мозга возможно предусмотреть с помощью нейросонографии или магнитно-резонансной томографии (МРТ), то когнитивные и поведенческие проблемы могут возникнуть и при отсутствии значительных нарушений при проведении нейровизуализиции [4].

По данным многих исследований каждый пятый ребенок, выживший в группе детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении имеет одно или несколько заболеваний, которые обуславливают развитие инвалидизации, а именно: у 8-10% детей наблюдается развитие детского церебрального паралича (ДЦП), у 15-45% - бронхолегочной дисплазии (БЛД), у 3-5% постгеморрагической окклюзионной гидроцефалии, у 3-7% - эпилепсии, у 1-3% - поражение органов слуха и зрения [1,4]. Поэтому, дальнейшее развитие ребенка зависит от выбора стратегии непрерывного катамнестического наблюдения и организации индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий [2].

Обследовано 93 ребенка, родившихся в сроке гестации 25-34 недели с массой тела 870-1500 г. Дети распределены на 2 группы, в I-ю группу вошло 34 ребенка, родившихся в сроке гестации 25-29 недель с массой 870-1000 г, во II-ю – 59 детей, родившихся в сроке 30-34 недели с массой 1000-1500г. Проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование с оценкой физического и психомоторного развития, соматического и неврологического статусов. Для объективизации параметров нервно-психического развития проводилась оценка мышечно-постурального тонуса и рефлексов с помощь стандартизированной шкалы «Infanib» (Infant Neurological International Battery, 1995) [5].

У всех новорожденных обеих групп были выявлены клинические признаки перинатального поражения ЦНС. Клинически доминировали синдром двигательных нарушений, задержка психомоторного развития. У детей I группы достоверно чаще отмечалось развитие судорожного синдрома (у 20,6% и у 6,8% детей соответственно), ($p<0,01$), детского церебрального паралича (у 11,8% и у 5,1% соответственно), ($p<0,01$), а также окклюзионной гидроцефалии, по поводу которой была проведена операция шунтирования (8,8% и 3,4% соответственно), ($p<0,01$).

У детей с ЭНМТ достоверно чаще отмечалось развитие бронхолегочной дисплазии в стадии хронической обструктивной болезни (у 29,4% и у 15,3% детей соответственно), ($p<0,01$). Ретинопатию недоношенных также диагностировали чаще у детей с ЭНМТ при рождении (32,4% и 18,6% соответственно), ($p<0,01$).

Среди других показателей, характеризующих состояния здоровья детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ следует отметить высокую частоту развития поздней анемии (у 55,9% и у 23,7% детей соответственно), ($p<0,01$), рахита (у 29,4% и у 23,7% детей соответственно), задержки формирования тазобедренных суставов (у 38,2% и у 35,6% детей соответственно). У детей обеих групп отмечалась высокая частота врожденных пороков развития. Так врожденные пороки сердца диагностированы у 26,5% и у 22% детей I та II группы, мозга – у 11,5% и 10,2% детей, почек – у 8,8% и 8,5% детей соответственно.

При оценке детей обеих групп по шкале «Infanib» выявлено, что при первичном осмотре в скорригированном возрасте 1 месяц жизни диапазону «патология» соответствовало 55,8% детей I группы и 44,1% детей II группы, а диапазону «транзиторные нарушения» - соответственно 44,2% и 55,9% детей. Ни один ребенок не соответствовал норме. При катамнестическом наблюдении в скорригированном возрасте 12 месяцев по сумме баллов диапазону «норма» соответствовало 70,6 % детей I группы и 81,4% детей II группы, а

диапазону «транзиторные нарушения» - 17,6% и 13,5% детей обеих групп соответственно. Диапазону «патология» соответствовало 11,8% детей I группы и 5,1% детей II группы, а в дальнейшем им был установлен диагноз детского церебрального паралича.

Таким образом, эффективность терапевтических мероприятий у недоношенных детей должна рассматриваться с учетом исходов заболевания, поэтому необходимо проведение катамнестического наблюдения не менее, чем в течение первого года жизни ребенка. По данным катамнестического наблюдения причинами инвалидности детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ являются детский церебральный паралич (11,8% и 5,1%), ретинопатия (32,4% и 18,6%), нейросенсорная глухота (2,9% и 1,7%), врожденные пороки развития (32,4% и 27,1%) детей обеих групп. Использование стандартизированной шкалы «Infanib» позволяет объективизировать оценку параметров нервно-психического развития и при условии своевременного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий снизить риск инвалидизации. Учитывая высокую частоту патологии, которая требует хирургического лечения, детям с ЭНМТ и ОНМТ необходимо назначение дополнительных методов исследования (НСГ, МРТ, УЗИ органов брюшной полости, тазобедренных суставов, контроль гематологических параметров анемии) и динамическое наблюдение совместно со смежными специалистами соответствующего профиля.

Список литературы:

1. Добрянський Д.О. Проблемні аспекти надання медичної допомоги екстремально недоношеним новонародженим з критичною життєздатністю. // Здоровье женщины. – 2008, – №1, - С.148-153.
2. Рогаткин С.О. Диагностика, профилактика и лечение перинатальных постгипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста // Автореф... дис. докт. мед. наук. – М., – 2012. – 21с.
3. Федорова Л. А. Неврологические исходы критических состояний раннего неонатального периода у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Автореф... дисс. канд. мед. наук. – СПб., – 2003. – 21с.
4. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants / Markestad T., Kaaresen P., Ronnestad A. et al. // Pediatrics. – 2005. – V. 115. – P. 1289–1298.
5. Ellison P.H., Horn J.L., Browning C.A. Construction of an Infant Neurological International Battery (INFANIB) for the Assessment of Neurological Integrity in Infancy. Physical therapy. – 1985, – V. 65, №9, – p.1326–1331.
6. Watts J.L., Saigal S. Outcome of extreme prematurity: as information increases so do the dilemmas // Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. – 2006. – V. 91. – P. 221– 225.

УДК 376.3

Алпатова Н.С.
Волгоградский государственный социально-педагогический университет, г. Волгоград, Россия
Прокопенко А.Ю.
Московский социально-педагогический институт, г. Москва, Россия

ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В статье освещена проблема социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, дана характеристика формам и методам работы с данной категорией детей в условиях Центра диагностики и развития детей раннего дошкольного и младшего школьного возраста г. Москвы.

Ключевые слова: социально-педагогическая работа, дети с ограниченными возможностями здоровья.

Alpatova N.S.
Volgograd state socially-pedagogical university, Volgograd, Russia
Prokopenko A.U.
Moscow socially-pedagogical institute, Moscow, Russia

FORMS AND METHODS OF SOCIAL-PEDAGOGICAL WORK WITH DISABLED CHILDREN

The article touches upon the problems of social and educational work with disabled children. There are characteristics of forms and methods of work with this category of children in the Center of diagnostic and development of children of preschool and early primary school age in Moscow.

Key words: *social and pedagogical work, disabled children.*

Социально-педагогическая работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в настоящее время является одной из актуальных и значимых. Ежегодно констатируется факт увеличения количества детей с отклонениями в психическом и физическом развитии [5].

Понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» многими исследователями определяется, как дети, имеющие какие-либо ограничения в повседневной жизнедеятельности, непосредственно связанные с физическими, психическими или иными дефектами [4].

В современной научной литературе выделяют следующие категории детей с ОВЗ: дети, имеющие нарушения зрения; дети, имеющие нарушения слуха; дети, имеющие нарушения эмоционально-волевой сферы; дети, имеющие задержку психического развития; дети, имеющие нарушения речи; дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата; дети, имеющие нарушения интеллекта; дети, имеющие множественные нарушения.

Отметим, что процесс личностного развития ребенка с ОВЗ изначально не соответствует эталонам, установленным в обществе. Это во многом затрудняет процесс адаптации детей данной категории к социальной среде, а также препятствует их социальной интеграции в сфере образования, общественной жизни в целом [4].

Охарактеризуем практический опыт социально-педагогической работы с детьми с ОВЗ и опишем методы и формы, апробируемые в Центре диагностики и развития детей раннего дошкольного и младшего школьного возраста «ПУСТЬ ГОВОРЯТ ДЕТИ» (далее Центр) г. Москвы.

Дети, поступающие в Центр, совершенно разные и по своим личностным характеристикам, и по умственному, и по физическому развитию. У превалирующего контингента детей, посещающих Центр, наблюдаются такие нарушения, как: общее недоразвитие речи (ОНР), задержка психического развития (ЗПР), ранний детский аутизм (РДА).

Учитывая специфику нарушений детей с ОВЗ, деятельность Центра можно охарактеризовать как многопрофильную и разноплановую. Более детально остановимся на характеристике одного из приоритетных направлений деятельности Центра - коррекционно-педагогической работе с детьми с ОВЗ. Коррекционная работа осуществляется преимущественно на индивидуальных занятиях, а также на групповых с применением разнообразных методов.

Художественно-творческие методы, на наш взгляд, являются наиболее эффективными в работе с детьми с ОВЗ. Под художественно-творческими методами, вслед за В.В. Бондаревой, мы понимаем, прежде всего, использование художественно-творческой деятельности для решения социально-педагогических задач [2].

Следует отметить, что реализация художественно-творческих методов в работе с детьми с ОВЗ способствует их всестороннему развитию, неповторимой индивидуальности, преодолению у них страха, неуверенности, пассивности, а также помогает раскрыть и активизировать внутренние ресурсы таких детей, что, в свою очередь, позволяет стимулировать процесс социальной коммуникации, разрешения внутреннего конфликта, а следовательно, эмоционального оздоровления.

Практический опыт работы позволяет заключить, что дети с ОВЗ более предпочитают художественно-творческую деятельность, которая обеспечивает получение нового продукта, нового произведения [3]. Состояние творчества, в которое погружаются дети с ОВЗ, сопровождается активной работой всех сенсорных систем и психических функций.

В рамках Центра проводятся занятия, на которых дети с ОВЗ реализуют себя в изобразительном и декоративном видах художественно-творческой деятельности.

На занятиях по изобразительной деятельности дети учатся создавать плоскостные и объемные изображения. Изобразительная деятельность на плоскости предполагает рисование живописными (гуашь, акварель) и графическими (тушь, карандаши, пастельные и восковые мелки, уголь, сангина) материалами [1]. В процессе рисования дети знакомятся с различными художественными материалами. Техники изображения также разнообразны: рисование кистью и пальчиками, кляксография, монотипия. Обучение детей выполнению объемных изображений осуществляется на занятиях по лепке из пластических материалов (глины, пластилина, керамического теста).

Декоративная деятельность является наиболее привлекательной для детей с ОВЗ: дети очень любят украшать свои игрушки и себя. На таких занятиях дети усваивают элементы и мотивы росписей, которые отражают традиции разнообразных народных промыслов.

Особое место в коррекционно-педагогической работе с детьми с ОВЗ отводится театральным играм, которые проходят в свободной атмосфере поощрения детской инициативы, отсутствия образца для подражания. Занятия с использованием театральных игр оказывают положительное влияние на речевое развитие детей с ОВЗ: обогащают словарный запас, формируют грамматический строй речи, монолог и диалог. Практический опыт работы позволяет утверждать, что в процессе театральных игр происходит самовыражение, самореализация, обогащение жизненного опыта детей с ОВЗ.

Немаловажным является диагностический потенциал театральных игр. Наблюдая за ходом игры и за его участниками, фиксируются некоторые психологические особенности детей, особенности их взаимодействия, а также проявление робости и нерешительности, открытости в общении или замкнутости, умение сопереживать, и многое другое, то, что не всегда можно отметить в повседневной жизни.

Таким образом, художественно-творческие методы обладают широкими потенциальными возможностями в социально-педагогической работе с детьми с ОВЗ. Включенность детей с ОВЗ в творческое взаимодействие обеспечивает их качественное преобразование, через реализацию внутреннего потенциала в различных формах жизнедеятельности, активизирует и обогащает социально-личностные ресурсы таких детей, способствует гармонизации их личностной структуры, устранению или сглаживанию психотравмирующих факторов, развитию способности к саморегуляции и адекватной самооценке, обогащению эмоционального опыта детей.

Список литературы:

1. Березина Ю.Ю. Творческое взаимодействие на занятиях изобразительной деятельности как основа социализации дошкольников с интеллектуальной недостаточностью. В кн.: Социализация в образовательном пространстве детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: материалы Междунар. науч.-практич. конф., Калуга, 2015. - С. 96-99.
2. Бондарева В.В. Учебно-методический комплекс по курсу «Технологии творчества в работе социального педагога (досуговая деятельность, социально-адаптационная деятельность)»: учеб.-метод. пособие. - Волгоград: Изд-во ВГПУ «Перемена», 2010. - 97 с.
3. Прокопенко А.Ю. Подготовка будущих дефектологов к формированию временной перспективы детей с ограниченными возможностями здоровья посредством театрализованной деятельности // Изв. Волгогр. гос. пед. ун-та. Сер.: Педагогические науки.-2016.- № 1(105). - С. 42-46.
4. Социализация детей с ОВЗ на современном этапе: научно-методический и прикладной аспекты: Сб. науч.-метод. материалов / под ред. А.Ю. Белогурова, О.Е. Булановой, Н.В. Поликашевой - М.: Изд-во «Спутник +», 2014. - 335 с.
5. Число детей-инвалидов в России выросло за пять лет почти на 10% // Интерфакс, 2015. [электронный ресурс]. URL: http://www.interfax.ru/russia/445003 (дата обращения: 18.11.2015)

УДК 159.923

Алмаші С. І.
Мукачівський державний університет, м. Мукачево, Україна

ДО ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

У статті розглядається проблема емоційної складової готовності майбутніх педагогів до професійної діяльності. Розглянуті психологічні особливості емоційної сфери. Представлена методика дослідження.

***Ключові слова**: професійна підготовка, професійна компетентність, емоції, емоційна сфера, емоційна стійкість.*

Almashi S. I.
Mukachevo State University, Mukachevo, Ukraine

TO THE PROBLEM OF THE RESEARCH OF EMOTIONAL COMPONENT OF FUTURE TEACHERS' READINESS TO THE PROFESSION

The article deals with the problem of the emotional component of future teachers to the profession. Psychological characteristics of the emotional sphere have been considered. The methods study.

***Key words**: professional training, professional competence, emotion, emotional sphere, emotional stability.*

Постановка проблеми. Професія вчителя потребує здібностей розуміти внутрішній світ учнів, вміння встановлювати з ними ділові і емоційні контакти, організовувати їх спільну та індивідуальну роботу. В професійній діяльності вчителів загострюється питання їх психологічної готовності до роботи з дітьми, зокрема рівня сформованості їх емоційної готовності, що є визначальним у створенні психічного комфорту в спілкуванні з учнями. Тому, ми вважаємо доречним дослідити проблему формування емоційної складової готовності майбутніх педагогів до професійної діяльності в процесі професійної підготовки у вищому навчальному закладі. Актуальність проблеми дослідження, неповнота та суперечливість даних обумовили необхідність проведення даного дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Емоційна сфера глибоко та всебічно досліджена в працях багатьох психологів (В. Вілюнас, Б. Додонов, К. Ізард, О. Леонтьєв та ін.), досліджено зв'язок компонентів емоційної сфери з пізнавальними процесами (Л. Виготський, О. Леонтьєв та ін.), вольовими процесами (Л. Божович, З. Фрейд, Я. Рейковський та ін.). Визначені психологічні особливості компонентів емоційної сфери студентів (Б. Ананьєв, В. Лісовський та ін.). Однак, огляд психолого-педагогічної літератури свідчить про малу вивченість сутності емоційної сфери в межах педагогіки вищої школи [4].

Мета статті (постановка завдання). З огляду на актуальність і недостатню розробленість проблеми, метою статті є: теоретичне та емпіричне дослідження особливостей трансформації емоційної складової професійної готовності майбутніх вчителів у процесі професійної підготовки. Згідно з метою були сформульовані наступні завдання дослідження: з'ясувати особливості впливу емоційної складової професійної готовності на формування професійної компетентності майбутніх вчителів початкових класів; розкрити психологічні особливості емоційної сфери студентів; емпірично дослідити особливості трансформації ціннісних орієнтацій майбутніх педагогів у процесі професійної підготовки. Для розв'язання поставлених завдань використані методи: теоретичний аналіз проблеми на базі вивчення філософської, соціологічної, психологічної та педагогічної літератури; психодіагностична методика: «Багатофакторний особистісний опитувальник FPI. Автори І. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампеля (модифікована форма "В")».

Проблема формування емоційної складової професійної готовності майбутніх педагогів є достатньо важливою у психології та педагогіці вищої школи. Це обумовлено тим, що формування емоційної сфери поєднано з розвиток інших сфер особистості. А відтак, одним з напрямів розвитку професіоналізму майбутнього фахівця є формування емоційної сфери, зокрема майбутнього педагога.

У процесі формування емоційної сфери студентів одне з важливих місць посідає система відповідних вмінь та навичок: емоційні вміння; навички емоційної саморегуляції; вміння керувати емоційними станами; навички емпатії, перцепції тощо. Формування емоційної сфери – це цілеспрямованих процес, динаміка якого залежить від взаємопов'язаної діяльності викладачів та студентів [3; 4].

Результати дослідження. Для емпіричного дослідження емоційної сфери майбутніх педагогів нами використана методика «Багатофакторний особистісний опитувальник FPI (І. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампеля (модифікована форма "В"))». Експериментальну групу складали студенти Мукачівського державного університету першого, третього, п'ятого курсів та студенти другого курсу скороченої програми навчання педагогічного факультету спеціальності «Початкове навчання». Обсяг вибірки складав 237 досліджуваних.

Отже, на основі отриманих результатів, можемо виокремити наступні тенденції:

- Підвищений рівень шкали «депресивність» на всіх курсах. Показники низького рівня відсутні у всіх груп досліджуваних. На першому курсі отримані наступні результати даної шкали: високий рівень складає 55%, середній – 45%. На третьому курсі високий рівень складає 45%, середній – 55%. На п'ятому курсі зростають показники високого рівня – 72%, середній рівень складає 28%. Це вказує на виражену деструктивну поведінку студентів, вияв надмірного психічного напруження, швидкої стомлюваності та нездатності до тривалої інтелектуальної напруги, що є негативним явищем особливо для випускників, де дані характеристики найбільш виражені.
- За роки навчання зростають показники шкали «невротичність», зокрема для студентів першого курсу високий рівень складає 61%, середній – 31%, показники низького рівня – 8%. Для студентів третього курсу - високий рівень складає 58%, середній – 33%, низький рівень складає 9%. Найбільш виражена дана шкала у студентів п'ятого курсу, де високий рівень складає 79%, середній – 19%, низький рівень складає лише 2%. Це негативний процес, який вказує на вияв високої тривожності, збудливості у поєднанні з швидкою виснаженістю.
- Негативною тенденцією до зниження за роки навчання характеризується шкала «товариськість», зокрема для студентів першого курсу показники наступні: високий рівень – 16%, середній – 74%, показники низького рівня –10%. Для студентів третього курсу високий рівень складає 17%, середній – 68%, низький рівень – 15%. Найнижчі показники з у студентів п'ятого курсу, де високий рівень складає 2%, середній – 50%, показники низького рівня сягають 48%. Отримані показники є неприпустимими для педагогічної діяльності, яка вимагає відкритості, комунікабельності та соціальної активності.
- Високі показники отримані у досліджуваних за шкалою «реактивна агресивність». Зокрема, для студентів першого курсу високий рівень – 76%, середній – 24%, показники низького рівня відсутні. Для студентів третього курсу показники високого рівня становлять – 72%, середнього – 28%, показники низького рівня так само відсутні. Дещо кращі, проте недостатні для майбутньої професійної діяльності, показники даної шкали у студентів п'ятого курсу, зокрема, високий рівень складає 52%, середній – 43%, низький рівень – 5%. Зміст даної шкали вказує на агресивне ставлення студентів до соціального оточення, характеризуються вираженим прагнення до домінування.

Отримані результати за даною методикою вказують на негативні прояви особистісних рис досліджуваних, які є несумісними з педагогічною діяльністю.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Узагальнюючи отримані результати, можна констатувати, що найбільш проблемними показниками сформованості емоційної складової професійної готовності майбутніх педагогів є: підвищений рівень шкали «депресивність» на всіх курсах, високі показники шкали «невротичність»; негативною тенденцією до зниження за роки навчання характеризується шкала «товариськість», високі показники за шкалою «реактивна агресивність»; виражені показники шкали «спонтанна агресивність». Як видно, найбільш виражені проблемні шкали саме у випускників.

Отже, в процесі дослідження ми дійшли висновку, що зміни в емоційній сфері студентської молоді потребують перегляду та впровадження нових форм та методів роботи у вузі. Що і є перспективою нашого дослідження. Особливо це стосується навчання студентів-випускників.

Список літератури:

1. Докшина Н. Природа виникнення емоцій та почуттів / Н. Докшина // Психолог. - 2006. - № 44.- С. 37-39.
2. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навч. посібник.- К. : Либідь, 2007. - 256 с.
3. Комісарова С. Д. Поняття про емоції, їх значення та особливості // Психолог. - 2006. - № 25-28. -С. 32-38.
4. Лазуренко О.О. Аналіз передумов формування емоційної сфери та пооявів емоційного потенціалу особистості студента в процесі професійної підготовки // Young Scientist. - 2014. - №5. - С.127–130.
5. Семиченко В.А. Психологія емоцій.- К. : Вища школа, 2004. – 335с.

УДК 364.3

Амаржаргалын Н.

Монгольский государственный университет науки и технологии, г. Улан-батор, Монголия

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕТЕЙ, ПОТЕРПЕВШИХ ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ

В статье рассматриваются результаты исследования проводимой авторам по социально-психологической оценке детей потерпевших физическое насилие по методике Басса Дарка в Монголии.

Ключевые слова: *агрессивность, уровень самооценки, тревога, уверенность, физическое насилие, негативные последствия.*

Amarjargaliin N.

Mongolian State University of Science and Technology, Ulaanbaatar city, Mongolia

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF CHILDREN VICTIMS PHYSICAL VIOLENCE AND RESULTS

In the article the results of research conducted by the authors in social psychological assessment of children victims of physical violence by the method of Bass Dark in Mongolia.

Key words: *aggression, self-esteem, anxiety, confidence, physical violence, the negative effects*

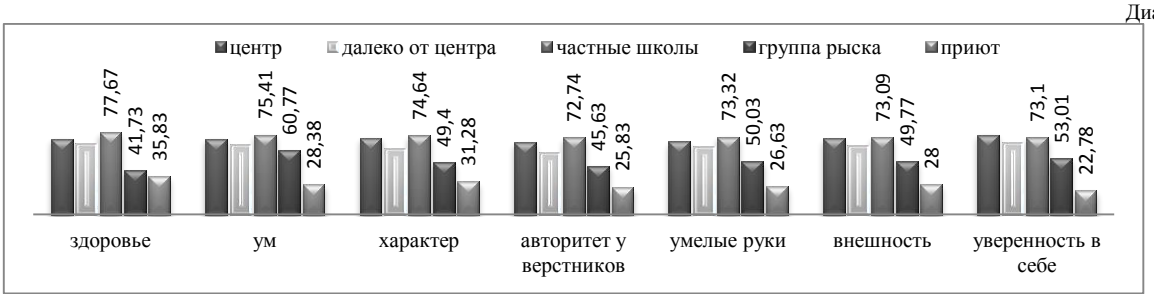
Исследования проводились с 2012 по июнь 2013 года. 36.9% населения Монголии занимают дети. Из них 96.6% обучаются в школе.[6] В исследовании участвовали около тысячи детей. Половое соотношение: муж-47%, жен-53%.

Методика Басса Дарка является промежуточной между анкетированием и тестированием, потому мы считали ее воспомогательной для нашего исследования.

У большинства детей, потерпевших физическое насилие наблюдается высокий уровень неуверенности в себе, болезненное отношение будущему.

У детей, потерпевших физическое насилие шкалы здоровья, ума, самоуверенности имеют положительные взаимозависимости.

Диаграмма 1.



Разница между удовлетворённостью и уровнем самооценки является показательным фактором достоверности данных, получаемых с помощью методики Басса-Дарка. Среднее статистическое значение группы учеников средней школы выше чем у группы риска и группы детей-приюта.

Из сравнения средней статистической данных самооценки детей, участвовавших в исследованиях, выявлено существенное различие между детьми школы в центре столицы и отдаленных от центра по шкалам здоровье, ум, поведение, авторитет у сверстников, умелые руки, внешность, уверенность в себе.

Уровень самооценки детей группы риска ниже от общего уровня самооценки всех школьников. Это связано с тем, что это дети, которые испытали на себе насилие, в силу которого снижается уровень самооценки, высоко развито чувсто неудовлетворенности по сравнению со сверстниками. Из анализа статистических данных видно, что уровни притязания школьников частной школы и учеников средней школы равны.

Низкий уровень притязания группы детей-приюта связан с их невозможностью выручательства своего положения в настоящем и в будущем.

Рассмотрена проблема зависимости между уровнем притязания детей-приюта и группы риска. Дети-приюта слишком низко оценили себя, что и доказывает гипотезу о низкой оценке данной группы по сравнению с другими.

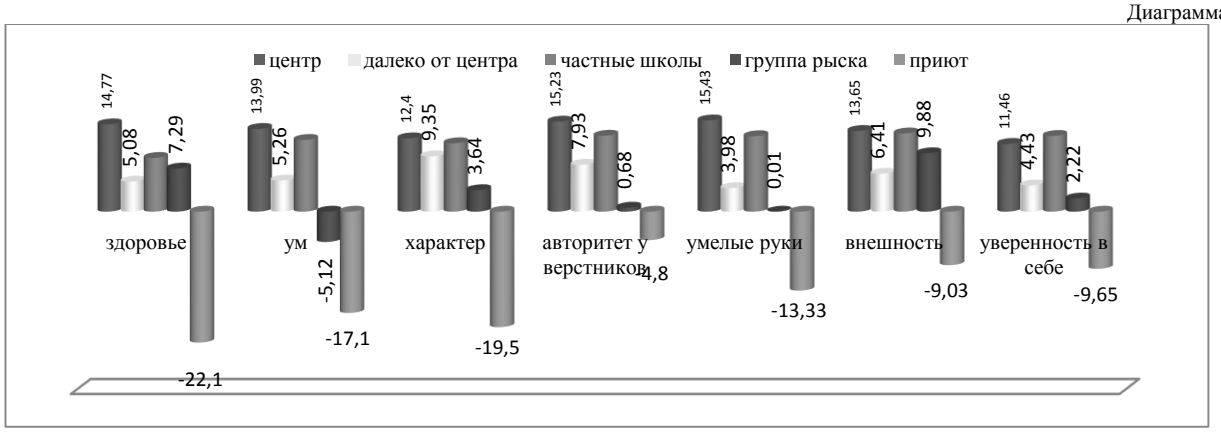
Данные исследования доказывают гипотезу, что физическое насилие негативно влияет на доверие ребенка и его будущее, изменяет уровень самооценки в результате чего возникает недооценка. Уровень притязания самооценки группы детей - приюта по шкалам здоровье, ум, внешность, уверенность в себе имеет отрицательное значение, т.е они слишком низко оценивают уровень притязания по сравнению с группой риска. Этот показатель является индикатором неуверенности ребенка в свое будущее. На графике показана средняя статистическая притязания.

В результате анализа в целом доказано, что физическое насилие над ребенком негативно влияет на самооценку и уровень притязания является сильно влияющим фактором чересчур низкого недооценования.

В результате исследования появилась возможность создать общую характеристику психологии детей-жертв насилия в семье. Основное последствие физического насилия над ребенком-ущерб и травмы. Психологически чувствительный ребенок бывает раздраженным, всегда боится чего-то. Отсюда возникает тревога, связанная с проблемой формирования личности и оценки деятельности.

Нами изучены причины проявления социально-психологических особенностей детей, потерпевших физическое насилия в семье, а также их влияение на самооценку и притязания ребенка. Физическое насилие подрывает агрессию ребенка, снижает самооценку.

Диаграмма 2.



Исследование позволило сделать следующие выводы:

1. У детей, переживших травмирующее событие, межличностная, самооценочная и тревожность значительно выше, чем у нетравмированных детей. Насилие, источником которого является намеренное действие другого человека, оказывает серьезное влияние на отношение ребенка к себе и подрывает доверие к другим людям. В результате, по сравнению с детьми, имеющими другой травматический опыт, у этих детей повышена самооценочная тревожность.
2. Для травмированных детей характерна невысокая самооценка. Специфическим последствием насилия является низкий уровень притязаний.
3. Переживание травматического опыта приводит к значительному повышению агрессии у детей. По сравнению с другими видами травматического опыта, насилие оказывает более сильное влияние на такие проявления агрессии, как склонность к физической агрессии, и обиде и подозрительности.

Список литературы:

1. Anne B. Smith, Children's Rights to Protection from Physical Punishment in their homes: Theory and Research
2. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком Причины. Последствия. Помощь. М., Генезис, 2005.
3. АХИС, ЗХЖТ "Хүүхдийн бие махбодь болон сэтгэл санааны эсрэг шийтгэл" хүүхдэд үйлчилгээ үзүүлдэг байгууллагын орчинд, хүүхдийн үзэл бодол. УБ., 2005.
4. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб., 2001.
5. Жестокое обращение с детьми. Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения и их родителям // Под редакцией Сафоновой Т.Я., Цымбала Е.И. М., 2001.
6. НҮБ-ын Ерөнхий Нарийн Бичгийн даргын "Хүүхдийн Эсрэг Хүчирхийллийн судалгаа". УБ., 2005.

УДК 364.3

Амаржаргалын Н., Цэрэнгомын П.

Монгольский государственный университет науки и технологий, г. Улан-батор, Монголия

"СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА" РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА СПЕЦИАЛИСТОВ

В статье рассматриваются вопросы причина применения физического насилия ребёнка в семье, и изменения тенденцию, возможности влияния на сознание родителей и отношение мнению социальных работников.

Ключевые слова: *физическое насилие, последствия, поведение*

Amarjargaliin N, Tserengombiin P

Mongolian State University of Science and Technology, Ulaanbaatar city, Mongolia

"SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT" SURVEY RESULTS

The article deals with the cause of physical abuse of the child in the family, and changes in the trend, the ability to influence the minds of the parents and the attitude of opinion of social workers.

Key words: *physical violence, the consequences of behavior, mental disease*

Нами проведены исследования с целью выявления частоты, тенденции, а также определения видов помощи и поддержки детям. В исследование участвовали 400 специалистов: учителя, полицейские, врачи, социальные работники, которые имеют задачу предотвратить данное негативное явление.

Специалисты участвовавшие в исследовании перечисляли 10 основных факторов физического насилия:

1. Алкоголизм и курение родителей
2. Конфликтная ситуация членов семьи
3. Психическая болезнь родителей и стресс
4. Опыт родителей физического насилия, полученного в детстве
5. Безработница родителей
6. Отсутствует регулирование законодательных органов по вопросом насилия в семье
7. Влияние СМИ /средств массовой информации/
8. Вольное отношение по поводу применения насилия над ребенком в обществе /с целью дисциплированного метода/
9. Устарелые понятия по поводу распределения обязанностей членов семьи
10. Особенности поведения ребенка

К числу неизбежных факторов относятся факторы со стороны, т. е употребление алкоголя и курение родителей, стресс в семье.

По мнению социальных работников, врачей, работников которые обязаны защищать права ребенка наиболее важным фактором физического насилия является опыт полученный родителями в детстве вследствии насилия.

Диаграмма 1.

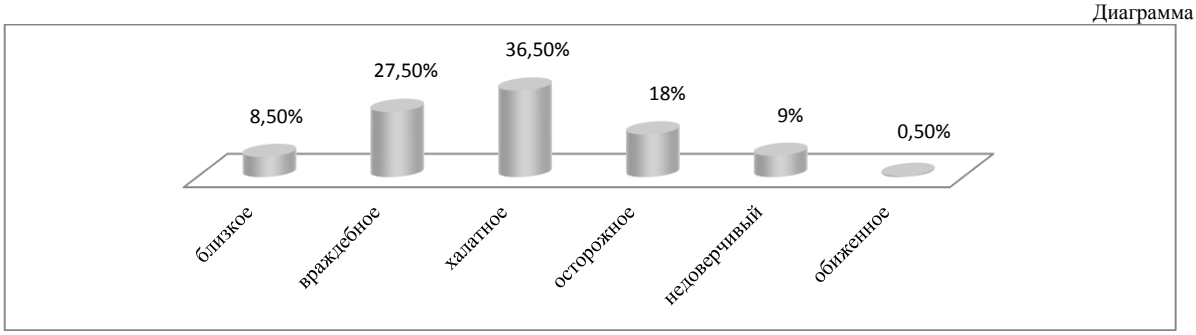
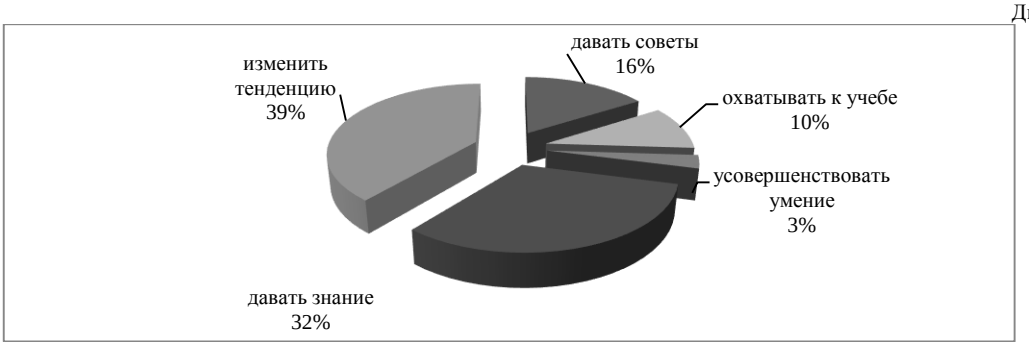


Диаграмма 2.



Анализируя тенденции и объяснения специалистов нами наблюдалось следующее: по мнению большинства специалистов дети, которые постоянно подвергаются физическому насилию имеют резкий и жесткий характер, у них плохо развита способность общения с людьми. Из-за чего некоторые из них ненавидят общество, не ладят со своим коллективом, иногда неуверенны в себе, у них слабый общественный интерес. Все это проявляется в двух формах: во-первых, скрывать все под маской и делать вид, как будто все нормально, во-вторых, жестокость, негуманнность, недружелюбие. У этих детей наблюдается слабое социальное общение. Они изолированы от общества, одиноки. Лицо этих детей всегда тревожно, у них нет огня в глазах, они цепляются к тем, кто относился к ним по- хорошему. Вероятность малой коммуникабельности высока. Они агрессивны, имеют тенденцию решать все проблемы силой или из-за робкости являются мало коммуникабельными.

Для предотвращения физического насилия в семье важно устранить безработицу, нуждающим семьям оказать социальную поддержку, усовершенствовать систему социальной работы с семьями. Мы поставили вопросы для специалистов с целью выявления трудностей при работе с семьей. Основными трудностями специалисты считают - употребление алкоголя, пьянство, вредные привычки родителей. Такое положение действительно было потверждено данными нашего исследования: эти негативные явления и порождают насилие в семье, особенно в тех семьях, где уровень материального благосостояния низок.

Исследование позволило сделать следующие выводы:

По мнению специалистов, трудность которая возникает при общении с детьми, перенёсшими физическое насилия - это сдержанность, боязнь от родителей, желание не делать ничего дурного для своих родителей. К числу трудностей причисляются: нехватка специализованных центр помощи детям, нехватка мест в защищенных, помещениях, затруднение психики, финансовая нехватка и законодательные затруднения, не- достаточное знание по данной проблеме.

Список литературы:

1. Ананиан Л.Л. Жестокость в семье. М., 2000.
2. Ангийн хүүхдийг ивээх сан. Хүүхэд хамгаалал ба хүүхэд хамгааллын тогтолцоо". УБ., 2007.
3. БСШУЯ, НҮБ-ын Хүүхдийн Сан, МУБИС, ХҮЭК., Сургууль цэцэрлэгийн орчин дахь хүүхдийн эсрэг хүчирхийлэл, түүнийг арилгах арга зам. УБ., 2007.
4. Deater-Deckard К, Dodge КА, Bates JE, et al. Physical discipline among African American and European American mothers: links to children's externalizing behaviors. Dev Psychol. 1996;322:1065-1072
5. Ильина СВ. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. 1998. № 6.
6. Их Британий хүүхдийг ивээх сан., НҮБ-ын Хүүхдийн Эрхийн Хорооны 39-р чуулганаас хүүхдийн эрхийн асуудлаар Монгол улсад өгсөн дүгнэлт, зөвлөмж. УБ., 2006.
7. Сафонова Т.Я., Цымбал Е,И. Жестокое обращение с детьми: сущность, причины, социально-правовая защита.М., 1993.
8. Chung EK, McCollum KF_5 Elo IT, et al.Matemal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. Pediatrics, 2004;113: e523

УДК 613.2:796.0

Анаркулов Т.Н.
Ошский государственный университет, Кыргызская Республика

ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ

Данная статья посвящена о роли систематических занятийФиС в том числе, спортивной борьбе курешв снижении уровня заболеваемости. Максимальные физические и психоэмоциональные нагрузки в период кульминационных соревнований могут привести к нарушению неспецифических факторов защиты организма и нормальному функционированию Т- и В – систем иммунитета.

Ключевые слова: *физиологическое состояние, иммунитет спортсмена, иммунологическая реактивность, спортсмен-курешист (борец), физические и психоэмоциональные нагрузки, уровень заболеваемости спортсменов, системы иммунитета.*

Anarkulov T. N.
Osh state University, Kyrgyz Republic

THE STUDY OF THE PHYSIOLOGICAL STATE IMMONOLOGICAL REACTIVITY IN ATHLETES

This article focuses on the role of systematic training of physical culture and sport including wrestling kuresh in reducing morbidity. Extreme physical and emotional stress during the climactic competition can lead to the disturbance of the nonspecific defense factors of the organism and normal functioning of T - and b – systems of immunity.

Key words*: physiological condition, the immune system of the athlete, immunological reactivity, kuresh sportsman (wrestler), physical and psycho-emotional load, the incidence of athletes, the immune system.*

Спорт высших достижений, характеризующийся чрезмерно высоким и нервно-психическим напряжением, а нередко и экспериментальными условиями эндогенной среды, предъявляет к организму требования, находящиеся порой на грани его функциональных возможностей, что может неблагоприятно влиять на иммунный гомеостаз, снижая резистентность и реактивность организма спортсменов [1, с. 96-98 и др.].

Из спортивной физиологии и медицины известно, что уровень общей заболеваемости у спортсменов ниже, чем у населения в целом. Положительное влияние занятий физической культурой и спортом (ФиС) следует связывать с происходящими позитивными изменениями в иммунологической реактивности организма спортсменов, при этом физические нагрузки средней интенсивности повышают активность клеточных и гуморальных факторов иммунитета [2, с. 24 и др.].

Вместе с тем, на соревновательном этапе подготовки, на «пике» спортивной формы заболеваемость у спортсменов значительно возрастает и нередко наблюдается более тяжелое и долгое течение болезней [8, с. 4-6]. Максимальные физические и психоэмоциональные напряжения, характерные современной соревновательной деятельности спортсмена как стрессовые воздействия, реализуясь через гипоталамо-гипофизарную систему организма, приводят к нарушению иммунологической реактивности и снижению устойчивости к инфекциям [1]. При этом традиционно изучаемые параметры энергетического обмена (лактата, составляющие кислотно-щелочного равновесия) в восстановительно-переходном периоде не отличались от требуемой нормы, тогда как иммунологические показатели были значительно изменены, что расценивалось как итог хронического психологического стресса [1].

Беря во внимание важную роль эпидемиологических факторов в заболеваемости спортсменов, специалисты считают, что существенную роль в возникновении и особенностях протекания болезней играют изменения иммунологических реакций. Протекание этих изменений в основном зависит от интенсивности физической нагрузки, степени утомления, приспособленности организма и стажа спортивной деятельности [9, с. 18-20].

При интенсивных тренировочных и соревновательных нагрузках у спортсменов наблюдалось уменьшение бактерицидности кожи, улучшение ее обсемененности микробами аутофлоры, особенно стафилококками, приобретения ими гемотических свойств и способности сбраживать [2]. Большие физические нагрузки снижают титр лизоцима слюны и уровень лизоцима сыворотки крови у спортсменов [5].

В период выполнения интенсивных физических нагрузок, значительно превышающих функциональные возможности спортсмена, падает фагоцитарная активность клеток крови, имеющиеся в прямой зависимости от объема интенсивности выполняемых физических нагрузок, а также от уровня тренированности спортсменов [5]. Падение клеточной защитной реакции организма спортсменов наблюдалось при развитии перенапряжения, неправильного режима спортивной тренировки и в период перетренированности, непосредственно связанные с нарушением нейрогуморальной регуляции организма спортсмена [7, с. 96-102].

Иммунологических функций обуславливают с деятельностью липидной ткани, дифференцирующиеся как система иммунитета, ответственная за распознавание и установление инородных агентов [6 с. 368]. Клеточные опосредованные иммунные реакции происходят благодаря действии Т-лимфоцитами. Гуморальные иммунные реакции находятся в продукции растворимых антител плазматическими клетками, в которые трансформирующиеся В-лимфоциты. Несмотря на такое деление, принимают участие и гуморальное, и клеточное звенья. Регулирующими клетками в иммунном ответе являются Т-лимфоциты [2]. По крайней мере, 2 вида Т-лимфоцитов влияют и «помогают» В-лимфоцитам продуцировать антитела, а третий вид Т-лимфоцитов может подавлять продукцию антител [2].

При выявлении число Т и В-лимфоцитов в одном мазке в периферической крови наблюдаются клетки, не имеющие поверхностных маркеров, названные «нулевыми» клетками. Вопрос об их природе до настоящего времени полностью не решен. Ученые предполагают, что среди них имеются предшественники Т и В-лимфоцитов [2]. Имеется мнение, что они являются субпопуляцией Т-клеток, находящихся на ранней стадии дифференцировки [2].

Физические нагрузки с большой мощностью создают своеобразную клеточную диссоциации показателей Т и В - систем иммунитета, тем самым вызывая недостаток Т-лимфоцитов и улучшение функциональной активности В-лимфоцитов, в основном зависит от уровня физических нагрузок и степени выраженности утомления [2].

В соревновательном периоде у спортсменов-курешистов (борцов), отмечаются изменения иммунокомпетентных клеток крови до появления феномена нарушения клеточных мембран [9, с. 18-20], что нашли свое отражение изменений функциональной активности, как Т-, так и В-лимфоцитов. В периферической крови повысилось содержание измененных лимфоцитов с особенностями строения ядра, показанными как признаки омоложения.

Дальнейшие исследования, показали существенное улучшение в крови спортсменов после кульминационных соревнований числа «нулевых» клеток, что превзошло норму и содержание Т-лимфоцитов, при этом последние значительно уступали физиологической норме. Даже однократная большая физическая нагрузка быстро снижала уровень Т-лимфоцитов и подавляла их функциональную активность по данным реакции бласттрансформации. Такие же сдвиги в соотношении субпопуляции Т-лимфоцитов установлены при физической нагрузке субмаксимальной мощности, специально моделируемой на велоэргометре [9, с. 18-20].

Более того, установлены, что происходит падение количества Т-лимфоцитов крови и подавление их способности к пролиферации, а также образованию активных розеток с эритроцитами барана. Данный физиологический тест позволяет косвенно судить о функциональном нарушении в структуре плазматической мембраны лимфоцитов, которое было подтверждено при изучении содержания в них «а»-токоферолла и клеточного потенциала.

Важнейшая патогенетическая роль В – клеточной системы связана с превращением В – лимфоцитов в плазматические клетки, продуцирующие антитела. Антитела представляют собой иммуноглобулины. В физиологии известны пять классов иммуноглобулинов: М, G, А, Е и Д [10].

Результаты изысканий В – системы иммунитета у спортсменов высокой квалификаций указывают на некоторую стимуляцию у них В-лимфоцитов под воздействием тренировочных и соревновательных нагрузок [9, с. 18-20]. В то же время указывается, что уменьшение содержания иммуноглобулинов А, М, G в крови у спортсменов – лыжников и борцов высокой квалификации, выявил улучшение иммуноглобулинов А и М на фоне снижения G у борцов высокой квалификации при больших объемах тренировочных и

соревновательных нагрузок. Имеются сведения о мобилизации иммуноглобулинов класса А, на фоне падения иммуноглобулинов G у спортсменов 12-16 лет при более интенсивных физических нагрузках, при этом концентрация М либо уменьшалась, либо повышалась [10, с. 43-45]. Уровень иммуноглобулинов А, G, М в крови у спортсменов определялся также после разового приложенного физического усилия средней интенсивности и после двухнедельной лыжной тренировки, при этом количество А и G не изменились, а содержание М повышалось [10, с. 43-45]. Выявлена зависимость изменений численного состава иммуноглобулинов от состояния здоровья спортсмена и степени напряженности учебно-тренировочного процесса (УТП) [3, с.4].

Итак, отмеченные сдвиги иммунологической реактивности обязывают в необходимости осуществления круглогодичного контроля над спортсменами, особенно в периоды «повышенного риска» и создания иммунологического паспорта с целью профилактики заболеваний, включая травматизма у спортсменов.

Список литературы:

1. Аронов, Г.Е. Иммунологические методы в оценке состояния здоровья спортсменов / Г.Е. Аронов, Н.И. Иванова// Иммунология и аллергия.- Киев, 1994.- Т.18.-С. 96-98.
2. Зайцев, О.Н. Изменение иммунологической реактивности и ее коррекция у самбистов высокой квалификации в годичном цикле тренировки: автореф. дис…. канд.биолог. наук: 03.00.13 / О.Н. Зайцев.- Ярославль, 2005.-22 с.
3. Иванова, Н.И. Влияние физических нагрузок на систему иммунитета / Н.И. Иванова, В.В. Талько// Теория и практика физической культуры.-М.,1991.- №1.-С.4
4. Новиков, В.С. Иммунологические механизмы действия гипоксии / В.С. Новиков, В.В. Горанчук, В.С. Смирнов // Физиология человека.-М.,2003.-№4.-С.104-114.
5. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР.-М.,1991.-№5786-91.
6. Петров, Р.В. Иммунология / Р.В. Петров.-М.: Медицина, 1993.-С.368.
7. Соколовский, В.С. Комплексный подход к изучению иммунного статуса спортсменов / В.С. Соколовский, Ю.И.. Бажора// Физиология человека.- М., 1992.- Т.18.-С. 96-102.
8. Суздальницкий, Р.С. Временный иммунодефицит, вызванный чрезмерно большими физическими нагрузками / Р.С. Суздальский, В.А. Левандо, Б.Б. Першин и др. // Теория и практика физической культуры.-М.,1999.-№2.-С. 4-6.
9. Суркина, И.Д. Стресс и иммунитет у спортсменов / И.Д. Суркина // Теория и практика физической культуры.-М.,1991.-№3.-С. 18-20.

УДК: 378.016:796.

Анаркулов Х.Ф.

Цента по делам молодежи, эстетическому воспитанию и физической культуры Кыргызской государственной юридической академии

Кашматова Ж.А.

Кызыл-Кыйский гуманитарно-педагогический институт, Баткенского государственного университета, Кыргызская республика

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ К ФИЗКУЛЬТУРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Данная статья посвящена на выявление социально педагогических основ формирования будущих педагогов начальных классов к ФСД, разработке педагогической системы формирования готовности студентов-педагогов к ФСО и экспериментальному обоснованию комплекса педагогических условий ее эффективной практической реализации в ФВ студентов-педагогов.

Ключевые слова: *педагог начальных классов, студент, социально-педагогические условия, физкультурно-спортивная деятельность, физическое воспитание.*

Anarkulov H. F.

Centre for youth Affairs, esthetic education and physical culture of the Kyrgyz state law Academy.

Kalmatova J. A.

Kyzyl-Kya humanitarian pedagogical Institute of Batken state University, Kyrgyzstan

THE STUDY SOCIAL-PEDAGOGICAL PREPAREDNESS OF FUTURE TEACHERS, NACHALNIK CLASSES TO SPORTS ACTIVITIES

This article focuses on the identification of social pedagogical basics of formation of future teachers of initial classes to the FSD, the development of pedagogical system of formation of readiness of students-teachers to the FSO and experimental substantiation of the complex of pedagogical conditions of its effective practical implementation in FV students and educators.

Key words*: teacher, student, socio-pedagogical conditions, physical training and sports activities, physical education.*

Физкультурно-спортивная деятельность является одним из специфических видов сознательной, социально-обусловленной активности человека в форме неспециального физкультурного образования, спорта, физической рекреации и двигательной реабилитации, ориентированной на удовлетворение социально и личностно-значимых потребностей в присвоении материальных и духовных ценностей физической культуры.

Готовность к физкультурно-спортивной деятельности (ФСД) представляет целостную системно организованную личностно-обусловленную характеристику человека как субъекта деятельности, адекватную ее целям и содержанию, и обеспечивающую его практическую реализацию. Функционирование и развитие готовности обеспечивается взаимодействием мотивационного, рефлексивного, физического, информационного и операционного компонентов.

В теории и практики выделяются четыре уровня развития готовности к ФСД: нулевой, репродуктивный, оптимизации и творческий.

Таблица 1- Уровень развития готовности студентов к физкультурно-спортивной деятельности после педагогического эксперимента

Уровень развития готовности к физкультурно- спортивной деятельности	ЭГ		КГ		Р
	Количество человек	%	Количество человек	%	
Творческий	0	0	0	0,00	P< 0,01
Оптимизации	18	75,0	4	11,1	
Репродуктивный	4	16,7	24	66,7	
Нулевой	2	83	8	22,2	

Уровни готовности к ФСД качественно различаются друг от друга мерой развития каждого из составляющих и своеобразием их взаимодействия. Развитие и переход с низшей ступени на высокий уровень осуществляется благодаря развитию составляющих их компонентов. Качественные преобразования в содержании структурных составляющих обуславливают, в свою очередь, качественные изменения в характере их взаимодействия в процессе осуществления ФСД, переводя ее на более высокий уровень функционирования. Необходимым внешним условием развития готовности являются проблемные ситуации, возникающие в процессе ФСД.

Формирование готовности к ФСД представляет функционирующую социально-педагогическую систему, отличающуюся качественным своеобразием целевой ориентированности, содержания структурных составляющих, механизмов внутреннего и внешнего функционирования, возникновения и развития. Функционирование и развитие этой системы осуществляется через организацию

учебно-познавательной деятельности студентов, развертывающейся в виде системы образовательных заданий, методов и форм обучения и видов занятий. Системообразующим фактором выступают оперативные цели формирования готовности к ФСД. Структурной единицей является решение теоретических, методических и двигательных заданий, отражающих отдельные стороны ФСД.

В формировании готовности к ФСД выделяются ряд последовательных этапов: довузовской подготовки; формирования теоретической готовности; диагностико- проектировочный; формирования практической готовности к ФСД на репродуктивном уровне; уровне оптимизации; творческом уровне. Эти этапы представляют в комплексе необходимое и достаточное количество последовательных шагов, обеспечивающих решение стратегической цели формирования готовности к ФСД.

Предложенная нами педагогическая система формирования готовности студентов к ФСД в процессе ФВ является: 1) целостной, поскольку отражает целостное содержание процесса формирования готовности студентов к ФСД; 2) деятельностной, что отражается в направленности на формирование готовности к ФСД; 3) личностно-ориентированной, что проявляется в направленности на формирование ФК личности студентов; 4) интегральной, объединяющей формирование всех структурных составляющих готовности; 5) многоуровневой, обеспечивающей постепенный переход от одного уровня готовности к более высокому; 6) прогностичной, позволяющей предвидеть результаты ее применения.

ФВ студентов на основе предложенной педагогической системы реализует комплекс педагогических условий, необходимых и достаточных для эффективного формирования готовности к ФСО, таких как: а) гуманизация ФВ, проявляющаяся в ориентации образовательного процесса на формирование физкультурно-деятельной личности; б) создание атмосферы педагогического сотрудничества между студентами и преподавателями; в) активизация субъектной позиции студентов в процессе овладения ФСД; г) системный целостный подход к формированию готовности к ФСД; д) индивидуализация и дифференциация процесса ФВ через предоставление им права на свободу выбора вида физических упражнений и учет уровня развития их готовности к ФСД; е) создание условий для достижения личностно значимых результатов физического совершенствования; ж) организация учебно- познавательной деятельности в виде разрешения проблемных ситуаций, отражающих осознание и переживание студентами личностно-значимых противоречий между актуальным и необходимым уровнем развития готовности к ФСД; з) актуализация и развитие рефлексивных процессов самопознания, самоанализа, самооценки и самоопределения в области ФиС; и) создание условий для погружения студентов в социальную среду активного воздействия образовательных, учебно-тренировочных и внеучебных физкультурно-спортивных форм занятий.

ФВ студентов в рамках разработанной нами педагогической системы формирования готовности к ФСД обеспечивает существенное развитие ее мотивационного (от 2,88 ± 0,57 до 3,63 ± 0,62 балла) и рефлексивного (от 2,58 ± 1,10 до 3,08 ± 0,58 балла) составляющих, достижение более высоких, чем при традиционных подходах, показателей качества усвоения теоретических и методических знаний (4,36 ± 0,54 против 3,02 ± 0,32 балла у студентов КГ), овладения методическими умениями (4,20 ± 0,39 балла против 3,11 ± 0,28 балла у испытуемых КГ) и выход на более высокий уровень готовности в целом. Большинство студентов ЭГ (75 %) к концу эксперимента становятся подготовленными к оптимизации свой ФСД с учетом конкретных субъективных и объективных условий ее выполнения. Средняя оценка готовности у них значительно выше (3,82+0,48 балла против 2,95±0,33 балла у испытуемых КГ).

Студенты ЭГ отличаются более высокими показателями удовлетворенности учебными занятиями по ФК (4,57 ± 0,66 балла против 2,80 ± 0,75 балла у студентов КГ) их посещаемости (96,03 ± 7,22 % против 87,8 + 10,14 % у студентов КГ), объема времени, уделяемого в среднем за неделю самостоятельным занятиям физическими упражнениями (334,6 + 49,6 минуты против 132,8 + 94,1 минуты - у студентов КГ).

Итак, значимость полученных результатов исследования определялась ориентацией на совершенствование физического воспитания студентов-педагогов. Полноценное знание сущности, содержания и уровней готовности к ФСД, знание соответствующих педагогических условий ее формирования, ориентация на методы ее изменения и оценки создает выявить педагогические основы формирования готовности студентов-педагогов к ФСО.

Список литературы:

1. Абдыкадырова, Д.Р. Формирование готовности студентов педагогических вузов к оздоровительно-физкультурной деятельности: автореф. дис…. канд. пед. наук: 13.00.04 / Д.Р. Абдыкадырова.- Алматы, 2008.- 26 с.
2. Аквсентьев, Е.Н. Формирование готовности студентов педагогических вузов к физкультурно-спортивной деятельности: автореф. дис…. канд. пед. наук: 13.00.04 / Е.Н. Авксентьев.- Чебоксары, 2004.- 22 с.
3. Кашматова, Ж.А. Формирование готовности будущих учителей начальных классов к физкультурно-оздоровительной деятельности / Ж.А. Кашматова // Байтурсиновские чтения: материал научно-практической конференции.- Костанай: КГУ, 2014.- Часть 3: С. 35-37.
4. Теория и методика физической культуры: Учебное пособие: под редакцией Н.И. Шарабакина, К.У. Мамбеталиева.- Бишкек: Шам, 1997.- 327 с.
10. Шарабакин, Н.И. Школьная физическая культура: учебное пособие / Н.И. Шарабакин, Н.С. Бервинова.- Бишкек: Технолошия, 2003.- 210 с.
5. Шарабакин, Н.И. Школьная физическая культура: учебное пособие / Н.И. Шарабакин, Н.С. Бервинова.- Бишкек: Технология, 2003.- 210 с.

УДК 316

Ангаева С.П., Тыхеева Ю.Ц.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, Улан-Удэ, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

В статье рассматриваются вопросы формирования психологической устойчивости социального работника. Содержанием деятельности социального работника является взаимодействие «человек-человек», которое развивалось исторически. В этой сфере социальный работник сталкивается с рядом трудностей социально-психологического порядка. Формирование социально-психологической устойчивости является важной частью социального образования.

Ключевые слова: *Социальный работник, социально-психологическая устойчивость, методы формирования социально-психологической устойчивости, социальные роли социального работника и клиента социальной службы, стрессовые ситуации, психологические установки.*

Angaeva SP, Tyheeva Yu.Ts.
East Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

FORMATION OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL STABILITY SOCIAL WORKER

Annotation. *This article discusses the issues of formation of psychological stability of a social worker. The content of the activities of the social worker is the interaction of "man-man", which developed historically. In this sphere of social worker faces a number of challenges for the psycho-social order. Formation of socially-psychological stability is an important part of social education.*

Keywords: *social worker, social and psychological stability, methods of forming social and psychological stability, the social role of the social worker and social services client, stressful situations, psychological installation.*

Профессия социального работника на сегодняшний день является одной из востребованных. В ранней истории общества забота о сирых и убогих возлагались на родственников. К этим историческим временам восходят семейные традиции заботы о слабых и почитания стариков. В докапиталистическую эпоху отношения между людьми основаны на признании «Свой - Свой». Господствует так называемая «экономика дара». В капиталистическую эпоху возникает «рыночная экономика», где производство товаров заставляет людей вступать в отношения «Чужой - Чужой». Конкуренция товаропроизводителей и конкуренция потребителей создают новое понимание человека и его места в обществе. Человек порывает с корнями родства как основы взаимоотношений. С развитием экономиче-

ских, рыночных отношений возникают новый тип отношений «Все на продажу». На смену им приходят отношения «купли - продажи», которые и формируют личностный черты человека, его «Я», отделяющееся от первобытно-общинного чувства «Мы».

Связано это прежде всего с тем, что цивилизационные процессы все более вторгаются в пространство личностных отношений людей. Произошли глубокие изменения в самоидентификации человека, в его картине мира и понимании своего места в этом мире. Если человек докапиталистической эпохи ощущал свое единство, буквально, слияние с обществом, то в Новое время человек индивидуализируется, отделяется от общества, он обречен на одиночество. Именно поэтому Н. Элиас такое общество называет «обществом индивидов»[5]. В подобном отношении каждый человек приобретает новое качество. Теперь человек сам должен строить свою судьбу вне своего рода-племени. Он сам выбирает род своей деятельности, сам производит продукты не только для удовлетворения своих собственных потребностей, но и на продажу (товар). Естественно, что такое жесткое объяснение весьма абстрактно. На протяжении веков этот «чистый экономический» человек несет на себе отголоски, отпечатки своего социального прошлого. Да, он строит свои отношения с «Другими» на почве эквивалентного обмена, провозглашая, что «бесплатный сыр только в мышеловке». Но в то же время он заботится о спасении своей души проявлениями благотворительности, заботы о сирых и убогих.

Противоречивость человека этого типа связана с противоречиями человеческой природы, осознаваемой не только как социально-экономической, но и нравственной и социально-психологической. Ведь товаропроизводитель должен позаботиться не только о сиюминутной прибыли, но и о дальнейшем его росте. Отсюда он волей-неволей должен заботиться о сохранении и приумножении базы своей производственной деятельности, облекая эту заботу в проявлении этических норм заботы о ближнем и дальнем.

Коренное же отличие этой заботы в эпоху капиталистического производства от первобытно-общинной в ее ярко выраженном экономическом характере. Проявление заботы должно быть оплачено. Конечно же, данная теоретическая конструкция довольно условна. Мы не обращаем внимания на длительную историю формирования подобных отношений, пытаемся рассмотреть уже готовые, устоявшиеся формы. Но такой подход позволяет обратить внимание на своеобразие социальной работы, на ее подчас скрытые механизмы.

В раннехристианские времена забота о нищих выступала в своеобразной форме того же обмена. Богатый подает милостыню, а бедный взамен этого благодеяния выступит заступником богатого перед богом[3, с .31]. Так происходит обмен материального блага на благо духовное. В Древнем Риме даже официально закреплялись специальные группы нищих, которые кормились у определенных хозяев. Посторонних не допускали и следили за этим очень строго. Ислам также институализирует милостыню. Специальная милостыня «заккят» выступает как опорное качество правоверного мусульманина[1, с. 117]. В буддизме сострадание к обездоленным тоже является одной из фундаментальных заповедей[4, с .98]. Так забота о нуждающихся становится частью религиозного благочестия.

Можно подчеркнуть, что такая забота проявляется безвозмездно, и что формирующееся в недрах капиталистического общества социальное призрение с самого начала предполагает материальное вознаграждение за проявление заботы о постороннем человеке, нуждающемся в услугах. Однако не все так просто. Ведь в работе религиозных организаций по вспоможению уже предполагается воздаяние, пусть и духовного характера, воздаяние в «горнем мире». И лишь позже это воздаяние реализуется в материальном выражении.

В этом выражается социально-психологическая противоречивость социальной работы. С одной стороны, профессию социального работника избирают люди, обладающие определенными качествами: добротой, великодушием, благородством, стремлением служить людям. А с другой стороны социальный работник не ангел, чтобы быть сытым божественным духом. Он должен получать достойное вознаграждение. Да и клиент социальной службы зачастую смотрят на социального работника как на человека, могущего разрешить все трудности и проблемы их жизни.

Конечно же, это - преувеличение. Но ведь в этом и заключается парадокс содержания деятельности социального работника. Да, с одной стороны, он разрешает многие проблемы, имеющиеся у клиента. Но с другой стороны, его помощь – не безгранична. Вот здесь как раз и сталкивается социальный работник с социально-психологическими проблемами.

Прежде всего социальному работнику нужно твердо усвоить сердцевину социальной службы. Это – взаимодействие «человек – человек». И в этом взаимодействии есть свои нюансы, о которых необходимо помнить. Современный социальный работник не является близким человеком для клиента. Он должен соблюдать социальную дистанцию. Точно так же, как и врач, который не стонет и не причитает вместе с больным и его родственниками над его болезнью, а старается оказать ему профессиональную помощь. Порой его выдержку и хладнокровие пациенты воспринимают как холодность и безразличие. Но именно выдержка врача в сложных и трудных ситуациях порой характеризуют его профессионализм.

По аналогии и профессия социального работника требует выдержки и хладнокровия. К сожалению, в учебных курсах не всегда уделяется внимание приемам сохранения самообладания. Ведь нередко клиент предъявляет повышенные требования к работе социального работника. Конечно, нужно делать скидку на то, что клиент может быть человеком с завышенными требованиями и ожиданиями, нередко пережившим глубокие физиологические и психологические травмы. Нужно уметь соблюдать социальную дистанцию, не позволять себе полностью идентифицировать себя с клиентом, не смешивать личные эмоции с эмоциями и переживаниями клиента. Умение не терять контроль над конкретной ситуацией можно назвать профессиональной чертой социального работника.

Стремление к получению наилучшего результата в своей работе может привести социального работника к авторитарному стилю общения с клиентом. В такой ситуации он старается все вопросы, связанные с жизнью клиента, взять на себя. Так социальный работник предстает перед ним этакими вершителями судеб. Такому работнику можно бы посоветовать смягчить свое давление на клиента, попробовать пробудить в клиенте его собственные волю, силы и стремления. Конечно же это нелегко. Ведь часто в ситуации немощного, нуждающегося в посторонней помощи клиента может оказаться человек, который до этого играл в жизни лидирующие роли. Нелепая случайность, стечение трагических событий резко изменили жизнь и статус этого человека. Он должен научиться жить в новых обстоятельствах, в новых условиях, выработать новое для себя самоощущение и самосознание. Здесь важна роль социального работника. Ведь нередко приходится преодолевать сопротивление не только самого клиента, но и его семьи, близких людей. Но возможности социальной службы во многом ограничены. Например, в нашей республике исчезла служба надомного труда инвалидов под лозунгом нерентабельности, реформирования, экономической оптимизации. Конечно, все можно считать в копейках, но эта оптимизация лишила инвалидов не только мало-мальского дохода, но и чувства сопричастности к обществу.

Как ни странно, именно самые старательные работники могут страдать от «синдрома выгорания». Связано это, видимо, с тем, что часто они предъявляют себе и к своей работе повышенные требования, ставят задачи, которые в силу объективных обстоятельств просто не могут решить. И в результате чувствуют усталость, разочарование и даже отвращение к своей работе. Думается, что здесь также нужно уделить внимание методам формирования социально-психологической устойчивости. Необходимо повышать самооценку социального работника и (одновременно) самокритичность. Отличная работа не означает решения абсолютно всех проблем клиента.

К методам выработки социально-психологической устойчивости социального работника можно отнести и внешние факторы: поддержку со стороны руководства, повышение квалификации, общение и обмен информацией с коллегами, знакомство с новой специальной литературой. Немаловажно правильная организация труда и отдыха работника: чтение художественной литературы (может быть, даже организация читательской конференции), просмотр художественных фильмов (жаль, что на сегодня совершенно исчезли кинолектории, где люди могли получить весьма интересную интерпретацию фильма), посещение спектаклей, танцевальных вечеров (которые тоже практически исчезли), спортивных секций (например, некоторые организации арендуют для своих работников игровые залы для игры в футбол, баскетбол, волейбол или даже бассейн для плавания).

Социально-психологическая устойчивость социального работника является его важной характеристикой, повышающей не только качество его работы, но и всей жизни, придающей ей цельность и глубокое содержание.

Список литературы

1. Бачинин В.А. Религиоведение. Энциклопедический словарь. СПб.: Изд-во Михайлова В.А. 2005. -288с. С 117.
2. Марков Б.В. Храм и рынок. Человек в пространстве культуры. СПб.: Алетейя, 1999. – 304 с. С. 31
3. Сидоров С. Буддизм: история, каноны, культура. М.: Астрель, 2005. -487с. С. 98

4. Элиас Н. Общество индивидов. М.: Праксис, 2001. -336 с.

УДК 615.825

Андрійчук О. Я., Грейда Н. Б., Ульяницька Н. Я., Якобсон О. О.
Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, Україна

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ПРАКТИЧНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ШКОЛАХ УКРАЇНИ

В статті піднімається питання необхідності удосконалення індивідуально-орієнтованої фізичної реабілітації учнів молодших класів, в яких в результаті антропометричних досліджень, виявлено ознаки ожиріння.

***Ключові слова**: практична діяльність, фізична реабілітація,молодші школярі*

AndriichukO., Grejda N., Ulyanitskaya N. , Jacobson. O
LesyaUkrainka Eastern European National University, Lutsk, Ukraine

NEED FOR PRACTICAL IMPLEMENTATION OF PHYSICAL REHABILITATION IN UKRAINIAN SCHOOLS

The article raises the question of the need to improve individually-oriented physical rehabilitation pupils of elementary grades, where, as a result of anthropometric researches, the signs of obesity.

Keywords: practical work, physical rehabilitation, primary school pupils

Актуальність. З огляду на критичну ситуацію зі станом здоров'я і необхідністю підвищення рухової активності дітей, усе вагомішими стають дослідження, пов'язані з дослідженням фізичного розвитку школярів, молоді, організацією їх фізичного виховання для досягнення оздоровчих, виховних та освітніх завдань.

Пошуку засобів підвищення ефективності та покращення організації фізичного виховання, покращення фізичного розвитку і здоров'я дітей, профілактики та корекції порушень у процесі їхнього розвитку присвятили свої дослідження чимало науковців: Е. Вільчковський, О. Дубогай, К. Козлова, Т. Круцевич, О. Куц, Б. Шиян та ін. Н.О Бєлікова в своїх працях розглядає основні перспективи модернізації вищої фізкультурної освіти в системі реформування професійної освіти в Україні [2]. Вивченню рухової активності у мотиваційно-ціннісних орієнтаціях підростаючого покоління присвячені дослідження А. Цьося, А. Шевчук, О. Касарди [5].

Однією з серйозних медико-соціальних та економічних проблем суспільства є ожиріння (І. О. Жарова, 2016). Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Європейський Союз назвали попередження та лікування ожиріння відвертим викликом системі охорони здоров'я у XXI сторіччі [3].

Згідно з МКХ-10,аліментарно-конституційне ожиріння є окремою нозологічною одиницею - Е 66.0. За даними авторів серед форм ожиріння найбільш поширеною є первинна форма або екзогенно–конституційне ожиріння [1].

Мета дослідження – провести аналіз антропометричних показників учнів молодших класів для виявлення осіб з групи ризику розвитку ожиріння та аргументувати застосування комплексу засобів фізичної реабілітації.

Виклад основного матеріалу. Нами було проведено вимірювання основних антропометричних показників у 251 учнів 1-4 класів однієї з шкіл м. Луцька. Учнів першого класу було 64 особи (25%) другого і третього класів по 61 людині (24,5%) і четвертокласників - 65 учнів (26%).

Дівчат було 119 осіб, що становить 47%, хлопців – 132 учня (53%). Таким чином, кожна вікова група була представлена в одноковій мірі з незначним переважанням хлопців.

Вимірюючи довжину тіла, ми користувались загальноприйнятими рекомендаціями. Так, середні показники у першокласників хлопчиків – 118,8±6,58 см, у дівчат – 118,5±7,33 см. У другокласників хлопців середній показник зросту – 126,5±5,32 см, у дівчат – 125,3±6,03 см. В учнів третього класу середній показник зросту хлопців – 131,1±5,01 см, у дівчат – 132,5±6,09 см. У четвертокласників хлопців довжина тіла в середньому становила – 131,1±5,01 см, у дівчат – 132,5±6,09 см. Аналізуючи отримані дані випливає, що в третьому класі довжина тіла дівчат переважає над аналогічним показником у хлопців. В інших класах хлопці мають показники зросту вищі ніж дівчата.

Аналізуючи отримані показники випливає, що на других та третіх класах довжина тіла дівчат переважає над аналогічним показником у хлопців.

Масу тіла у дітей вимірювання за допомогою ваг з точністю до 0,1 кг. Середні показники маси тіла у першокласників становили: у хлопців 23,25±4,49 кг, у дівчат – 22,51±5,35 кг. У другокласників хлопців середній показник маси тіла був – 25,94±4,96 кг, у дівчат – 25,72±4,94 кг. У третьокласників показник маси тіла в середньому становив: у хлопців – 28,73±4,79 кг, у дівчат 30,22±5,56 кг. У хлопців четвертого класу середнє значення маси тіла – 36,69±4,54кг, у дівчат – 34,45±4,84 кг. Таким чином, у дівчат першого, другого та четвертого класу показник маси тіла був нижчим ніж у хлопців. В той же у третьокласниць він переважав над аналогічним показником у хлопців однолітків.

Таким чином, у дівчат першого, другого та четвертого класу показник маси тіла був нижчим ніж у хлопців. В той же у третьокласниць він переважав над аналогічним показником у хлопців однолітків.

Порівнюючи отримані дані, випливає, що у учениць третього класу є вищі показники довжини тіла і маси тіла у порівнянні з показниками хлопців-однокласників. Розраховуючи ІМТ, ми наявність ожиріння констатували в тих випадках, коли ІМТ був вище 95-го прецентиля для відповідної вікової групи. Також, ми виділили групи учнів, у яких є схильність до надлишкової маси та ожиріння (75-95 прецентиль). Такі учні складали групу ризику.

Таблиця 1 - Наявність відхилень у віковому ІМТ

Клас / стать		Ожиріння		Група ризику	
		n	%	n	%
1	Х	5	14	9	26
	Д	4	13	4	13
2	Х	5	16	4	13
	Д	6	20	4	13
3	Х	4	12	8	25
	Д	4	14	7	24
4	Х	5	15	6	18
	Д	3	10	8	26
Σ	Х	19	14	27	20
	Д	17	14	23	20
Σ		36	14	50	20

Як випливає з отриманих результатів, найбільший відсоток дітей з ожирінням в другому класі: хлопців 16% (5 учнів), дівчат 20% (5 учениць). В першому класі таких дітей: хлопців 14% (5 учнів), дівчат – 13% (4 учениці). В третьому класі хлопців з ожирінням – 12% (4 учня), дівчат 14% (4 учениці). В четвертому класі серед дітей 15% хлопців (5 учнів) і 10% дівчат (3 учениці) мають ІМТ, що відповідає ожирінню (табл. 1. рис. 1).

Загалом таких дітей виявилось: дівчат – 17 осіб, що становить 14% від загальної кількості обстежених дівчат; хлопців – 19 осіб, що становить також 14%. Щодо групи ризику ожиріння, що таких учнів було 20% (27 хлопців і 23 дівчинки).

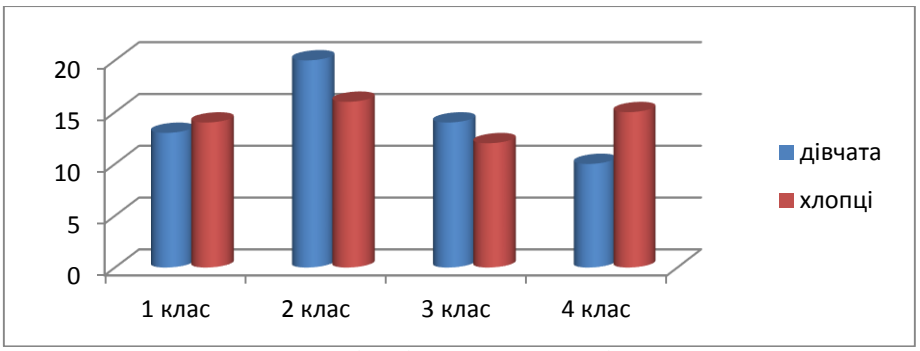


Рис. 1. Наявність відхилень в ІМТ (ожиріння), %

Таким чином, діти з надлишковою масою тіла та з групи ризику повинні бути залучені до реалізації цілеспрямованої програми фізичної реабілітації. Метою такої реабілітації є посилення обмінних процесів у тканинах, стимуляція клітинного метаболізму, що сприяють зниженню маси тіла за рахунок зменшення жирової тканини і стійке втримання маси. Для досягнення запланованої мети, виділяємо такі завдання фізичної реабілітації: розвиток функціонального пристосування основних систем організму до порушеного обміну речовин; профілактика розвитку можливих ускладнень; підвищення адаптаційних можливостей; зміна звичок харчування та способу життя; поліпшення якості життя; формування мотивації на тривале лікування та підвищення особистої відповідальності за своє лікування.

Основним засобом фізичної реабілітації є фізичні вправи та елементи спорту, а застосування їх – завжди педагогічний, освітній процес [4]. Отже, фізичну реабілітацію слід розглядати як елемент лікувально-педагогічної і виховноїроботи або, правильніше сказати, освітньо-соціального процесу.

Список літератури:

1. Дедов И. И. Ожирение: этиология, патогенез, клиническиеаспекты / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. – М. : МИА, 2004. – 456 с.
2. Бєлікова Н. О. Сучасний погляд на перспективи модернізації вищої фізкультурної освіти / Н. О. Бєлікова //Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П.Драгоманова.. – 2013 - № 12 . – С. 9-14.
3. Жарова І. Загальні підходи до побудови програми фізичної реабілітації в залежності від форми ожиріння / І. Жарова, Л. Кравчук // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. - 2014. - № 2. - С. 58-61.
4. Петеркова В. А. Ожирение в детскомвозрасте / В. А. Петеркова, О. В. Ремизов // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1. – С. 17-23.
5. Цьось А. Рухова активність у мотиваційно-ціннісних орієнтаціях студентів / А. Цьось, А. Шевчук, О.К Касарда //Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільств: збірник наукових праць. - 2014. - № 4. – С. 83-87.

УДК 316.624

Андреева Ю.В., Чукреева Л.Н.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕВИАЦИЯ СКВОЗЬ ПРИЗМУ МНЕНИЯ ПОДРОСТКОВ
(на материалах социологического исследования)

В статье анализируются результаты социологического исследования об основных причинах девиантного поведения среди несовершеннолетних.

Ключевые слова: *девиантное поведение, подростки, курение, алкоголизм.*

Andreeva U.V., Chukreeva L.N.
East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL DEVIATIONS ADOLESCENTS IN THE LIGHT OF TEENAGER'S OPINIONS

The article is analyzed the results of sociological research on the main causes of deviant behavior among underage.

Key words*: deviant behavior, teenagers, smoking, alcoholism.*

Развитие современного общества имеет много системных противоречий, которые деструктивным образом влияют на формирование ценностно-нормативной структуры подрастающего поколения. Особенностью подросткового возраста, с точки зрения социализации личности, является переходное состояние между двумя ценностными системами взрослого и ребенка, большая вариативность моделей поведения при недостаточно устойчивом механизме внутреннего социального контроля, выражающемся, к примеру, в чувстве ответственности. Как результат несовершеннолетние граждане стремятся воспроизводить социальные практики «взрослого мира», при этом могут избегать или игнорировать социальную ответственность, как результат наблюдаются проявления социальной девиации.

По данным прокуратуры Республики Бурятия за 9 месяцев 2015 г. уровень правонарушений среди подростков и молодежи по Октябрьскому району г. Улан-Удэ вырос на 46% по сравнению с 2014 г. За 1 квартал 2016 г. при соучастии несовершеннолетних удельный вес преступлений в общем массиве составил 4% [3]. Приведенные данные подчеркивают актуальность проблемы подростковой девиации, необходимость изучения причин данного явления с целью дальнейшего принятия системных мер по ее разрешению.

Под социальной девиацией понимается нарушение общепринятых норм, не являющиеся правонарушением, при этом могут формироваться качества, которые могут привести к правонарушению [4]. С целью выявления основных причин девиантного поведения среди подростков было проведено собственное социологическое исследование «Социальная девиация подростков: собственный выбор или стереотипы». Исследование проводилось в форме анкетного опроса среди двух групп несовершеннолетних в возрасте 13 лет: в июне 2015 г. среди клиентов Клиники, дружественной к молодежи (далее КДМ); в марте 2016 г. среди учащихся средней образовательной школы №42 г. Улан-Удэ. Вопросы анкеты включали несколько блоков.

Первый блок ориентирован на определение роли семьи в проявлении асоциального поведения подростков. Как показали результаты опроса, большинство подростков, как в КДМ (85%), так и в школе (69%) воспитываются в полных семьях. Тем не менее, среди учащихся школы больше, тех, кто воспитывается в неполной семье. Неполная семья изначально содержит определенные социальные риски, поскольку в большинстве случаев она образуется по причине разводов и одной из частных причин распада является алкоголизм [2]. Поскольку одной из задач являлось определение роли семьи в жизни респондентов, то им был задан вопрос о том, как они оценивают внимание к себе со стороны родителей: от родителей внимание получают более половины (60%) опрошенных КДМ и 38% опрошенных учащихся. На второй позиции – больше внимания оказывает мама - 25% респондентов из КДМ и 40% - из школы. Таким образом, по мнению респондентов семья стремиться взаимодействовать с ними, выстраивать социальные отношения. Основным агентом здесь выступает мама. При этом 5% и 2% респондентов (КДМ и школа соответственно) считают, что им внимание никто не уделяет.

Притом, что респонденты из числа КДМ, считают, что их родители, бабушки и дедушки в целом относятся к ним положительно, 20% из них оценивают негативно отношения с отцом и 5% - «плохое отношение исходит от матери». В случаях с учащимися данные показатели меньше в 4 раза. Важно отметить, что негативные отношения между подростком и родителями наблюдается в неполных семьях, либо в семьях, где воспитанием детей занимается отчим.

Во втором блоке анкеты стояла задача исследовать субъективные оценки респондентов по проблеме распространения табакокурения среди подростков, как один из видов социальной девиации. Среди опрошенных только 35% респондентов КДМ указали, что они курят.

Анализ результатов по проблеме курения подтвердил высокую ориентированность на внешнюю среду, чем на потребность познания и самопознания [1]. У 60% респондентов клиентов КДМ есть курящие люди в семье (20% из них сами курят). То есть одной из причин курения подростков может быть подражание и пример старших. У школьников ситуация в этом направлении значительно лучше: лишь у 7% ребят в семьях курят.

По мнению самих респондентов из КДМ первоочередной причиной курения является влияние окружения (50%); 15% респондентов считают, что курение придает им чувство уверенности. Опрошенные из СОШ №42 подростки считают, что их сверстники курят, потому что это «модно» (28%), влияет окружение (43%), остальные (20%) думают, что данная привычка возникает «из-за интереса».

Что касается употребления алкогольных напитков, то 70% опрошенных подростков из КДМ употребляли алкоголь и 38% среди учеников школы.

Среди основных причин употребления алкоголя подростками клиенты КДМ выделили влияние окружения (40%), способ повышения настроения (40%) и авторитет среди сверстников (20%). Опрошенные школьники также выделили влияние окружения и способ улучшения настроения. Отметим, все респонденты, которые пробовали спиртные напитки, воспитываются в семьях, где алкоголь употребляют в присутствии подростков и не скрывают факта употребления. У 11% опрошенных учащихся есть члены семьи, которые могут выпивать и 1-2 раза в неделю. У 78% родственники употребляют алкоголь, но только по праздникам. Схожая ситуация и в другой группе опрошенных. Эти данные говорят о том, что именно пример распития спиртных напитков в семье, весьма влияет на желание попробовать алкоголь у подростков.

Таким образом, предположение о влиянии семьи на формирование отношения к табакокурению и алкогольным напиткам во многом формируется в семье.

Также в рамках исследования подросткам задавался вопрос о фактах употребления наркотических веществ. По данному вопросу достаточно сложно получить объективную информацию методом анкетного опроса, поэтому респондентам было предложено назвать возможные причины, почему их сверстники могут употреблять наркотики.

Среди вероятных причин употребления наркотиков подростками респонденты КДМ выделили: наличие интереса (50%), влияние окружения (30%), способ уйти от проблем (20%). Учащиеся считают, что главной причиной употребления наркотиков является влияние окружения (77%), а остальные считают, что подростки употребляют наркотики, чтобы забыть о своих неприятностях. Отметим, около 1/5 ответов «занимает» вариант уйти от проблем, как проявление ретрициского поведения. При этом 14% опрошенных школьников испытывают чувство одиночества. Согласно, типам адаптационного поведения предложенного Р. Мэртоном, данный тип и есть прямое проявление девиации: когда личность не ставит перед собой социально одобряемых целей и не выбирает для своих целей социально одобряемые средства. Наличие данной позиции в ответах респондентов, свидетельствует и о необходимости установления / поддержания более тесных и доверительных социальных отношений подростка с семьей, чтобы, во-первых, избежать возможного негативного влияния социального окружения, во-вторых, формировать образ жизни, который закладывается в семье.

На основании результатов исследования были предложены рекомендаций по профилактике девиаций подростков в образовательных учреждениях: больше внимания уделять семье школьника, который проявляет признаки девиации; уделять внимание взаимоотношениям школьников в классах; уделять внимание мероприятиям по совместному досугу подростков и их семей, беседовать с родителями на родительских собраниях; проводить тренинги, беседы и деловые игры на тему вредных привычек с подростками; больше проводить масштабных массовых мероприятий, направленных на повышение значимости здорового образа жизни и профилактику социальных девиаций; тесно сотрудничать с КДМ и правоохранительными органами.

Список литературы:

1. Андреева Ю.В., Чукреева Л.Н. Социальное окружение как фактор девиации в подростковой среде // Материалы IV науч. - практич. конф. «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». – Улан-Удэ, 2015. – С. 11.
2. Норбоева С.С., Кондратьева Е.В. Причины возникновения неполной семьи // Материалы IV науч. - практич. конф. «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». – Улан-Удэ, 2015. – С. 252-253.
3. Материалы межведомственного совещания по вопросам профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [Электроный ресурс] // Прокуратура Республики Бурятия URL: http://prokuratura-rb.ru/?p=10812 (дата обращения 07.11.2015)
4. Савченко Ю.Е., Чукреева Л.Н. Значимость профилактики девиантного поведения в подростковой среде // Материалы III науч. - практич. конф. «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». – Улан-Удэ, 2015. – С. 193.

УДК. 342.9

Анищенко М. А.
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

В статье рассматриваются вопросы организации профилактической медицины в Украине и основные концепции построения системы общественного здоровья.

Ключевые слова: *санитарно-эпидемиологическая служба, профилактическая медицина, центры общественного здоровья.*

Anischenko M. A.,
Zaporozhye state medical university, Zaporozhye, Ukraine

LEGAL PROBLEMS OF REFORMING THE SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SERVICE OF UKRAINE

This article is devoted to the questions of the preventive medicine's organization in Ukraine and main concepts of construction of public health system.

Key words: *sanitary-epidemiological service, preventive medicine, centres of public health.*

В Украине на протяжении более чем 90 лет проблемами профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний опекались органы государственной санитарно-эпидемиологической службы. В эту систему входило более 800 местных и региональных санитарно-профилактических заведений здравоохранения, более десятка всемирно известных министерских и академических научных учреждений санитарно-эпидемиологического профиля, а также иные учреждения и заведения здравоохранения, которые осуществляют эпидемиологический надзор за отдельными социально опасными болезнями и на военных объектах, в учреждениях исполнения наказаний и т. д. [1].

В рамках проведения административной реформы на протяжении 2010-2011 годов была реорганизована система профилактической медицины и создан отдельный центральный орган исполнительной власти - Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Украины, в систему которой вошла только часть санитарно-эпидемиологических заведений здравоохранения Украины [1].

В святи с евроинтеграцией в Украине, в течении 2014-2015 годов Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Украины во второй раз была реформирована путём интеграции её лабораторних и аналитических подразделений в новосозданный Центр общественного здоров'я Минздрава Украины, поскольку семь из десяти оперативних функций общественного здоровья выполняются именно этими подразделениями, где работают профессиональные врачи-эпидемиологи, гигиенисты, вирусологи, микробиологи, медицинские статисты и т.д. [1].

В связи с этими реформами в Украине была создана рабочая группа по нормативному обеспечению профилактической медицины. Среди прочих, обсуждается проект основного нормативного акта в этой сфере Закона Украины «Об общественном здоровье», которым должна определяться миссия и основные функции Центра общественного здоровья.

В вышеупомянутом проекте закона будут соревноваться две концепции организации профилактической медицины: советская и западная. Советская концепция предполагает командно –административные методы работы врачей-профилактиков, а также активные действия санитарно-эпидемиологической службы в кризисных ситуациях (например, в случае эпидемий). Западная концепция предполагает превентивно-профилактические механизмы регулирования общественных отношений в этой сфере (рискоориентированный подход и политика общественного здоровья). Кроме того, западная модель не предусматривает активные действия служб в кризисных ситуациях (каронтин, активная борьба с инфекционными заболеваниями, ликвидация очагов и т.д.), а предполагает лишь мониторинг течения эпидемий и их последствий.

Модель сочетания западной и советской концепций будет во многом определять структуру, качественный и количественный состав медицинских работников, миссию и основные функции современной медицинской профилактической службы, а также систему подготовки кадров – специалистов по профилактическому здравоохранению в высших медицинских учебных заведениях.

Список литературы:

1. Протас С. В. Открытое письмо Министру здравоохранения Украины [Электронный ресурс]. - file:///C:/Users/comp/AppData/Local/Temp/vidkrytyi_lyst_Protas.pdf

УДК 377.5

Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р.
Фирма «CORT» г. Кишинев, Молдова

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы с хронически больными людьми, определяется значение социально-медицинской помощи данной категории населения.

Ключевые слова: *социально-медицинская помощь, социальная работа, хроническая болезнь.*

Arpentiev J. E., M. R. Arpentieva,
Firm "CORT", Chisinau, Moldova

SOCIAL-MEDICAL ASSISTANCE TO CHRONICALLY ILL PERSONS

This article is devoted to the questions of the social work's organization with the persons, who chronically ill. The article deals with the information about the significance of the social-medical assistance to this category of the population.

Key words: *social and medical care, social work, chronically ill person.*

Современная социальная медицина и социальная психология медицины - области, еще только начинающие свое развитие. Однако, в этом развитии отчетливо заметна превентивная ориентация и обращенность к системному рассмотрению социально значимых болезней [11; 14], их причин, последствий, профилактики, лечения и проблем. В самом общем виде социально значимые заболевания (раньше использовался термин «социальные болезни») — болезни, возникновение и (или) распространение которых в определяющей степени зависит от социально-экономических условий. Основной их признак и проблема — способность к широкому распространению (массовость). Поскольку социально значимые заболевания не так часто являются заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, то на них обращают внимание уже тогда, когда процент заболеваемости резко растет, как например, с болезнями психическими, сердечно-сосудистой системы, онкологическими и вирусными заболеваниями и т.д., когда болезни достигают масштабов эпидемий и пандемий, сопровождающих стихийные бедствия, войны и теракты, массовый голод и дефолты государств, «инновации» в социальной сфере, связанные с «изъятием» тех или иных прав граждан, иные «нововведения», существенно снижающие уровень жизни населения. В последнее время люди все чаще страдают психическими нарушениями, в отношении которых, помимо прочего, активно используются меры принудительного лечения и изоляции [13]. Лечение таких больных требует интеграции деятельности медицинских и иных организаций и специалистов. Ведущими аспектами в работе с социально значимыми заболеваниями являются профилактические и реабилитационные, направленные на профилактику болезней путем предотвращения их психологических и нравственных причин, на реабилитацию, в ходе которой пациенты могут переосмыслить свою жизнь. Социальная значимость заболеваний может естественным образом снижаться при целенаправленном и эффективном воздействии на основные факторы, вызывающие и поддерживающие эти заболевания, при проведении масштабных профилактических мероприятий, включая мероприятия по организации мониторинга и сопровождения больных и их семей, организации групп самопомощи и взаимопомощи, вовлечении больных в деятельность социального служения, гармонизирующую их отношения с собой и миром [1; 6; 11; 16]. В периоды социальных кризисов наличие сходных нарушений отношений к себе и миру вызывает возникновение в массовом, «социально значимом» порядке, тех или иных видов заболеваний: в истории человечества наиболее значимыми становились время от времени те или иные группы болезней. Сегодняшний список социально значимых, массовых болезней (иммунные и аутоиммунные, сердечный и бронхо-легочные, онкологические и психические) отражают состояние тотального несогласия человека с собой и миром, отвержение и отсутствие любви к себе и миру наряду с переживанием невозможности что-то изменить и защитить себя, а также нежеланием измениться и стремлением уйти от решения жизненных проблем. Нестабильные отношения в семье и на работе способны привести к возникновению патологий и мета-патологий психического и соматического типа (первичные нарушения). Особо опасно для семьи или трудовой организации наличие больных, имеющих не только социально значимые, но опасные заболевания, однако, с другой стороны [16], семья и отношения в трудовом коллективе часто активно продуцируют и провоцируют возникновение «идентифицированных пациентов», сваливая на некоторых членов семьи и сотрудников повышенную физическую, социальную, психическую нагрузку. В работе с этими случаями огромное значение имеет помощь команды эдологов: медицинских и социальных работников, психологов, юристов и даже экономистов. Помимо комплексной поддержки, нужен акцент на социально-психологическую составляющую нарушений: необходимость лечить человека, а не заболевание / орган. Она предполагает, что психологическое сопровождение организации и ее членов выходит на первый план. Не случайно сущность социальной медицины часто сводится к социально-психологической работе с клиентами разных (семейных, организационных) групп: супругами и детьми, сотрудниками и т.д. [9; 10; 12; 15]. Основная часть работы в сфере коррекции и реабилитации, профилактике и диагностике социально опасных заболеваний связана поэтому с трансформацией отношений человека к себе и миру, их переосмыслению. В рамках работы с клиентами реабилитационно-оздоровительных центров в г. Кишиневе, иных городах СНГ, нами разработана экспресс-методика активизации внутренних ресурсов личности «Базовые установки здоровья»: 1: «Здоровье не восстанавливают, здоровье развивают»; 2. Системность воздействия; 3. Внимание к будущему; 4. Помоги себе и другим; 5. Не забывайте про опыт всего человечества; 6. Излечение – побочный результат развития; 7. Развитие – развитие способности любить; 8. Если вы создали болезнь, то вы можете ее излечить; 9. Старение – это привязанность к прошлому; 10 Умирать и болеть можно по-разному [1; 2; 3; 4; 5]. Цель данного списка «установок» - активизировать ресурсы выздоровления человека с помощью рассмотрения стереотипов о жизни и смерти человека, обращения к фактам и информации, часто остающейся вне поля зрения человека, слепо доверяющего официальной медицине и/или бытующим в его окружении искаженным представлениям. Эта же цель лежит в основе действительно продуктивной и эффективной психологической помощи больным и умирающим людям. Пытаясь помочь, специалисты применяют разные психологические социальные, педагогические, медицинские и иные технологии. Однако, людям часто трудно поменять расстановку приоритетов, а именно перейти от лечения к борьбе, от терпения к совладанию, от центрации на болезни и ограничениях в безграничности развития, от центрации на собственных проблемах к децентрации и построению / восстановлению отношений взаимопомощи и социального служения с миром. Чаще всего человеку легче болеть и умирать, чем измениться. Однако именно сочетание изменения направленности

человека с направленности на лечение болезни на развитие и с эгоцентрических страданий на помощь окружающим людям, социальное служение, помогает не просто выздороветь, исцелиться, но и радикально повысить качество жизни [7; 8].

Список литературы:

1. Айх И. Деятельность Б. Грёнинга при его жизни и сегодня. Германия, Thalmassing, 2007. 282с.
2. Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р. Социально-медицинская помощь: базовые установки здоровья // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Мат-лы IV Междунар.й научно-практ. конф.. 2-4 декабря 2015 г., Улан-Удэ / Отв. ред. Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ: ВСГУТУ, 2015. С.22-24.
3. Арпентьева М.Р. Конфликт интересов как проблема доказательной медицины // Клиническая медицина. 2016. Т. 94. № 4. С. 300-307.
4. Виилма Л. Прощаю себе. Екатеринбург: У-Фактория, 2004. Т.1. 720с., Т.2, 2007. 640с.
5. Гниденко Т. Медико-социальная экспертиза // Социальная защита. 2007. № 3. С. 29-31.
6. Головин А.А., Запарий С.П. Основы социальной медицины: конспект лекций Омск: Изд-во ОмГТУ, 2008. 92 с.
7. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия. М.: Совершенство, 1998. 320с.
8. Лазарев С.Н. Ответы на вопросы. Человек будущего. СПб.: ИПК ООО «Ленинградское издательство», 2009. 240с.
9. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управление здравоохранением. СПб: СПбГМА, 1997. 184 с.
10. Мартыненко А. В. Теория медико-социальной работы. М.: МПСИ, 2006. 160 с.
11. Минигалиева М.Р. Проблемы клинической психологии и социальной медицины: от классических к новейшим. М.: РГСУ, 2007. 340с.
12. Назарова Е.Н., Жилов Ю.Д. Основы социальной медицины. М.: ИЦ «Академия», 2007. 368с.
13. Социально значимые болезни в Российской Федерации / Под ред. Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаковой. М.: НЦССХ РАМН, 2006. 326с.
14. Теврис К., Аронсон Э. Ошибки, которые были допущены. М.: Инфотропик Медиа, 2012. 336 с.
15. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. М.: ВЛАДОС, 2000. 304с.
16. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Э. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

УДК 377.5

Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р.
Фирма «CORT» г. Кишинев, Молдова

МУДРОСТЬ ЭДОЛОГА И СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

В статье рассматриваются вопросы переосмысления болезней и помощи людям в совладании с ними в процессе организации социальной работы с хронически больными людьми.

Ключевые слова: *социально-медицинская помощь, эдолог, мудрость.*

Y. E. Arpentiev, M. R. Arpentieva,
Firm "CORT", Chisinau, Moldova

THE WISDOM OF EDOLOGIST AND SOCIAL-MEDICAL ASSISTANCE TO CHRONICALLY ILL PERSONS

The article discusses the rethinking of diseases and assistance to people coping with them in the process of organization of social work with chronically ill people.

Key words: *social and medical care, edologist, wisdom of edologist.*

Пытаясь помочь, специалисты применяют разные психологические социальные, педагогические, медицинские и иные технологии. Однако, людям часто трудно поменять расстановку приоритетов, а именно перейти от центрации на болезни и ограничениях в безграничности развития, от центрации на собственных проблемах к децентрации и построению или восстановлению отношений взаимопомощи и социального служения с миром. Чаще всего человеку легче болеть и умирать, чем изменить себя и свои отношения. К тому же, представления, которые происходят из культуры, часто заставляют думать, что только лекарства и физиопроцедуры и, при необходимости, хирургическое вмешательство, социальное и иные виды вмешательств «извне» человека могут лечить и восстанавливать «нормальную» жизнедеятельность человека. Если какая-либо форма лечения не приносит облегчения, то человек начинает искать другую форму или лечить еще более интенсивно, применяя те же методы [25, p. 138].

Таблица 1 – Психологические аспекты хронических и острых болезней (начало)

Первичные	1 - Родовые аспекты, жизнеотрицающие родовые программы	2 – Дистрессы, активизирующие родовое и персональное жизнеотрицание	3 - Персональное жизнеотрицание: личностный выбор
Психологические причины /триггеры	Родовые /сценарные – наличие в семье опыта неисцеленных заболеваний, предательств любви и гордыни, духовно-нравственные проблемы отношений к себе и миру у потомков и/или предков, незавершённые инициации	Интенсивные и длительные стрессы – потери близких, профессиональной жизни и «удары судьбы», скорбь и отчаяние, давление старых проблем и травм, для любви и счастья не остается места и времени, человек «сбился со своего собственного ритма жизни», суета и торопливость либо замедленность и выключенность из жизни, вытеснение переживаний любви и счастья из сердца в угоду деньгам, своей позиции	Неприятие жизни и себя, отказ от понимания себя и мира, неискренность – неконгруэнтность и страх опыта жизни-смерти, отчаяние и обида, неумение отдыхать и принимать кризисы, постоянное беспокойство как недоверие Богу и миру, создают себе одиночество, отгораживаясь от людей, опираясь на старые обиды
Сопровождающие, условия /вторичные причины	Стрессы лечения, травмы переживания , связанные с диагностикой и лечением болезни – «вторичные нарушения», в том числе инвалидизации и т.д., «частичные смерти» тела и духа (его иллюзий)	Нарушения биоэтики – этики отношений больного и врача, намеренная или ненамеренная травматизация больного или врача в ходе лечения, отчуждение пациентов от мира, самоизоляция, самотчуждение и черствость, недостаточная любовь к себе	Пассивное и негативное совладание, жизнеотрицание и отрицание эффективности и пользы лечения, самонаказание и обида на себя, дефицит любви к себе и к людям, застарелые обиды и ревность, жалость и сожаления, страх и гнев
Психологические условия исцеления	Трансформация сценария жизни и лечения, перепросмотр родовых сценариев и поступков своих, (пра)родителей, внуков и детей (потомков), опыт инициаций как опыт танца «жизни» и «смерти»	Выход из стресса через его трансформацию и трансформацию отношения к нему, отпускание негативных переживаний, преодоление отчуждения	Активное совладание, жизнерадостность, принятие судьбы в целом, ее исследование и готовность измениться и изменить, конгруэнтность, искренность, принятие танца «жизни-смерти»

Если традиционная медицина не помогает, обращаются к нетрадиционной, если не помогает медицина – обращаются к психологии, педагогике. социальной работе и т.д.. Однако, и здесь пассивно-потребительская, рентная, позиция чаще всего мешает человеку [20]. Она же мешает получить помощь и от священника и даже от человека, называющего себя магом/ведьмой и т.д.: человеку нужно понять, что без работы над собой (не только телом, но и душой) он исцелиться не может: болезнь может отступить на время, но и вернуться, если оказанная помощь пошла «не впрок» [1; 4; 8; 13; 15; 29]. Как хорошо отметил С. Остапенко: «Здесь нужна мудрость… Кто

сочувствует тем плачущим, которые плачут по страстям, тот, … усугубляет в них эту страсть и разжигает ненависть, а ненависть — это самый тяжелый порок» [15, с. 230-250]. Более того, пациенты, обретшие «нежеланное» исцеление нередко обвиняют врачей, целителей и церковь в том, что их помощь отняла у них важные преимущества. Основная же масса людей «балансирует» на границе «острая-хроническая» болезнь, накапливая болезни и боль, стремясь приспособится к ним. Пациенты должны отказаться от своих старых перспектив и предположений («у меня есть проблема; моя семья не успокоится, пока я не пойду к доктору; я пойду к доктору, и меня вылечат») и принять новую точку зрения («у меня есть проблема, которую я должен научиться принимать и с которой я должен научиться обращаться как с частью моей повседневной жизни») [1; 2; 3; 20; 29]. Исцеление и улучшение, ремиссии и т.д., приходят как один из эффектов развития, возвращения человека «на путь истинный» [2; 7; 13; 15; 16; 19; 20]. Переосмысление как переоформление обладает большим потенциалом и помогает эффективно справляться с хронической болью и иными заболеваниями. Переоформление как изменение отношения к себе и миру - практически эффективная стратегия, дополняющая классическое лечение хронических и острых болезней [7; 13; 16; 19; 25, p. 138]. Переосмысление ориентировано на понимание сущности болезней, их причин (Табл. №1).

Еще одна проблема, с которой сталкиваются врачи и пациенты связана с тем, что трудно или невозможно учесть достаточно большое (для того, чтобы сформировать уверенное и обоснованное умозаключение или представление о том или ином феномене социальной действительности) количество событий и факторов [25, p. 132; 28]. Применение эвристических стратегий для ускорения постановки диагноза, стремление «наскоро сделать что-нибудь хорошее» [14, с.430], может привести к ряду ошибок.

Таблица 2 – Психологические аспекты хронических и острых болезней (конец)

Вторичные	4 – Гордыня как отрицание первичности Бытия, жизни	5 – Ревность как попытка подмены ценностей Бытия, жизни	6 - Зависть и обвинение как попытка отрицания целостности Бытия, жизни	7 - Стыд и озлобленность как отрицание ценности Бытия, жизни
Психологические причины /триггеры	Гордыня, униженность или презрение, псевдоцели (фиктивные цели жизни), стремление настоять на своем, непомерность желаний	Ревность, зависимость и ненависть, включенность в «незавершенные» объектные отношения, треугольники и т.д. , неблагодарность	Зависть и обвинение себя и других, нереализованность потенциала и попытки препятствовать в реализации другим	Стыд и желание защититься от мира, людей и приносимых ими перемен, ненависть и желание плохого людям, озлобленность, неуверенность
Сопровождающие, условия/вторичные причины	Отказ от лечения, игнорирование заболевания, неподтвержденность и изоляция	Отчуждение от семьи, врачей и т.д., незрелость личности и неспособность к партнерству и служению	Поиск «виноватых», неустойчивость совладания, ремиссии и обострения, неопределенность отношения к лечению, «полевое поведение». накопление обид	Потеря ощущения защищенности и суициды, нежелание меняться, понимать болезнь, ее причины и последствия
Психологические условия исцеления	Осмысление заболевания, принятие уроков и решений судьбы («уйдет – так уйдет, останется –так останется») истинные цели и смирение, подтвержденность и включенность в жизнь, умеренность и пост	Любовь как автономность и зрелость личности, ответственность и стремление помогать другим, служение и взаимопомощь, благодарность	Принятие неопределённости, «беззащитности», открытость переменам, жизни и готовность идти навстречу людям, самореализация, психологическая дистанция – отстранённость в отношениях и в ситуациях, прощение и отпускание «грехов» и обид	Уважение к себе и миру, принятие «плохого» и «хорошего», их взаимосвязи ощущение своей нужности и «места» в жизни, самодостаточность и уверенность в себе

То, что могут увидеть такие специалисты, подтверждает их представления, а представления – определяют, что именно они видят. Возникает «замкнутый круг» [23; 18, с. 126-127]. При этом поведение пациентов, с одной стороны, обычно соответствует теориям их терапевтов, и, потому, мешает выздоровлению [24, p. 159, 195-196; 26; 27]. Поэтому в качестве важнейшего аспекта социальной экологии помощи и сохранения здоровья людей является совершенствование возвращение приоритета биоэтическим и нравственным аспектам деятельности специалистов [3; 4; 9; 13; 15; 20; 28; 29].

Список литературы:

17. Айх И. Деятельность Б. Грёнинга при его жизни и сегодня. Germany, Regensburg: Thalmassing, 2007. 282с.
18. Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р. Социально-медицинская помощь: базовые установки здоровья // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Мат-лы IV Межд. научно-практ. конф. / Ред. Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ: ВСГУТУ, 2015. С.22-24.
19. Арпентьева М.Р. Конфликт интересов как проблема доказательной медицины // Клиническая медицина. 2016. Т. 94. № 4. С. 300-307.
20. Виилма Л. Прощаю себе. Екатеринб.: У-Фактория, 2004. 720с.
21. Гниденко Т. Медико-социальная экспертиза // Социальная защита. 2007. № 3. С. 29-31.
22. Головин А.А., Запарий С.П. Основы социальной медицины: конспект лекций Омск: Изд-во ОмГТУ, 2008. 92 с.
23. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия. М.: Совершенство, 1998. 320с.
24. Лазарев С.Н. Ответы на вопросы. СПб.: Лен. изд-во, 2009. 240с.
25. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управление здравоохранением. СПб: СПбГМА, 1997. 184 с.
26. Мартыненко А. В. Теория медико-социальной работы. М.: МПСИ, 2006. 160 с.
27. Минигалиева М.Р. Проблемы клинической психологии и социальной медицины: от классических к новейшим. М.: РГСУ, 2007. 340с.
28. Назарова Е.Н., Жилов Ю.Д. Основы социальной медицины. М.: ИЦ «Академия», 2007. 368с.
29. Николаев В. Из рода в род. М.: СофтИздат, 2010. 208с.
30. Ницше Ф. Философская проза. Мн.: Попурри, 2000. 628 с..
31. Остапенко С. Близок к нам Господь. М.: СМ, 2010. 528 с.
32. Отец Арсений / Предисл. В. Воробьев. М.: Эксмо, 2016. 864с.
33. Социально значимые болезни в Российской Федерации / Под ред. Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаковой. М.: НЦССХ РАМН, 2006. 326с.
34. Теврис К., Аронсон Э. Ошибки, которые были допущены. М.: Инфотропик Медиа, 2012. 336 с.
35. Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко. М.: Институт психотерапии, 2003. 204 с.
36. Циринг Д. А. Психология выученной и личностной беспомощности. М.: Академия, 2013. 220с.
37. Черносвитов Е. Социальная медицина. М.: Владос, 2000. 304с.
38. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Э. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
39. Meehl P. Psychology // Minnesota Psychologist. 1986. №35. P. 3-9.

40. Myers D. G. Social psychology. N.Y.: McGraw-Hill, 1993. 682 p.
41. Philipchalk R. P. Invitation to social psychology. N.Y.: Harcourt Brace College Publishers, 1995. 566 p.
42. Renaud H., Estess F. Life history interviews with normal american males // American J. of Orthopsychiatry, 1961. V. 31 (4). P. 786-802.
43. Snyder M., Gangestad S. Hypothesis-testing processes // New directions in attribution research. Hillsdale: Erlbaum. 1981. V. 3. P. 171-198.
44. Triplet R. Discriminatory biases in the perception of illness// Basic and Applied Social Psychology. 1992. V. 13. P.303-322.
45. Vujicic N. Life Without Limits. N.Y.: Random House, 2010. 288p.

УДК: 613.955

Арстанбеков М., Анаркулов Т.Н.
Ошский государственный университет, Кыргызская Республика

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ И МОКРОНУТРИЕНТОВ НА СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

В данной статье отмечается, что недостаточность энергии и пластических материалов – основная причина восприимчивости к инфекциям, влияющих на иммунной системе. Отличаются специфические воздействия индивидуальных нутриентов: витаминов, микроэлементов, полиненасыщенных жирных кислот и др.

Ключевые слова: *Продукты питания, иммунологическая активность, микронутриенты, витамины, микроэлементы, гиповитаминоз, железо, авитаминоз.*

Arstanbekov M., Anarkulov T. N.
Osh state University, Kyrgyz Republic

STUDY OF THE INFLUENCE OF BASIC FOODSTUFFS AND MACRONUTRIENTS ON THE STATE OF IMMUNOLOGICAL REACTIVITY AND HEALTHY PEOPLE

This article points out that the lack of energy and plastic materials – the main cause of susceptibility to infections that affect the immune system. Highlights specific effects of individual nutrients: vitamins, minerals, polyunsaturated fatty acids etc. on the function of certain immune cells. Identified the specific role of proteins. The lack of protein leads to the suppression of immunological reactivity of the organism.

Keywords*: food, immunological activity, micronutrients, vitamins, trace elements, vitamin deficiencies, iron, vitamin deficiency.*

Изучение особенностей влияния характера питания на функционирование систем защиты организма весьма перспективно, т.к. оно создает предпосылки для понимания закономерностей, лежащие в основе иммунологической реактивности и управления ими [9, с. 4-11].

При снижении содержания белка в рационе до 4,5-5,4 грамм в сутки (по азоту) отмечалось падение титровпротивостафилакокковых антител в сыворотке крови [2].

Установлено, что в условиях недостаточного белкового питания у животных выраженно снижается продукция антител, появляется: комплиментарная и лизоцимная активность сыворотки крови [2], Т-система иммунитета и реакция бласттрансформации. Недостаток треонина, лизина, метионина уменьшает синтез и повышает распад белка в тимусе и селезенке наряду с дистрофией этих органов [8]. В случае присутствия 20 аминокислот в организме в незначительном количестве, то синтез антител прекращается.

Установлено, что рационы с повышенным содержанием белка (135-140 г. в сутки) положительно влияют на процессы реституции функциональных свойств иммунокомпетентных клеток крови [1].

Следовательно, на фоне больших тренировочных и соревновательных нагрузок, недостаток белка, уменьшая количество иммунокомпетентных клеток, антител и т.д., в итоге, приводит к подавлению иммунологической реактивности организма, в связи с чем становится ясным увеличение числа обострений хронической инфекции и острых респираторных заболеваний (ОРЗ) [2].

Признаку недостаточности иммунности, связанной с нехваткой важнейших витаминов, микроэлементов и др. объясняется улучшением инфекционных заболеваний и более сложными их течением, атрофией лимфоидной ткани, уменьшением числа лимфоцитов, уменьшением реакции клеточного и гуморального иммунитета, улучшением травматичности [3].

Витамины и иммунитет. Обеспеченность и удовлетворенность организма необходимыми витаминами находится в тесной взаимосвязи с активностью основных показателей иммунитета.

Недостаток витаминов В, B_1, B_2, B_6, B_{12}, фолиевой кислоты, биотина и пантотеновой кислоты, а также витаминов Р, А, Е, Д и К приводят к снижению резистентности к бактериям, вирусам, возбудителям паразитарных болезней, повышают частоту инфекционных заболеваний, травматизма [7, с. 13-16], также недостаток аскорбиновой кислоты оказывает выраженное депрессивное действие на все основные стадии фагоцитоза, тормозя хемотаксис, аттракцию, захват и переваривание микробов. При нехватке витамина С страдают бактерицидные свойства альвеолярных макрофагов, уменьшается резистентность к представителям патогенных микроорганизмов [7, с. 13-16].

Элементарная недостаточность витамина B_1 (тиамин) сопровождалась значительным уменьшением захватывающих и переваривающих свойств лейкоцитов, уменьшением содержания комплемента в сыворотке крови, торможением реакции белкового синтеза.

При B_2– авитаминозе уменьшалась комплиментарная активность сыворотки крови и содержание лизоцима в слюне, нарушались захватывающие свойства гранулоцитов, сокращалась антибактерицидная устойчивость.

При недостатке витамина B_6 наблюдалось уменьшение активности комплемента, ослабление захватывающих и переваривающих свойств нейтрофилов и торможение фагоцитарной активности ретикуло-эндотелиальной системы (РЭС).

Введение витамина B_{12} ускоряло и стимулировало захватывающую и переваривающую активность нейтрофилов, повышало уровень лизоцима в сыворотке крови и усиливало ее неспецифическую бактерицидную активность.

При нехватке биотина уменьшается резистентность к простейшим: сопротивляемость к возбудителям бактериальной и вирусной природы не изучена.

При недостатке витамина А выявлялось торможение захватывающей и переваривающей активности полиморфноядерных и мноядерных фагоцитов, наблюдалась изменчивость специфической бактерицидной активности сыворотки крови, сопровождающаяся понижением в ней уровня пропердина. А - гиповитаминоз вызывал подавление активности клеток РЭС, угнетаяя их способность к поглощению инородных тел и кровотока. Наоборот, содержание комплемента при недостаточности витамина А было повышено.

Нехватка витамина Е в целом негативно воздействовало на резистентность к бактериальной и вирусной инфекции, а также к заболеваниям, вызываемым простейшими. Дополнительное применение витамина Еулучшало устойчивость к туберкулезу и стафилококковой инфекции.

Недостаточность витамина Д не оказывало влияния на лизоцимную, комплиментарную и неспецифическую бактерицидную активность сыворотки крови. Выраженный Д – гипервитаминоз, приводящий к потере массы тела и гиперкалиемией, вызывал улучшение сывороточного лизоцима и комплемента, активизируя неспецифические бактерицидные свойства сыворотки.

Отсутствие витамина К в продуктах питания приводила к снижению общей комплиментарной активности. Дополнительное применение викасола в течение 2-3 дней повышал уровень комплиментарной активности сыворотки крови.

Гиповитаминозы, сопровождающиеся отклонением гуморального и клеточного иммунитета, указывают на необходимость осуществления мероприятий по коррекции витаминной обеспеченности и ее профилактике с целью повышения защитных сил организма и улучшения здоровья всего населения.

Микроэлементы и иммунитет. В древности придавали большое значение тому или иному ингредиенту питания с целью

улучшения формы и спортивных успехов атлетов. Установлено, в частности, позитивное влияние добавления к пище микроэлементов: железа, меди, цинка, хрома и др., а также аминокислот: аргинина, орнитина, триптофана, аспарагина и аспарагиновой кислоты на состояние здоровья и PWC_{170} [6, с. 18-23 и др.].

При недостаточности железа наблюдалось падение активности фагоцитоза и бактерицидной способности нейтрофилов из-за разнообразных метаболических нарушений в них [5]. Обнаружено уменьшение количества Т–В–лимфоцитов и резкое увеличение нулевых клеток. Наличие тесной корреляционной связи между содержанием Т-лимфоцитов и уровнем сывороточного железа, показывающего запасы в организме, свидетельствуют о том, что имеющиеся нарушения в Т - клеточном звене иммунитета связано с недостатком железа [6, с. 18-23].

Установлено, что недостаток железа сопровождается падением активности неспецифических гуморальных факторов защиты, принимающих участие опосредованно в иммунном Т - зависимом ответе. Это обязывает необходимость осуществления мероприятий по профилактике железодефицитных состояний [5, с. 42-43].

Иммунологическая реактивность организма в определенной мере зависит от концентрации и соотношения других микроэлементов в продуктах питания. Так было установлено, соли марганца, вызывают напряжение иммунных механизмов и компенсаторных процессов в организме [3], а недостаточность меди и марганца в употребляемой пище приводить к уменьшению фагоцитарной активности лейкоцитов, снижению титра лизоцима и бактерицидной активности сыворотки крови [4].

При иммунотерапии важное место следует отводить цинку, как самому значимому микроэлементу [3]. Цинк играет архиважную роль в деятельности организма из-за его способности активизировать биохимические процессы в клетках и живых организмах. Он входит в состав ферментов, активно участвующих в обмене жиров, белков и углеводов, а также в синтезе и распаде нуклеиновых кислот [2]. Цинк влияет на проницаемость клеточных мембран, принимает непосредственное участие в процессах мембранного переноса, вступая в взаимоотношения с ионом калия. Активно влияя на действия ряда желез внутренней секреции, цинк способствует нормальное происхождение обменных процессов и развитие организма [2].

Итак, микроэлементы или биотики принимают активное участие в физиологических процессах, способствующих иммунологическую перестройку организма, в связи с этим дальнейшее изучение их роли в мобилизации специфических иммунно - реактивных сил организма может представлять большую практическую значимость для здоровья людей, особенно для спортсменов.

Список литературы:

1. Андреев, М.В. Питание спортсмена: учебное пособие / М.В. Андреев, А.Ф. Ларионов, А.А. Зверев.- Бишкек: КГАФК и С, 2016.- 42с.
2. Биохимия: учебник / Е.С. Северин, Т.Л. Олейникова, Л.В. Авдеева и др.: под редакцией Е.С. Северина 4-ое издаие.- М.: ГЭОТАР – Медиа-Медис, 2005.- С.297-305.
3. Зайцев, О.Н. Изменение иммунологической реактивности и ее коррекция у самбистов высокой квалификации в годичном цикле тренировки: автореф. дис…. канд. биолог.наук: 03.00.13 / О.Н. Зайцев.- Ярославль, 2005.- 22с.
4. Казакова, Л.М. Иммунитет при дефиците железа / Л.М. Казакова, И.М. Макрушин // Педиатрия. – М.,2002.- №10-12.-С. 71-74.
5. Колупаев, В.В. Состояние фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови у спортсменов как критерии адаптации организма к физическим нагрузкам и сезонным условиям среды /В.В. Колупаев, И.Л. Колупаева //Теория и практика физической культуры.- М., 2015.-№5.-С. 42-43.
6. Плецистый, К.Д. Витамины и иммунитет. Биотин, пантотеновая кислота, рибофлавин / /К.Д. Плецистый// Вопросы питания.- М.,2000.-№4.-С. 18-23.
7. Спиричев, В.Б. Витаминная обеспеченность и показатели иммунитета у рабочих металлургического производства заполярия/ В.Б. Спиричев, Л.М. Якушина, Ю.П. Архапчев и др.// Вопросы питания.- М., 1991.-№4.- С. 13-16.
8. Шарманов, А.Г. Пищевые вещества и функционирование клеток иммунной системы / А.Г. Шарманов// Вопросы питани.- М.,2000.- №1.-С. 4-11

УДК 316.6

Архипова Т.В.
Международный Университет Центральной Азии Бишкек, Кыргызкая Республика

ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДЕМОКРАТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

В статье раскрыты результаты мониторинга закона о доступе к информации, путем рассылки запросов о предоставлении информации от юридических и физических лиц в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: *информация, мониторинг, запрос, ответ*

Arkhipova T.B.
International University of Central Asia Bishkek, Kyrgyzkaya Republic

RIGHT TO INFORMATION A DEMOCRATIC SOCIETY

The article discloses the results of monitoring of the access to information law, by sending requests for information from businesses and individuals in the Kyrgyz Republic.

Keywords: *information, monitoring, request, response.*

Право на получение информации занимает важное место среди других прав и свобод человека. В каждом государстве существуют определенные институты власти, которые владеют общественно-значимой информацией и хранят ее. Данная информация может быть разного характера, в том числе она может касаться личности человека и гражданина. Согласно конституции КР каждый имеет право на ознакомление в органах государственной власти, органах местного самоуправления, учреждениях и организациях со сведениями о себе [1]. Очень важно для каждого члена общества иметь возможность ознакомиться с этой информацией. Причем в полном объеме и своевременно.

Органы государственной власти и местного самоуправления - это органы публичной власти, призванные упорядочивать общественную жизнь и управлять общественными процессами в интересах граждан. В Конституции КР каждый имеет право на получение информации о деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления и их должностных лиц, юридических лиц с участием государственных органов и органов местного самоуправления, а также организаций, финансируемых из республиканского и местных бюджетов [1]. Соответственно их деятельность должна быть открытой и прозрачной для тех, в интересах кого они работают. Но, к сожалению, именно они не стремятся к открытости и распространению информации.

Так же каждому гарантируется доступ к информации, находящейся в ведении государственных органов, органов местного самоуправления и их должностных лиц. Порядок предоставления информации определяется законом [1]. Таким образом, каждый может потребовать необходимую ему информацию у органов власти.

Значимость права на доступ к информации состоит и в том, что оно одновременно является механизмом защиты других прав, так как прозрачность и открытость деятельности органов власти снижает уровень нарушений прав и свобод человека. Кроме того, без реализации этого права гражданам невозможно активно участвовать в управлении делами государства, общественными делами, содействовать развитию местного самоуправления. Поэтому так важно, чтобы граждане имели реальную возможность получать информацию о деятельности государственных органов и по другим общественно важным вопросам.

Целью исследования стало проведение мониторинга закона о доступе к информации, путем рассылки запросов о предоставлении информации от юридических и физических лиц.

Исследование проводиться путем рассылки разного типа запросов от физических и юридических лиц, а так же изучение и анализ пришедших ответов, и их сопоставление с предметом запроса и предъявляемых в законодательстве требований.

В соответствии с целью и задачами мониторинга закона о доступе к информации, были составлены и разосланы письма в три ключевых МТСР КР, МЗ и МОиН КР.

В соответствии с задачами было выслано 70 писем. Рассылка запросов проводилась в течение 9 месяцев, начиная с мая месяца и закончилась в январе. Запросы высылались течение данного периода согласно стадиям. Всего было осуществлено 4 стадии рассылки писем, каждая из стадий проводилась в определенный временной и сезонный промежуток. К примеру, 1 стадия попала на конец весны и начало марта, 2 стадия на лето, 3 стадия на осень, 4 стадия на зиму. Запросы отсылались как от частного лица, так и от юридического, причем частные лица практически постоянно менялись, а юридическим лицом в основном являлась ОО АРДИ, хотя были сделаны запросы и от других юридических лиц.

Письма были высланы разным способом из них:

заказным письмом - 18 шт.,

простым письмом - 33 шт.,

брошены в ящик для писем при министерствах - 15 шт.,

электронным письмом – 4 шт.

Запросы были составлены как от юридического лица, так и от частного лица. Из них:

от частного лица - 23 шт.,

от юридического лица – 44 шт.,

от группы родителей – 3 шт.

Ответы на запросы от всех учреждений высылались в первую очередь частным лицам. Юридическим организациям ответы приходили намного позже либо вовсе не приходили.

Ответов на высланные 70 запросов пришло лишь 34. В целом это составило 49%, т.е. на письменные запросы отвечают письменно лишь в каждом втором случае, таким образом, министерства так же отвечают лишь на каждое второе письмо.

Любопытно, что ответы на запросы от учреждений зависят как от времени года посланного письма, так и от количества запросов, высылаемых в Министерство от одной организации. К примеру, во второй стадии пришло меньше всего ответов, в процентном соотношении количество ответов составило 46% данная стадия рассылки запросов проводилась в летний период и вероятнее всего данный период совпал с отпускным периодом в учреждениях. А вот в 3 стадии практически пришли все ответы на посылаемые запросы, в процентном соотношении составило 83%. Данная стадия проводилась осенью и вероятнее всего люди в государственных учреждениях приступили к работе после отпускного периода.

Пересылаемые запросы носили разный характер и представляли собой разное содержание. К примеру, были запросы с просьбой о помощи, запросы о предоставлении конкретной информации, которая существует в ведении данного министерства, о предоставлении деятельности того или иного учреждения, а также обращения, рекомендации и просьбы о сотрудничестве.

Ответы так же носили разный характер, к примеру, на письма о сотрудничестве и обращения с круглого стола, некоторые министерства не ответили письменно, а дали устный ответ, а некоторые ответили очень подробно и тщательно, а некоторые просто отписались, что это не в ведении данного ведомства или что работа давно ведется. Из этого можно сделать вывод, что ГО не хотят брать на себя ответственность за сотрудничество. На письма с просьбой о помощи обычно сразу идет реакция со стороны министерств виде уточнения информации и вызова адресата.

Проанализировав содержание ответов на запросы присылаемые из министерств и ведомств, можно сделать вывод, что ответы чаще всего носят шаблонный характер, запросы удовлетворяются частично, не всегда соответствуют запрашиваемой информации. Дается много лишней не запрашиваемой информации. Это в свою очередь является нарушением закона о доступе к информации, так как согласно данному закону ответ на запрос должен быть исчерпывающим, чтобы не пришлось поэтому же вопросу обращаться повторно[2]. Иногда встречаются случаи, когда на один запрос приходят 2 ответа, причем ответы могут быть абсолютно разными, например один носить шаблонный характер, а другой более подробный. Из этого можно сделать вывод, что ответы на запросы поручаются нескольким лицам одновременно, а руководителями не контролируются количество и качество отсылаемых запросов.

В основном практически все министерства и ведомства не соблюдают сроки предоставления ответов на запросы. Формально ответы высылаются в соответствии с законом в течение двухнедельного срока, соответствующая дата стоит на штемпеле министерства. Но фактически ответы приходят в течение 30 дней, дата отправки ответа проставляется в почтовом отделении на конверте. В данном случае опять имеются нарушения закона со стороны государственных органов. Так как в законе прописано, что исчисление срока для подготовки ответа начинается с момента получения соответствующим органом запроса и завершается в момент передачи этим органом ответа на запрос в отделение почтовой связи [2]. Сотрудникам, готовившим ответ необходимо было уведомить лицо направившего запрос об отсрочки с указанием причины.

Все ответы на запросы приходят на фирменных бланках, но выходные данные на фирменном бланке заполняются частично. К примеру, не всегда пишется номер и дата высылаемого ответа, номер и дата присланного запроса.

Практически на всех ответах нет указания на ответственное лицо, которое выполняло запрос, не прописана его фамилия и должность. В письме не указана краткая формулировка предмета запроса, а так же перечень предоставляемых документов. Чаще всего если к письмам прилагаются какие-то документы, это указано как приложение к письму. Ни в одном из ответов нет указания на дату подписания ответа.

Ответственность за содержание письма берет на себя в основном министр или замминистр, так как все письма подписаны именно этими лицами. Следовательно, если лицо отправляющее запрос, захочет обжаловать ответ, то оно в праве подавать иск на лицо подписавшее письмо, т.е. на министра или его заместителя.

Данное исследование позволяет судить об эффективности применяемых органами власти мер, направленных на обеспечение доступности информации об их деятельности.

Список литературы:

1. Конституция КР от 27 июня 2010 года.
2. Закон КР«О доступе к информации, находящейся в ведении государственных органов и органов местного самоуправления Кыргызской Республики» от 14 ноября 2006 года № 213.

УДК 364.3

Арюнжаргал А., Алтанзул К.
Научные руководители: Дашдулам Ц., Туул Б., Отгнбат Ж.
Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПО УХОДУ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ

Ariunjargal.A, Altanzul.Kh,
Leader lecturer: Dashdulam.Ts, Tuul.B, Otgonbat.J
Mongolian National University of Medical Sciences, Mongolia

PREGNANCY CARE SERVICE SATISFACTION

Introduction: *Health care services is a complex activity including treatment, diagnosis, nursing, suspending and restoring of diseaes, injuries, loss of physical activities based on modern and traditional medicine. Medical care is legally divied into 6 types, and one its part is obstetric care. Therefore, our study aimed to research and reveal the challenges facing "pregnancy care satisfaction, relationship attitutes of doctors, hospital staff".*

Keywords: *Pregnancy, care service, satisfaction*

Pregnancy care is determined by six factors:

- Electronic registration of clients, provide screening number
- Provide comfortable environment for customers, confidentiality of customers
- Pregnancy control
- Pregnancy training and advicing
- Obstetrics doctors care, service
- Midwives service

Doctor, hospital staff relationship is determined by 4 factors:

- Doctor relationship, attitude
- Midwives relationship, attitude
- Nurses relationship, attitude
- Medical specialists interes

Purpose: Determine the satisfaction of customers on pregnancy care.

Survery methodology: Survey is covered 110 cients, who served that day in ambulant clinic of National center of Maternal and child health / NCMCH / and Urgoo maternity. 20% of surveilants came from rural regions. Spread of navel were 8.2% male, 91.8% female.Satifactory of ambulatory clinic clients was measured by 6 groups, 27 factors and was determined according to the satisfaction methodology of each group:

Points	Percentage	Value
1-2.5	**0-50.9%**	**Poor**
2.5-3.99	**51.0-79.9%**	**Medium**
4-5	**80.0-100.0%**	**Good**

Results: Pregnancy care service is determined by 6 factors and satisfaction for NCMCH was 71.4% and 76.6% for Urgoo maternity.
Mean value of satisfaction factors

• Electronic registration of clients, provide screening number	**74.2%**
• Provide comfortable environment for customers, confidentiality of customers	**75.1%**
• Pregnancy control	**76.0%**
• Pregnancy training and advicing	**73.3%**
• Obstetrics doctors care, service	**75.6%**
• Midwives service	**78.0%**

Doctors, hospital staff relationship, attitude satisfaction of clients was 77.5%. For MCMCH 78.0%, for Urgoo maternity 76.9%. Satisfaction for each given factors were 84.0% for midwivies relation and attitude, 83.3% for medical specialist interest and 612% for nurse's relationship and attitude.

Conclusion: Pregnancy care service satisfaction was 77%, doctors and hospital staff relationship and attitude satisfaction was 82%. 61.2% satisfaction for nurse's relationship and attitude, 75% satisfaction of clients of maternity ambulatory clinic.

УДК 364

Атанова А.Ю., Бабаринова М.С.
Республиканский ресурсный центр «Семья», г. Улан-Удэ, Россия

РАБОТА С МОЛОДЫМИ МАМАМИ ВЫПУСКНИКАМИ ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В статье рассматриваются трудности молодых мам выпускниц интернатных учреждений, а также деятельность куратора по работе с выпускниками интернатных учреждений.

Ключевые слова: *выпускницы интернатных учреждений, молодая мама, семья, работа куратора.*

Atanova A.Y., Babarinova M.S.
National Resource Center"Family", Ulan-Ude, Russia

WORK WITH YOUNG MOTHERS GRADUATES OF BOARDING INSTITUTIONS

This article is devoted to the problems of young mothers' graduates of boarding institutions, as well as the curator activity on work with graduates of boarding institutions.

Key words: *graduates of boarding institution, young mother, family, curator activities*

Семейные отношения, брак всегда являлись важным моментом в жизни людей. Каждый человек, так или иначе, стремится завести семью. Среди тех, кто особо нуждается в поддержке – это молодые мамы выпускники интернатных учреждений, которые находятся в трудной жизненной ситуации. В семьях, где сами родители были детьми-сиротами, процесс создания семьи является довольно затруднительным. Это связано с отсутствием жизненного опыта и родительских навыков. Они с трудом создают собственные семьи. Но даже те, кому удается, сталкиваются с множеством трудностей, касающихся внутрисемейных отношений и воспитания детей. Здесь родители не могут полноценно воспитывать детей, ориентируясь на ценности, которых сами не разделяют. В таких семьях не закладываются основы ведения здорового образа жизни. Безусловно, есть семьи, которые хотят и могут воспитывать своих детей. Однако, большинство сирот часто повторяют судьбу своих родителей, и их дети также попадают в детские дома, расширяя поле социального сиротства. Выпускницы детских домов рано становятся матерями, в среднем в 19 лет, многие - раньше. Они не только лишены элементарного сексуального образования. Находясь вне дома и семьи, среди сверстников и воспитателей, они не получают никакого представления о семейных ценностях, здоровых взаимоотношениях в семье, функциях главы семьи и женщины как хранительницы домашнего очага, воспитании детей и материнском долге. В основном выпускницы-сироты не чувствуют ответственности за своих детей и их судьбу.

Матери-одиночки из числа детей-сирот попадают в бедственное положение – они не имеют средств к существованию, жилья, образования, работы, близких людей, которые могли бы помочь. Но даже тех, кто выстоял и сумел решить жилищные и материальные трудности, ждут не менее сложные моральные и психологические проблемы. Воспитываясь в детском доме, девушки не получали родительской любви и ласки, поэтому не обрели чувства привязанности, не научились проецировать его на своих детей, им сложно осознать, что они – матери. Не справившись с бременем обстоятельств, матери-одиночки из числа детей-сирот отдают детей в дома ребенка [1].

Статистика органов опеки и попечительства Республики Бурятия констатирует о том, что в 2012 г. произошло 7 отказов мам (в т.ч. мам-сирот) от детей; в 2013 г. - 54 отказа; в 2014 г. - 39 отказов; в 2015 г. - 22 отказа.

По состоянию на сентябрь 2016 г. в Республике Бурятия из организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в течение 2012-2016 г. выпустилось 318 человек, из них 127 девушек, 191 юношей. В период с 2012 по 2015 гг. молодые семьи создали более 25 человек. Молодыми мамами стали 30 человек.

Факторами риска отказа от ребенка молодой матери из числа детей-сирот являются отсутствие сексуального воспитания; низкий уровень осознания материнской ответственности; отсутствие жилья, профессии; семейная неустроенность, отсутствие мужа или его социально опасное поведение; несформировавшаяся мотивация к материнству; склонность к асоциальному поведению, вредные

привычки; медицинские проблемы; финансовые трудности. Основными причинами раннего обзаведения детьми, можно выделить следующие: девочкам хочется иметь близкого, родного человека, которого у них в жизни еще не было; боязнь аборта, вследствие которого в дальнейшем может не быть детей. неумение предохраняться; часто – желание сохранить подобие семьи, удержать молодого человека; случайные связи. Нужно, отметить, большая часть причин носит временный характер и вполне преодолима при адекватной поддержке матери с ребенком социальными службами. Здесь значимую роль отводится деятельности куратора.

Работа куратора непроста в этическом плане, путем содействия помощи матери, не заменяя ее, давая ей самой привыкнуть к новой роли. Работа с молодой мамой – формирование положительных взаимоотношений в молодой семье, гармонизация родительской сферы; разрешение внутрисемейных конфликтов и диадических проблем; оптимизация семейной ситуации и психологического климата в молодой семье, преодоление семейных кризисов и разрешение семейных конфликтов [2].

1. Подготовительный этап:

- Сбор информации о молодых мамах - выпускницах интернатных учреждений, их распределение по образовательным учреждениям;
- Установление взаимодействия с администрацией этих учреждений и кураторами;
- Встреча с молодыми мамами, выяснение бытовых условий проживания, социальных нужд и потребностей;
- Собеседование и анкетирование с целью выявления имеющихся проблем;
- Отбор и обучение кураторов.

2. Основной этап:

- Составление плана индивидуальной работы с каждой молодой мамой и его реализация куратором;
- Поиск и юридическое оформление временного жилья (при необходимости);
- Установление контакта с различными социальными учреждениями с целью привлечения их к решению проблем молодых матерей.

3. Заключительный этап.

- Подведение итогов работы куратора;
- Мониторинг успешности самостоятельно проживания матери с ребенком в собственном жилье.

Ожидаемым результатом должно стать стабильное положение молодой матери в социуме, благоприятные условия для дальнейшего воспитания с ребенком: наличие жилья, стабильная работа, посещение ребенком детского дошкольного учреждения, получение положенных пособий и льгот, мотивация на осознанное рождение будущих детей.

Основные направления деятельности куратора:

✓ **Развитие детско-родительских отношений:**

-оказание помощи в формировании положительного эмоционального отношения матери к ребенку;
-формирование навыков взаимодействия с общественными учреждениями и инстанциями;
- формирование навыков установления социальных контактов.

✓ **Повышение ресурсов жизнеустойчивости семьи:**

- обучение матери умению осмысленно и полезно проводить свободное время;
- оказание психологической поддержки, подразумевающей формирование адекватной самооценки у матерей, чувства уверенности в себе, ощущение «дружеского плеча»;
- принятие мер профилактике различных заболеваний ребенка и матери, формирование ЗОЖ в семье;
- формирование учебной мотивации у матери, оказание помощи для успешного окончания учебного заведения;
- формирование у матери бытовых навыков и умений создания и содержания собственного жизненного пространства;
- формирование навыков взаимодействия с общественными учреждениями и инстанциями;
- формирование навыков установления социальных контактов;

✓ **Контрольно-отчетная деятельность:**

- контроль за процессом ухода матери за ребенком и его воспитания;
- контроль за состоянием социальной квартиры или дома;
- введение отчетной документации.

Подводя итог, помощь молодой семье должна быть, направлена на курирование молодых матерей; создание системы социальной и психологической поддержки семей выпускников; работу специалистов с детьми выпускников; помощь в решении бытовых, социальных и медицинских проблем, разработку социально-педагогических программ для воспитанников детских домов.

Список литературы:

1. Постинтернатное сопровождение детей-сирот: успешные практики, технологии, нормативное обеспечение. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Ч.2. 22-23 июня, г. Смоленск / Под ред. И.А. Бобылевой. – М.: Благотворительный фонд социальной помощи детям «Расправь крылья!». 2010. – 216 с.
2. Путеводитель по самостоятельной жизни. Благотворительный фонд «Наши дети». Издательство «Вокруг света», Литва, 2014 г.

УДК 364

Афанасьева И.Ф., Гармаева Т.И., Мантахаева Е.Л., Цыбжитов А.М.
Отдел постинтернатного сопровождения выпускников ГБУ РБ «Семья», г. Улан-Удэ, Россия

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСТИНТЕРНАТНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В статье рассматриваются вопросы постинтернатного сопровождения выпускников организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

***Ключевые слова**: дети-сироты, социальная адаптация, социальная поддержка.*

Afanaseva I.F., Garmaeva T. I., Mantahaeva E. L., A.M. Tsibgitov
The Department of post-residental support of graduates of GBU RB «Family», Ulan-Ude, Russia

ON THE ORGANIZATION OF POST-RESIDENTAL SUPPORT OF GRADUATES IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

The article considers the questions of organization of post-residental support of graduates of children-orphans and children left without parental care.

***Key words:** children-orphans, social adaptation, social support.*

Вхождение выпускников интернатных учреждений в самостоятельную жизнь сопряжено с большими сложностями и не всегда проходит успешно. Наибольшее количество детей выпускается из детских домов в возрасте 15-16 лет и как следствие обладают недостаточным жизненным опытом.

По итогам опроса, проведенного экспертами Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, показателями успешной адаптации выпускников детского дома являются получение профессии, образования, стабильная занятость, устойчивые семейные отношения, наличие детей. Главными проблемами для подопечных социальных учреждений становится неумение рационально планировать расходы, отсутствие опыта выбора и несения ответственности, несамостоятельность и иждивенческая позиция, привычка к гиперопеке[2].

В результате выпускники не могут воспользоваться предоставленными социальными льготами и гарантиями, защитить собственные права, установить контакт с окружающими людьми, становятся жертвами насильственных преступлений, мошеннических

действий, влекущих утрату собственности (прежде всего, жилья), вовлекаются в совершение антиобщественных действий и противоправную деятельность. Все это обуславливает необходимость организации постинтернатного сопровождения выпускников.

Министерством социальной защиты населения Республики Бурятия в целях оказания поддержки, направленной на социализацию и адаптацию выпускников после окончания ими пребывания в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в мае 2015 г. создан отдел постинтернатного сопровождения выпускников.

Постинтернатное сопровождение осуществляется в отношении детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и лиц из их числа после окончания ими пребывания в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте от 16 до 23 лет на основании договора постинтернатного сопровождения, заключаемого на срок реализации мероприятий, предусмотренных индивидуальным планом постинтернатного сопровождения.

Целью постинтернатного сопровождения выпускников является оказание социальной поддержки, направленной на социальную адаптацию и социализацию[1].

Создана база данных на выпускников организаций для детей-сирот, в которой состоит 314 человек, в т.ч. несовершеннолетних - 68, от 18 до 23 лет – 246. Из них в течение 2012-2016 гг. поступили в учреждения профессионального образования 273 выпускника, в т.ч. в ВУЗы – 5.

В соответствии с Постановление Правительства Республики Бурятия от 4 сентября 2015 г. N 447 «Об организации постинтернатного сопровождения детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и лиц из их числа» постинтернатное сопровождение осуществляется на безвозмездной основе на основании четырех- или трехстороннего договора постинтернатного сопровождения выпускника организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Стороны представлены «ГБУ РБ «Семья», «образовательная организация», «выпускник», «орган опеки и попечительства».

В зависимости от потребностей и ситуации разрабатывается индивидуальный план постинтернатного сопровождения выпускника, который нацелен на формирование и развитие ключевых компетенций и навыков, необходимых для независимого самостоятельного проживания и социальной адаптации. Спектр навыков охватывает правовую, медицинскую, психолого-педагогическую сферы деятельности, а также оказание помощи в решении социально-бытовых вопросов, оказание помощи по вопросам профессиональной ориентации, по вопросам получения образования, по вопросам трудоустройства, защиту жилищных и имущественных прав, органы опеки и попечительства.

Реализация данных мер осуществляется различными ведомствами с привлечением различных заинтересованных сторон: центры занятости населения, медицинские организации, правоохранительные органы, органы местного самоуправления, Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

По данным мониторинга индивидуальных планов сопровождения выпускников 2015 г. отделом совместно с образовательными организациями оказано 1968 услуг (правовая - 464, медицинская - 310, психолого- педагогическая помощь - 319, помощь в решении социально-бытовых вопросов - 312, по вопросам профессиональной ориентации – 191, по вопросам получения образования – 199, по вопросам трудоустройства – 46, защита жилищных и имущественных прав - 127).

Немаловажным вопросом является формирование финансовой и правовой грамотности детей-сирот, с целью которого совместно с ПАО «Бурятское отделение Сбербанка», ПАО «Байкалбанк», юридическим отделом в период с февраля по март 2016 г. проведены уроки финансовой грамотности студентов «БКТиС», «КТИНЗ», «БРТПиПП», «ТСиГХ».

На базе ГБУ РБ «Семья» 1 марта 2016 г. проведен День правовых консультаций для выпускников из образовательных организаций: «БРИТ», «РМТ», «БРПК», «Улан-Удэнский колледж искусств им. П.И. Чайковского».

В рамках Дня Министерства, прошедшего 08.04.2016 г., на базе ГБОУ СПО «БКТИС» организована работа круглого стола на тему «Развитие и совершенствование системы межведомственного взаимодействия по постинтернатному сопровождению выпускников организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проведено тестирование и мастер-классы.

В рамках организации системы методической поддержки и повышения квалификации работников, осуществления межведомственного взаимодействия, привлечения внимания общественности к проблеме сопровождения выпускников интернатных учреждений проведены 5 обучающих семинаров для руководителей и специалистов постинтернатного сопровождения выпускников ГБУСО, организованы экскурсии в образовательные организации.

Организована работа по заключению и составлению планов совместной работы ГБУСО с районными, городскими центрами занятости населения, с закрепленными образовательными организациями. Во всех центрах помощи детям, оставшимся без попечения родителей, разработаны программы подготовки детей к самостоятельной жизни, профориентации, внесены изменения в учредительные документы, приказами учреждений назначены ответственные лица, созданы комнаты социально – бытовой адаптации, мастерские.

Отделом оказываются услуги для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте до 23 лет по вопросам: оформления единовременного пособия по рождению ребенка и пособия по уходу за ребенком до достижения им 1,5 лет; постановки на учет на получение временного жилья; замены паспорта в связи со сменой фамилии, по утере или по достижении 20 лет; проводятся разъяснения по льготам, выплатам, обучению, восстановлению, переводу в образовательные организации, трудоустройства; оказывается содействие в оформлении пособия по безработице.

В октябре 2016 г. отдел принял участие и в конкурсе социальных проектов для молодежи, объявленном Министерством спорта и молодежной политики, в номинации «Пропаганда традиционных семейных ценностей, поддержка молодых семей, популяризация института семьи», представив проект «Вера. Надежда. Любовь», который предполагает создание клуба молодых семей для родителей из числа детей-сирот для осуществления комплекса мер психолого-педагогического характера, а также реализацию программы подготовки к семейной жизни в учреждениях для детей-сирот. Пилотными площадками выбраны «Кабанский ЦПДОПР», «ЦПДОПР «Звездный» и «Республиканский СРЦН». На данный момент проект реализуется.

Таким образом, можно сказать, что система и инфраструктура постинтернатной адаптации еще только складывается. Существует ряд сложностей, как в нормативно-правовом регулировании постинтернатного сопровождения детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, так и в создании единой общепринятой терминологии для моделей учреждений постинтернатного сопровождения. Но, несмотря на отсутствие федерального законодательства, определяющего основные правовые рамки его реализации, постинтернатное сопровождение достаточно успешно осуществляется в Республике Бурятия.

Список литературы:

1. Постановление Правительства Республики Бурятия от 4 сентября 2015 г. N 447 «Об организации постинтернатного сопровождения» детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и лиц из их числа».

2. Рожков М.И., Байбородова Л.В. Взаимодействие субъектов постинтернатного сопровождения детей-сирот: методическое пособие. – Калининград: Изд-во РГУ им. И. Канта, 2011. - 108 с.

УДК 364:378

Афанасьева Т.С.

Белорусский государственный университет, Минск, Республика Беларусь

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

В статье рассмотрены ресурсы пожилого возраста, определяющие формирование ценностного к нему отношения у будущих специалистов социальной работы в процессе профессиональной подготовки.

Ключевые слова: *пожилой возраст, ценностное отношение, аксиосфера специалиста по социальной работе.*

Afanasieva T.
Belarusian State University, Minsk, Republic of Belarus

PROFESSIONAL TRAINING IN SOCIAL WORK TO INTERACT WITH OLDER PEOPLE

The article considers resources of the elderly, determining the formation of valuable relation to him among the future specialists in social work training.

Keywords: *older age, value attitude, aksiosfer of the social worker.*

В современных условиях постарения населения взаимодействие с пожилым человеком является полем профессиональной реализации специалистов по социальной работе и определяет геронтологическую подготовку как важный компонент развития аксиосферы студентов.

Проведенное нами исследование показало, что к конструктивным отношениям и результативному взаимодействию с пожилыми людьми молодой специалист не готов в силу своих ценностно-возрастных предпочтений, особенностей восприятия старости в общественном сознании и традиции социальной работы, которые затрудняют процесс формирования адекватной современным условиям образовательной модели изучения геронтологических проблем [1]. В этой связи формирование ценностного отношения к пожилому возрасту (ЦОПВ) у будущих специалистов по социальной работе представляется необходимым условием качества их профессионального образования.

ЦОПВ может быть основано на ресурсном потенциале профессии: аксиосфере специалиста по социальной работе (уважение достоинства, свобода, справедливость, альтруизм, ответственность, толерантность, антидискриминация); активном профессиональном и нравственном самоопределении (каков я, чего я стою, чего могу достичь); возможности реализации себя через помощь другому; возможности выбора (каким я хочу быть, что я должен сделать сейчас, чтобы быть таким как хочу).

Вторым ресурсом могут стать эвристические характеристики пожилого возраста, позволяющие личности более продуктивно взаимодействовать с миром, находить новые антропокультурные перспективы. Мы выявили следующие характеристики пожилого возраста как составляющие конструирования геронтологической подготовки будущих специалистов.

Наполнение смыслом прожитой жизни. Оценку смысла собственного бытия можно назвать «универсальным антропологическим признаком, одной из основных духовных потребностей человека в любом возрасте» [2, с. 19]. В пожилом возрасте жизненные цели как выражение ее смысла определяются самим человеком с точки зрения всего его жизненного пути. Найти для человека такие смыслы, «разбудить» в нем стремление к самореализации есть основная задача системы образования.

Гармонизация с собой и миром. Самопринятие в единстве телесного и духовного, природного и социального, прошлого, настоящего и будущего и составляет уникальную особенность позднего периода.

Осознание ценности бытия и ответственности за него. Принятие жизни во всех ее формах, формирование бережного отношения к своему бытию и бытию других не только являются экзистенциальными ценностями, но и показателем образованности [3]. Личность может быть определена в зависимости от меры своей ответственности: человек сам делает свой выбор и отвечает за него. Принятие старости ориентирует человека не только на реальное, но и на потенциальное бытие, на самопроектирование и самосовершенствование.

Обеспечение межпоколенной взаимосвязи. Старость обеспечивает «развитие человечества как диалектический процесс связи поколений», передавая и обновляя традиции [4, с. 16]. Освоение молодежью особенностей поздних возрастов, совместная деятельность, являются действенным фактором социализации, обеспечивающим подготовку к социальному функционированию на основе взаимосвязи и взаимозависимости всех возрастных групп [5, с. 12].

Пожилые люди *способствуют ролевой идентификации*. Молодежь имеет уникальную способность наблюдать естественное течение старости, понимать ее, сострадать, ценить, соотносить себя с ролью пожилого человека. Вступив в «свой» пожилой возраст легче адаптироваться к новой социальной ситуации [6, с. 109–110].

Эвристические характеристики пожилого возраста определяют педагогическое и социальное взаимодействие по формированию аксиосферы будущего специалиста по социальной работе, которое можно представить в деятельности учреждений образования (институциональный уровень) и собственной активности человека (личностный уровень).

Институциональный уровень

- определить возможности становления профессионализма специалиста во взаимодействии с пожилыми людьми;
- развивать этические, эстетические, патриотические чувства;
- учитывая созависимость характера общественного бытия и образовательных процессов, обосновывать межпоколенную взаимосвязь в культуре, вырабатывать установку на взаимодействие различных поколений, толерантность к людям пожилого возраста;
- формировать понимание роли пожилых людей, как неотъемлемого компонента нации, рода; определять ценностью национальной культурной традиции благополучие пожилого человека, способствовать изменению социальных стереотипов старости.
- создавать образовательные перспективы для людей пожилого возраста;
- создавать «идеальный» образа старости как «проект» потенциального бытия; стимулировать перспективное планирование на основе адекватной стратегии адаптации к старости;
- формировать систему ценностей, включающую ценность каждого периода жизни в единстве всех бытийных характеристик;
- учить человека делать выбор и предполагать его результат, воспитывать чувства долга перед собой и другими;
- формировать у личности потребность и способность к самосовершенствованию, к широкому спектру деятельностей, позволяющих наиболее полно реализовать ресурсный потенциал.

Личностный уровень

- «проектирование» себя в будущем, воспитание ответственности за себя в настоящем и будущем;
- соотнесение себя с ролью пожилого человека, принятие ее;
- формирование чувства значимости, сопричастности различных поколений;
- приобщение к семейной истории, культурному наследию, традициям;
- защита старости от неблагоприятных факторов социального и духовного порядка.
- бытование в ситуациях, позволяющих раскрыть личностный потенциал, творческое освоение действительности, активность;
- переосмысление событий жизни, утверждение собственных ценностей;
- нахождение и реализация новых личностных смыслов в соответствие с изменяющейся идентичностью;
- осознание и принятие собственной жизни, социального окружения, своего статуса и смысла своего существования на всех этапах развития как достойных, внутренне необходимых и единственно возможных.

Таким образом, можно заключить, что в моделировании геронтологической подготовки будущих специалистов по социальной работе необходимо опираться на понимание пожилого возраста как экзистенциальной, социально-педагогической ценности.

Список литературы:

1. Афанасьева Т.С. Социальная геронтология: аксиологические основы: учеб.–метод. пособие для студентов спец. 1–86 01 01 "Социальная работа (по направлениям)". – Минск: БГУ, 2011. 120 с.
2. Волынская Л.Б. Смысл середины жизни: подведение итогов как основа дальнейшего пути // Психология зрелости и старения. 2002. №1. С. 18–26.

3. Бим-Бад Б.М. Педагогическая антропология : учеб. пособие. – М.: Изд-во УРАО, 1998. 576 с.
4. Кон И.С. Жизненный путь как предмет междисциплинарного исследования // Человек в системе наук; под ред. И.Т. Фролова. – М.: Наука, 1989. 504 с. С. 471–483.
5. Глухова И.Ю. Специфика образа старости в различных возрастных группах // Психология зрелости и старения. 2008. № 1. С. 46–73.
6. Бочаров В.В. Антропология возраста. Научное исследование. – СПб.: Изд-во СПбУ, 2001. 196 с.

УДК 616831-005.1-036.838

Ахмадеева Л.Р., Ахмадеева Л.Р., Робинсон С.А., Тимирова А.Ф., Идрисова Л.А., Хох И.Р., Саитгареева А.Р., Хуснитдинова С.Р., Вейцман Б.А.
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия
Университет Вашингтона, Сиэтл, Вашингтон, США
Городская клиническая больница №21, г.Уфа, Россия
Башкирский государственный университет, г.Уфа, Россия
Университет Дж. Мэйсона, Фэйрфакс, Вирджиния, США

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА: ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами запланирован клинический научно-исследовательский проект, целью которого является улучшение медико-психо-социальных исходов после церебральных инсультов в условиях стационарного отделения.

Ключевые слова: *инсульт, реабилитация*

Akhmadeeva L.R., Robinson C.A., Timirova A.F., Idrisova L.A., Khokh I.R., Saitgareva A.R.,Khusnitdinoca S.R., Veytsman B.A.
Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
University of Washington, Seattle, WA, USA
Clinical municipal hospital #21, Ufa, Russia
Bashkir State University, Ufa, Russia
George Mason University, Fairfax, VA, USA

OPTIMIZING OF REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH MOTOR DEFICIENCY EARLY AFTER CEREBRAL STROKE: STUDY DESIGN

We have planned a clinical research project aimed at improvement of medical, sociological and psychological outcomes early after cerebral strokes for in-patients with motor deficiency.

Key words: *stroke, rehabilitation*

Церебральный инсульт проявляется разнообразными двигательными нарушениями двигательных функции [2]. Двигательные нарушения относятся к наиболее часто встречающимся клиническим проявлениям патологии нервной системы, приводящим к инвалидизации [2]. Нарушение равновесия, координации и статики значительно затрудняет восстановление функции ходьбы и навыков самообслуживания [4]. Наличие гемипареза при инсульте ухудшает навык ходьбы и снижает ее скорость.

К двигательным нарушениям, которые наиболее сильно дезадаптируют больного, относятся нарушения постурального баланса [1]. Развивающиеся у пациентов при инсульте расстройства равновесия увеличивают возможность падений как при стоянии, так и при движениях. Хотя бы один случай падения наблюдается у 60-83% больных, перенесших инсульт, большинство из них происходит в больнице и реабилитационном стационаре.

Нами разработан дизайн клинического исследования по оптимизация диагностики и алгоритма коррекции двигательного дефицита в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта в условиях стационарного реабилитационного отделения

Задачами настоящего проекта мы ставим следующие:

1. проанализировать текущее состояние и эффективность реабилитационных мероприятий для пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта в условиях специализированного стационарного отделения;

2. дополнить алгоритм диагностики клинико-неврологического и психологического состояния данной группы пациентов;

3. предложить методику восстановления постурального баланса, провести ее клиническую апробацию и оценить ее результативность в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта по результатам рандомизированного контролируемого исследования (РКИ);

4. оптимизировать рекомендации по физической реабилитации для пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта.

В качестве объекта для данного исследовательского проекта мы планируем пригласить пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебральных инсультов, находящиеся на стационарном лечении в отделении медицинской реабилитации ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа. Наша мультидисциплинарная команда, которая будет осуществлять данный проект, состоит из врачей-неврологов как реабилитационного отделения, так и отделения острых нарушений мозгового кровообращения, специалистов по физической терапии и реабилитации, клинических психологов и специалистов по медицинской статистике и математическому моделированию.

В качестве методик для данного исследования дополнительно к классическим клиническим тестам нами выбраны скрининг-тест на когнитивные функции (тест MMSE);. клинические тесты для оценки двигательного дефицита: модифицированная шкала Рэнкина, шкалы Ривермид, спастичности Ашфорт, NIHSS, «Timed up and Go», Берга, Fear of Falling Scale, Activities Balance Confidence Scale; психологические тесты: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала безнадежности Бека, цветовой тест Люшера, тип отношения к болезням.

Новизна исследования будет заключаться в том, что впервые в Российской Федерации будет применен, апробирован в рандомизированном клиническом исследовании и оценен алгоритм реабилитационных мероприятий для пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта, включающий комплексы, используемые в зарубежных рекомендациях и предложенный нашими Американскими коллегами. Также впервые в Республике Башкортостан будет изучена эффективность стационарной медицинской реабилитации для пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта в рамках Международной Классификации Функционирования (ICF) с применением наиболее валидных специфических клинических и психологических тестов.

Нами уже было проанализировано качество жизни после инсультов [5] и сопоставлено с аналогичными показателями при других заболеваниях нервной системы, что дало нам основание для планирования оптимизации реабилитационных мероприятий, в том числе психо-социальной направленности. В 2016г. мы оценили исходы классических реабилитационных мероприятий, проводимых в отделениях острых нарушений мозгового кровообращения и реабилитационном отделении указанного стационара. До применения изучаемого нами алгоритма восстановление шло быстрее в наиболее ранние сроки после перенесенного инсульта – в остром периоде. В раннем восстановительном периоде результативность программы стационарной реабилитации в отделении медицинской реабилитации была оценена количественно в течение 4 первых месяцев работы отделения медицинской реабилитации и представляла собой улучшение функций в среднем на 1 балл за курс по шкалам клинической оценки силы рук и ног, по модифицированной шкале Рэнкина и по шкале спастичности Ашворта. Самый высокий результат по результативности в раннем восстановительном периоде инсультов показали данные индекса мобильности Ривермид – улучшение в среднем на 3 балла.

Мы прогнозируем, что дополнительная оценка психологического состояния пациента и применение разработанного алгоритма реабилитационных мероприятий для пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта в рамках международной классификации функционирования с учетом как двигательных (включая постуральные), так и психосоциальных характеристик каждого пациента даст возможность уменьшить риск падений и улучшить двигательную активность у пациентов с церебральным инсультом, а результаты планируемого исследования позволят совершенствовать эффективность стационарной программы медицинской реабилитации для пациентов в раннем восстановительном периоде церебральных инсультов.

Использование психологических тестов в качестве оценочных параметров дефицитарных когнитивных функций и личностных искажений у данной категории пациентов позволит системно, с учетом индивидуальных особенностей, осуществлять подбор психотехник для реабилитационных мероприятий в рамках деятельности мультидисциплинарной команды специалистов , а следовательно , на наш взгляд, позволит сократить срок восстановительного периода и повысить качество жизни пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта.

Список литературы:

1. Дамулин И. В., Кононенко Е. В. Статолокомоторные нарушения у больных с полушарным инсультом // Клиническая геронтология. М— 2007. —№ 8. — С. 42.
2. Дамулин И.В., Екушева Е.В. Процессы нейропластичности после инсульта. //Журнал неврологии и психиатрии. -М.: «Медиа Сфера»,2014. С.136.
3. Кадыков А.С Реабилитация неврологических больных .-М.: МЕДпресс-информ, 2008. С .5.
4. Степанченко А.В. Головокружение.-М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. С.7.
5. Качество жизни пациентов с первичными цефалгиями, инсультами и миотонической дистрофией [Электронный ресурс] http://elibrary.ru/item.asp?id=11931309.

УДК. 616.72-002.772

Ахмедов Х.С., Разакова Ф.И., Ахмедова М.С.
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

РОЛЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

В статье рассматриваются вопросы влияние факторов внешней среды на течение ревматоидного артрита.

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, климатеогеграфические зоны, экологические факторы*

Akhmedov H.S., Razakova F.S. Akhmedova M.S.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

THE ROLE OF ENVIRONMENTAL FACTORS IN THE PROGRESSION OF RHEUMATOID ARTHRITIS

The article examines the influence of environmental factors on the course of rheumatoid arthritis.

Key words: *rheumatoid arthritis, klimateogegraficheskie areas, environmental factors.*

Климатогеографические факторы, согласно исследованиям, проведенные под эгидой ВОЗ, рассматриваются как факторы внешнего риска, способные отрицательно влиять на функционирование всех систем человеческого организма, а также на течение и исход различных заболеваний, в том числе ревматологических заболеваний [1]. В течение последних лет началось обсуждение возможной связи развития и особенностей последующего течения РА с неблагоприятными факторами окружающей среды [**2**]. РА является мультифакториальным заболеванием, при котором взаимодействие генетической составляющей и факторов внешней среды обусловливает не только развитие болезни, но и его выраженный клинический полиморфизм [3]. Утяжеление заболеваний происходит под одновременным воздействием многих климатогеографических причин: солнечной радиации, циркуляции атмосферы и ряда местных особенностей климата [4, 5, 6,].

К настоящему времени Узбекистан является объектом многих работ медико-географической направленности, т.к. Республика своеобразна по своему географическому расположению, климату и характеру развития промышленности и сельского хозяйства. Однако в большинстве из них исследовались либо отдельные группы заболеваний, либо отдельные регионы, либо отдельные контингенты населения. Поэтому целью настоящего исследования явилась оценить влияние экологических факторов на РА с учетом различных климато-географических зон Узбекистана.

Материал и методы

В исследование включено 460 больных с достоверным диагнозом РА в возрасте 50,6±9,1 лет, продолжительностью заболевания 9,9±4,7 года: I зона, северный регион – город Ташкент – 144 больных; II зона, западный регион -Хорезмская область – 112 больных; III зона, восточный регион — Наманганская область – 104 больных; IV зона, южный регион - Сурхандарьинская область – 100 больных.

Данные гигиенической оценки загрязнения окружающей среды, в частности ксенобиотиков в трех ее объектах - атмосферном воздухе, почве и воде (поверхностных водоемов и подземных водоисточников) были получены в результате лабораторных исследований санитарно-гигиенических станций, региональных отделений государственных комитетов по гидрометеорологии, контролю природной среды и экологической безопасности, а также государственного комитета Республики Узбекистан по охране природы. Валовые выбросы загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных и передвижных источников характеризуют общую антропогенную нагрузку на атмосферный воздух. Согласно этим данным уровень в течение 5 лет выбросов в атмосфере на площадь территории в изучаемых зонах составили: в I зоне за год составляет 302,76±96,12 т/км^2, на 1 больного РА человека —17,2±29,16 кг; во II зоне 81,2±16,2 т/км^2, на 1 больного РА человека —31,2±1,8 кг; в III зоне 68,51±11,4 т/км^2, на 1 больного РА человека —9,1±1,1 кг; в IV зоне 90,5±8,9 т/км^2, на 1 больного РА человека —35,1±3,4 кг.

Используя интегральные показатели неблагоприятной экологической нагрузки на атмосферу (ψ), воду (σ) и почву (ω), сравнивали их с клиническими показателями РА (F) на изучаемое количество больных и с интегральным критерием в изучаемой зонах Узбекистана (G).

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютерного вариационного, корреляционного, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (программы «Microsoft Excel» и «Statistica-Stat-Soft», США). Оценивали средние значения (M), их ошибки (m), среднеквадратические отклонения (s), коэффициенты корреляции (r), критерии дисперсии (D), Стьюдента (t), Уилкоксона — Рао (WR), χ^2 Макнемара — Фишера и достоверность статистических показателей (p).

Результаты и обсуждение полученных данных

Выделение факторов риска среди химических веществ, оказывающие неблагоприятные экологические нагрузки на атмосферу (ψ), воду (σ) и почву (ω) играет практическое значение, т.к. это позволит определить их роль в прогрессировании и механизмах развития РА, а также особенности анатомического дефекта в суставах и процесса деструкции в них. Как показали результаты анализа, фтористый водород (FH) является фактором риска внешней среды, оказывающие влияние на течение РА, поскольку на фоне его техногенной нагрузке в атмосферном воздухе (IV зона) достоверно прогрессирует активность болезни (DAS28 и SDAI; p=0,024) и уменьшается продолжительность клинической ремиссии (p=0,048). Более того, повышение концентрации FH приводит к учащению частоты встречаемости системных проявлений РА, полиморбидности и нарушений репродуктивной функции у больных, что позволяет говорит о его как фактора риска по отношению для данного заболевания. В свою очередь, на фоне повышения его концентрации в воздухе происходит углубление аутоиммунного процесса при РА, т.к. достоверно снижается общий пул Т-лимфоцитов (p=0,0302), Т-хелперы (p=0,041) и Т-супрессоры (p=0,045). Вместе с тем, также прогрессирует апоптоз Т-лимфоцитов, поскольку у больных значи-

тельно снижаются количества CD95+ клеток, а также активизируется фактор неспецифической защиты фагоцитоз (p=0,0481). Поэтому, это свидетельствует о значительной роли FH в нарушении иммунного дисбаланса при РА.

Следующий фактор, который был выявлен в ходе исследования, диоксид серы (SO_2) также является неблагоприятным по отношению к РА. Так с повышением его техногенной нагрузки увеличивается потребность в стационарном лечении (p=0,048) в связи с обострением процесса и снижаются показатели субпопуляций Т-лимфоцитов. В свою очередь, с повышением концентрации оксида углерода (CO) прогрессирует активность РА (II зона; p=0,041). Следует отметить, с повышением показателей пыли в атмосферном воздухе достоверно увеличиваются полиморбидность (II зона; p=0,024).

Результаты исследований показывают, что основное клиническое проявление РА, т.е. выраженность суставного синдрома зависит от степени загрязнения воды и почвы. С повышением концентрации Al и Ni он приобретает агрессивный характер. Так с увеличением аккумуляции Ni (IV зона) учащаются случаи с анкилозом (рентгенологическая IV стадия РА) суставов (см.рис.) и особенно прогрессирует индекс Ларсена (p=0,0023[$]; p=0,033[J]) в динамике. Это означает, что причиной агрессивности суставного синдрома при данных случаях является развитие механизма ранней деструкции суставов. В свою очередь, на фоне аккумуляции Al усиливается воспалительный процесс в суставах.

Согласно полученным данным, одним из внешних факторов, который влияет на суставной синдром также является Zn, поскольку со снижением его концентрации в почве (II и IV зоны) ухудшаются функциональные возможности сустава (индекс HAQ: p=0,0034[$]; p=0,043[J]) и снижаются показатели Т-клеточного иммунитета (p<0,05).

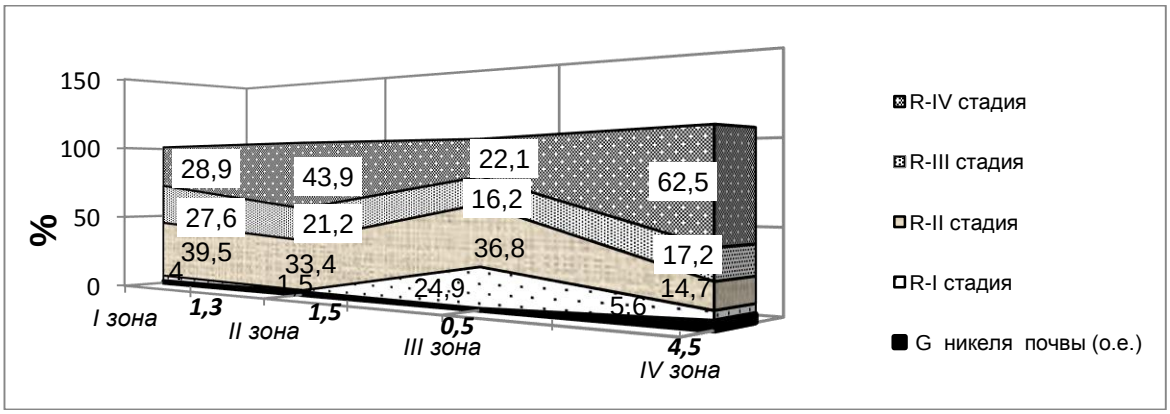


Рисунок. Зависимость рентгенологических изменений от G никеля почвы.

Результаты исследования показали, что с увеличением степени засоленности почвы в зонах проживания больных РА (II зона) усугубляется анатомический дефект в суставах, т.к. увеличиваются случаи с тендовагинитом (p=0,033), лигаментозом, кистой Бейкера (p=0,054) и тельцами Гоффа (p=0,023). Более того, также повышаются показатели HLA DR (p=0,031) и достоверно учащаются случаи с васкулитом кожи (p=0,039).

Полученные результаты показывают, что частота встречаемости внесуставных и системных проявления РА зависит не только от концентрации FH в атмосферном воздухе, но и от NO_2, Cd, Al, Pb, F и Ni, а также степени засоленности почви. На фоне повышения концентрации вышеуказанных ксенобиотиков достоверно учащаются случаи с системными проявлениями РА, следовательно, это означает, что II и IV зоны являются неблагоприятными по отношению внесуставных проявлений РА.

В свою очередь, сравнительный анализ показал влияния окружающей среды зон проживания больных РА, в частности экологических факторов на репродуктивную систему. Согласно полученным данным, неблагоприятными факторами по отношению репродуктивной системы являются не только FH, но и высокая степень засоленности почвы, SO_2 и CO. Это означает, что нарушение репродуктивной системы зависят от вышеуказанные ксенобиотиков. Согласно однофакторного дисперсионного анализа аккумуляция почвы Pb способствует нарушению динамики женских половых гормонов у женщин РА, репродуктивного возраста. Так, с повышением концентрации Pb прогестероновая недостаточность приобретает выраженный характер. Поэтому IV зона являются неблагоприятными зоной риска по отношению женщин РА, репродуктивного возраста.

Таким образом, на фоне экологических факторов происходит ранняя деструкция суставов, способствующей прогрессированию агрессивности суставного синдрома при ревматоидном артрите.

Список литературы:

1. Келина Н.Ю., Безручко Н.В., Рубцов Г.К. Оценка воздействия химического загрязнения окружающей среды как фактора риска здоровья человека: аналитический обзор. – Вестник ТГПУ, 2010. №3 (93). С.156-161.
2. Рустамова Н.М. Экологические индикаторы для мониторинга состояния окружающей среды в Узбекистане// Экологические индикаторы для Узбекистана. Ташкент. 2006. С.24-37.
3. Синяченко О.В. Ревматические заболевания и экология//Укр. ревматол. журн. - 2007. 30(4). –С. 64–68.
4. McInnes I.B. The pathogenesis of rheumatoid arthritis// I.B. McInnes, G.Schett// New Engl.J. Med. – 2012. – Vol. 365. – P. 2205–19.
5. Dilaveris P., Synetos A., Giannopoulos G., et al// Heart. – 2006. – Vol.92, №12. –P.1747-51;
6. Чащин В.П., Гудков А.Б. Попова О.Н. Характеристика основных факторов риска нарушений здоровья населения, проживающего на территориях активного природопользования в арктике. – Экология человека. 2014. С.3-10.

УДК. 616.72-002.772

Ахмедова М.С., Ахмедов Х.С., Садуллаева Г.Х., Разакова Ф.С.
Ташкентская медицинская академия, РСНПЦ эндокринологии, г. Ташкент, Узбекистан

РОЛЬ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

В статье рассматриваются вопросы реабилитационных мер с включением коррекции прогестероновой недостаточности у больных ревматоидным артритом в условиях общеврачебной практики.

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, профилактика, реабилитация, коррекция прогестероновой недостаточности.*

Akhmedova M.S, Akhmedov Kh.S, Sadullayev GH, Razakova F.S.
Tashkent Medical Academy, RSNPTS endocrinology, Tashkent, Uzbekistan

THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS IN OPTIMIZING THE PREVENTION OF RHEUMATOID ARTHRITIS

The article deals with rehabilitation measures to include progesterone deficiency correction in patients with rheumatoid arthritis in a general medical practice.

Key words: *rheumatoid arthritis, prevention, rehabilitation, correction of progesterone deficiency.*

На сегодняшний день главные практические проблемы, связанные ревматоидным артритом (РА) – это ранняя диагностика, подбор терапии, оценка ее эффективности и реабилитация больных. Но, в настоящее время, несмотря на наличие базисных и генно-инженерных биологических препаратов, рекомендуемых EULAR (2013) при лечении больных РА, не всегда удается достичь современ-

ной стратегии ведения пациентов с РА в рамках концепции «Лечение до достижения цели» [1]. На наш взгляд, это связано с тем, что не учитываются проблемы, связанные с дисбалансом женских половых гормонов, в частности со снижением прогестерона, констатированные у больных РА в ходе наших исследований. Известно, что иммунная система взаимосвязана с женскими половыми гормонами, в частности прогестерон имеет тесную взаимосвязь с Т-клеточным иммунитетом [2]. В свою очередь, дефицит Т-клеточного иммунитета, наблюдаемый при РА, свидетельствует о глубине аутоиммунного процесса [3]. Следовательно, коррекция прогестероновой недостаточности имеет большое значение. Известно, что первоначальная диагностика РА осуществляется терапевтами, ревматологами иногда другими узкими специалистами. При этом основные лечебные процедуры осуществляются в условиях вторичного уровня здравоохранения: стационар или специализированные клиники. После выписки определенная часть больных находятся под наблюдением узких специалистов или получают неполноценное лечение в условиях поликлиник, особенно в сельских местностях, что нередко приводит к прогрессированию заболевания и снижению качества жизни больных РА. Введение института общеврачебной практики в Узбекистане, дают уникальную возможность врачу общей практики решать им различные проблемы больных. Поэтому изучение клинических показателей, а также динамики функционального состояния на фоне профилактических и лечебных вмешательств, основанные на комплексном подходе с включением коррекции прогестероновой недостаточности в условиях общеврачебной практики в Узбекистане представляет как научный, так практический интерес.

Результаты и обсуждение полученных данных

Как показали результаты наших исследований в рамках критерия ACR, проведенная тактика в условиях общеврачебной практики, имеет определенные преимущества с позиции достижения как клинической ремиссии, так ее устойчивости. Так, как видно из рис.1, у больных 1-й основной группы ACR 50 ответ отмечено в 64% случаев к концу 36 мес и 61,3% больных с длительной клинической ремиссией, являвшийся основным критерием эффективности в настоящем исследовании, тогда как у больных 2-й контрольной группы составил 40% случаев и только 34% больных с длительной клинической ремиссией. Это означало, что базисная терапия у 2-й группы было недостаточной, несмотря на доведения дозы метотрексата до 25-30 мг в неделю.

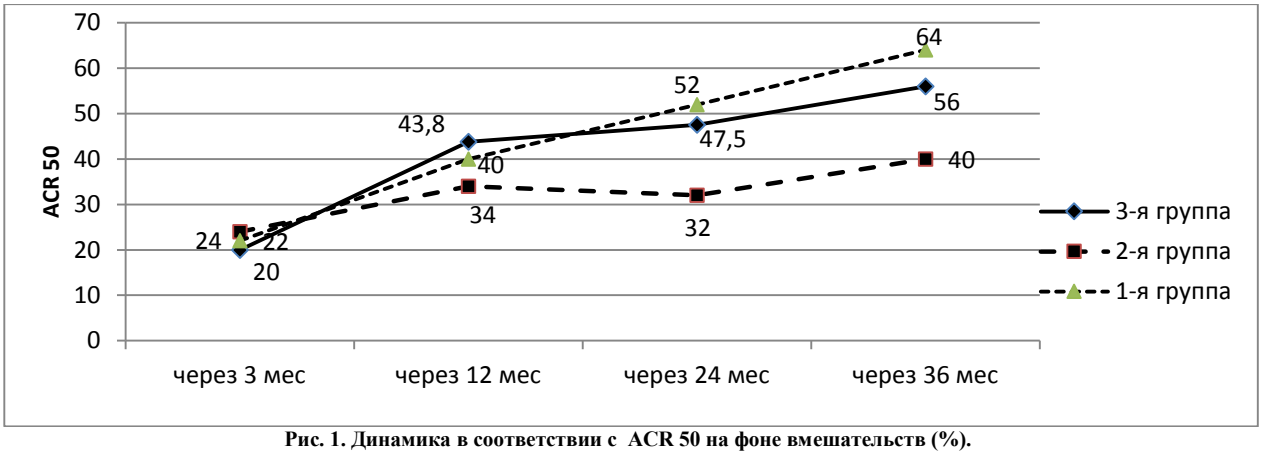


Рис. 1. Динамика в соответствии с ACR 50 на фоне вмешательств (%).

Следует отметить, что согласно критериям ACR 70 ответ к концу 36 мес отмечалось у 26,2% больных 1-й группы и у 19% больных 3-й группы, когда у больных РА 2-й группы этот показатель был почти в два раза меньше – 10%. На наш взгляд, прогестероновая недостаточность усугубляет аутоиммунный процесс у больных РА. Действительно, как показали результаты исследований, коррекция этой недостаточности приводит к положительной динамике как общего пула Т-лимфоцитов ($p<0,05$), так их субпопуляций – Т-хелперов ($p<0,02$) и Т-супрессоров ($p<0,05$). Следовательно, на фоне положительной динамике Т-клеточного иммунитета происходит клиническое улучшение. Следует указать, у больных, которые не имели исходно прогестереновую недостаточность, т.е. у 3-контрольной группы ACR 50 ответ отмечено в 56% случаев к концу 36 мес и 50% больных с длительной клинической ремиссией на фоне только базисной терапии.

В свою очередь, в ходе 3-х летнего наблюдения функциональные возможности больных РА также имели определенную динамику. К концу 12 мес динамика функционального статуса была заметной (поскольку в первые месяцы после ее проведения эффект был низким) и у больных 1-й группы уже преобладала как удовлетворительный эффект в рамках $0,36 \leq \Delta HAQ < 0,80$ – 48,75%, так выраженный эффект в рамках функционального статуса $\Delta HAQ \geq 0,80$ – 15%. Это тенденция сохранилась и к концу 24 и 36 мес, поскольку у 1-й группы по сравнению со 2-й группы почти 8 раз ($p<0,001$) и с 3-й группы 2 раза ($p<0,05$) больше отмечается выраженный эффект $\Delta HAQ \geq 0,80$.

На основании изучения результатов анкетирования с использованием опросника оценки КЖ (SFB-36) показали, что по физическому функционированию (PF) в 1-й группе прирост по отношению 2-й группе составило 90,5% ($p<0,05$) и 3-й группе – 46,3% ($p<0,05$). В свою очередь, за счет улучшение PF, отмечено достоверное увеличение показателей ролевой функции (RP) как в 1-й группе ($p<0,001$), так в 3-й группе ($p<0,05$). Но, прирост последней 1-й группы значительно превышал по отношению 2-й группе – 103,5% ($p<0,0001$) и 3-й группе – 77,1% ($p<0,01$). В свою очередь, прирост в 1-й группе показателей социальной функционирования (SF) по отношению 3-й группе составило 44,9% ($p<0,05$) и 2-й группе – 87% ($p<0,002$). Что касается показателей эмоционального состояния (RE), т.е. когда последнее мешает больным выполнению работы или другой повседневной деятельности, то прирост при этом составил по отношению к 2-й группе – 104,6% ($p<0,0001$) и к 3-й группе – 69,7% ($p<0,01$), а также отмечен значительный прирост на 79,7% ($p<0,002$) больше чем 2-я группа и на 87,4% ($p<0,05$) больше показателей психического здоровья (MH) у больных 1-й группы.

Таким образом, профилактические реабилитационные меры с коррекцией прогестероновой недостаточности у больных РА в условиях общеврачебной практике имеет большое значение в оптимизации профилактики заболевания. Это обеспечивает стойкий ACR 50 ответ и длительную клиническую ремиссию, а также улучшает функциональные возможности суставов. Вместе с тем, данная тактика достоверно способствует к положительной динамике Т-звена иммунитета и показателей качества жизни, таких как физическое, ролевое и социальное функционирование, а также она благоприятно влияет на эмоциональное состояние и психическое здоровье.

Список литературы:

1. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. Ann Rheum Dis. 2013 Oct 25. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-204573.
2. Donald P., McDonnell. Molecular Pharmacology of Estrogen and Progesterone Receptors.Menopause Biology and Pathology / Ed by Rogerio A. Lobo. San Diego-Tokyo 2000: 459-480.
3. Panayi G.S. The role of T cells and other beasts // Rheum. Dis. Clin. N. Am. - 2001. - 27. - P. 317-334.

УДК 316.627

Басимов М.М.
Российский государственный социальный университет, г. Москва, Россия

СТРЕМЛЕНИЕ К РОЖДЕНИЮ И ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ В НЕЛИНЕЙНОЙ СОЦИОЛОГИИ

В статье рассмотрены связи параметра «Стремление к рождению и воспитанию детей». Это актуализирует (как и для многих других исследований) принятие синергетической парадигмы в социологической науке.

***Ключевые слова**: рождение и воспитание детей, нелинейный, зависимость, синергетический, коэффициент силы связи, коэффициент корреляции.*

Basimov M.M.
Russian State Social University, Moscow, Russia

THE DESIRE FOR PROCREATION AND EDUCATION OF CHILDREN IN NON-LINEAR SOCIOLOGY

In the article is considered statistical dependences for parameter "The desire for procreation and education of children". It also staticizes (as well as for many other researches) acceptance synergetic paradigms in sociological science.

***Key words:** procreation and education of children, non-linear, dependence, synergetic, factor of the connection strength, coefficient of correlation.*

В современных условиях линейное мышление, до сих пор доминирующее в некоторых областях науки, становится принципиально недостаточным, и даже опасным, в нелинейной сложной реальности [46]. «Нелинейность» – фундаментальный концептуальный узел новой синергетической парадигмы [13].

Проблему выявляет и следующая статистика. Большинство социологов (как и психологов) крайне далеки от концепции нелинейности в социологии, и это подтверждает, например, предпоследний европейский конгресс «11th Conference of the European Sociological Association 2013 (Torino)», в тезисах которого «non-linear» или «nonlinear» как слово или часть слова встречается (кроме наших материалов [14, 15, 16, 17]) только в **10 тезисах** (всего около 3000 тезисов). При этом чаще это общие фразы о нелинейности и авторы далеки от конкретной реализации этой концепции. Далее тенденция принципиально не меняется: в материалах последнего европейского конгресса «12th Conference of the European Sociological Association 2015 (Pragua)» «non-linear» или «nonlinear» встречается в **11 тезисах** (всего более 3000 тезисов).

Еще проблематичней ситуация в психологии, хотя для психологии эта проблема содержательно и методологически еще более значима. В материалах 12 европейского конгресса «The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july)» «non-linear» или «nonlinear» встречается (кроме наших материалов [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31], 10 докладов) только в **3 тезисах** (всего около 3000 тезисов). Далее тенденция также принципиально не меняется: в материалах последнего европейского конгресса «The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015)» «non-linear» или «nonlinear» встречается (кроме наших материалов [32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43], 12 докладов) только в **4 тезисах** (всего около 2500 тезисов).

Для анализа данных использовался авторский подход к понятию статистической связи (нелинейной, линейной) в социологических исследованиях [3] посредством реализации обобщенного варианта метода множественного сравнения [2] для квантильных разбиений данных по каждому измеряемому параметру с отказом от предварительного выдвижения гипотезы о форме зависимости. Коэффициенты силы связи SV нормируются таким образом, чтобы значение SV=1 соответствовало бы единичной линейной корреляции R=1, полученной для линейной функции (например, Y=X).

Изучение нелинейных связей по авторскому методу [18] ранее апробировалось в различных по содержанию социологических исследованиях: социология молодой семьи [11, 21], демографические планы населения [12, 20], социология профессий [19], политическая социология [1] и т.д.

Кроме того, изучение нелинейных связей по авторскому методу [4] апробировалось также в различных психологических исследованиях, представляющих разноплановые области психологической науки: психология дошкольников и подростков [5, 6], этнопсихология [7, 8], психология профессий [9], психология стресса [10] и т.д.

В социологическом исследовании И.Б. Бритвиной «Демографические и миграционные установки жителей региона» было опрошено 462 жителя Курганской области. Для анализа результатов исследования в контексте нелинейности из анкеты, которая использовалась в исследовании демографических и миграционных установок, нами были отобраны 44 интервальных параметра.

Линейные зависимости не только являются малой частью всех сильных зависимостей, но и часто не дают исследователю глубокой и содержательной информации, выявляя в основном простые и легко прогнозируемые зависимости. Это актуализирует принятие синергетической парадигмы в социологической науке, направленной на изучение нелинейных эффектов.

Рассмотрим три конкретные, допускающие содержательную интерпретацию нелинейные зависимости, в которых задействован параметр «Стремление к рождению и воспитанию детей».

В первую очередь отметим, что по классификации это зависимости с максимумом, что позволяет трактовать данное стремление к рождению и воспитанию детей как синергетическое явление (эффект насыщения и резкого изменения складывающейся зависимости – бифуркации).

Стремление к рождению и воспитанию детей однозначно определяется статистическим методом как следствие, т.е. другие параметры изменяют его, а не наоборот. Рассмотрим подробно эти три зависимости.

1. Зависимость параметра «Сегодняшнее стремление к рождению и воспитанию детей» (Y) от параметра «Сегодняшнее стремление к достижению успехов в жизни» (X) в виде сравнительных весомостей параметра Y для кварт по шкале X:

X-1 (Y= -5578); X-2 (Y= -4139); X-3 (Y= +3651); X-4 (Y=+797)
Коэффициент силы связи = 0.90 (0.50)
Коэффициент корреляции = 0.36

Данную зависимость характеризует следующее: максимум зависимого параметра «Сегодняшнее стремление к рождению и воспитанию детей» (+3651) наблюдается в третьей кварте независимого параметра «Сегодняшнее стремление к достижению успехов в жизни» и общая положительная динамика зависимого параметра с -5578 до +797 также значительная. При этом нельзя не заметить и обратную зависимость с коэффициентом силы связи (0.50), хотя это значительно меньше, чем (0.90) и, значит, все-таки одно из направлений связи можно считать предпочтительным, а параметр «Сегодняшнее стремление к достижению успехов в жизни» – причиной стремления к рождению и воспитанию детей. Коэффициент корреляции также далек от нулевого значения (0.36), что связано с общей положительной динамикой зависимого параметра.

2. Зависимость параметра «Сегодняшнее стремление к рождению и воспитанию детей» (Y) от параметра «Уровень образования» (X) в виде сравнительных весомостей параметра Y для кварт по шкале X:

X-1 (Y= -670); X-2 (Y= -582); X-3 (Y= +3769); X-4 (Y= +306)
Коэффициент силы связи = 0.59 (0.31)
Коэффициент корреляции = 0.10

Данная зависимость похожа на предыдущую тем, что максимум зависимого параметра «Сегодняшнее стремление к рождению и воспитанию детей» (+3769) приходится на третью кварту независимого параметра «Уровень образования», только в данном случае зависимость уже достаточно симметричная и общая положительная динамика зависимого параметра с -670 до +306 несущественна.

Обратная зависимость с коэффициентом силы связи (0.31) значительно слабее прямой (0.59), хотя однозначно сбрасывать со

счетов ее не стоит. Но все-таки одно из направлений связи, как и раньше, можно считать предпочтительным, а параметр «Уровень образования» – причиной стремления к рождению и воспитанию детей.

По типу зависимости данная связь – это зависимость с максимумом, близким к симметричному. А симметричная кривая с максимумом сказывается на небольшом (не представляющем для исследователя интереса) модуле коэффициента линейной корреляции (0.10).

3. Зависимость параметра «Сегодняшнее стремление к рождению и воспитанию детей» (Y) от параметра «Сегодняшнее стремление к участию в общественно-политической деятельности» (X) в виде сравнительных весомостей параметра Y для кварт по шкале X:

X-1 (Y= -3118); X-2 (Y= -580); X-3 (Y= +4014); X-4 (Y= +1104)

Коэффициент силы связи = 0.75 (0.15)

Коэффициент корреляции = 0.25

Параметр «Сегодняшнее стремление к рождению и воспитанию детей» имеет явный максимум (сравнительная весомость = +4014) для третьей кварты значений параметра «Сегодняшнее стремление к участию в общественно-политической деятельности». На интервале с первой по третью кварты независимого параметра наблюдается сильный рост зависимого параметра (по сравнительной весомости с -3118 до +4014). Когда же имеем пик стремления к участию в общественно-политической деятельности (4 кварта) происходит достаточно резкий спад стремления к рождению и воспитанию детей (сравнительная весомость = +1104). Хотя при этом нельзя не отметить общей положительной динамики зависимой переменной по сравнительной весомости с -3118 по +1104. Но на линейную корреляцию (+0.25) максимум, даже при общей положительной динамике, оказывает большое влияние, делая ее значение малосодержательным.

Также следует отметить, что очень важно, что обратная зависимость, т.е. зависимость параметра «Сегодняшнее стремление к участию в общественно-политической деятельности» (X) от параметра «Сегодняшнее стремление к рождению и воспитанию детей» (Y) очень слабая (коэффициент силы связи = 0.15) и не представляет интереса. Поэтому, даже чисто формально направление зависимости однозначно, чего не скажешь о линейной корреляции, когда определение причины и следствия – это желание и мнение исследователя.

Таким образом, можно отметить, что стремление к рождению и воспитанию детей определяется как следствие других параметров, выступающих в качестве причины, поэтому зависимости преимущественно односторонние. Это определяется объективно нашим статистическим методом изучения связей, без вмешательства субъективного мнения исследователя.

Приведенные выше результаты позволяют говорить о возможности новой синергетической парадигмы в социологической науке, направленной на изучение нелинейных эффектов социальных систем.

В любом социологическом исследовании желательно отслеживать одновременно в единой системе мер связи зависимости между всеми парами изучаемых параметров, причем, это должны быть и линейные, и простейшие нелинейные связи (значительно обогащающие линейную тривиальность детерминистского подхода), что позволяет сделать наш метод, основанный на сознательном игнорировании предварительного выдвижения гипотез о форме зависимости отдельно для каждой пары переменных, что делает его достаточно универсальным и результативным.

Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект № 16-06-00273а

Список литературы:

1. Басимов М.М. Социологические и психологические методы изучения политических предпочтений // Коллективная монография Гражданское и политическое в российских общественных практиках / под ред. С. В. Патрушева. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2013. 525 с.: ил. (Политология России). С. 474-491.
2. Басимов М.М. Множественное сравнение в социологических исследованиях: Монография. – Курган: Курганский государственный университет, 2012. 224 с.
3. Басимов М.М. Нелинейная социология: Монография. – Курган: Курганский государственный университет, 2012. 120 с.
4. Басимов М.М. Математические методы в психологических исследованиях: Монография. – Курган: Курганский гос. ун-т, 2011. 183 с.
5. Басимов М.М. Учет нелинейных связей при освоении дошкольниками программы "Развитие" // Мир психологии. 2007. №2. С. 83-93.
6. Басимов М.М. Психологическая типологизация старшеклассников (старших подростков и юношей) по фактору успеваемости в школах нового типа // Мир психологии. 2007. №4. С. 142-158.
7. Басимов М.М., Хромов А.Б. Типология зависимостей между параметрами отношений к жизненным трудностям и проблемам в различных этнических группах // Мир психологии. 2009. №2. С. 209-222.
8. Басимов М.М., Хромов А.Б. Актуальные жизненные проблемы в оценках студентов России, Индии и США // Ученые записки РГСУ. 2010. №2. С. 140-155.
9. Басимов М.М. Требования к профессии как объект синергетики // Акмеология, Научно-практический журнал. 2011. №3 (специальный выпуск). С. 54-57.
10. Басимов М.М., Достовалов С.Г. Исследование стресса в нелинейной психологии // Акмеология, Научно-практический журнал. 2011. №3 (специальный выпуск). С. 57-61.
11. Басимов М.М. Семья и демография в нелинейной социологии // Россия: Тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Вып.5. Ч.I. Пивоваров Ю.С. (отв.ред.) и др. – М.: ИНИОН РАН, 2010. С. 522-528.
12. Басимов М.М. Демографические планы жителей региона как объект синергетики // Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Вып. 6. Часть 2. Редкол.: Пивоваров Ю.С. (отв. Ред.) и др. – М.: ИНИОН РАН. 2011. С. 195-203.
13. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Основания синергетики. Синергетическое мировидение. – М.: КомКнига, 2005. 240 с.
14. Basimov M.M. Multiple comparison in sociology of profession // The 11th Conference of the European Sociological Association (Torino, 28-31 August 2013) / Abstract Book: Torino, 2013. P. 906.
15. Basimov M.M. Multiple comparison in sociology of family // The 11th Conference of the European Sociological Association (Torino, 28-31 August 2013) / Abstract Book: Torino, 2013. P. 684.
16. Basimova P.M., Basimov M.M. Approval of a marriage between representatives of different nationalities in non-linear sociology // The 11th Conference of the European Sociological Association (Torino, 28-31 August 2013) / Abstract Book: Torino, 2013. P. 1346.
17. Basimov M.M. The analysis of the data in non-linear sociology // The 11th Conference of the European Sociological Association (Torino, 28-31 August 2013) / Abstract Book: Torino, 2013. P. 988-989.
18. Basimov M.M. Analysis of statistical dependences in sociological research // Russian sociology in the period of crisis, critique and changes / Ed. by V.A. Mansurov. – Moscow: RSS, 2013. P. 96-104.
19. Basimov M.M. Non-linearity and synergism in sociology of profession // Russian sociology in the period of crisis, critique and changes / Ed. by V.A. Mansurov. Moscow: RSS, 2013. – P. 67-82.
20. Basimov, Mikhail M. Demographic Plans of Inhabitants of Region as an Object of Synergetics // Russian Sociology in Turbulent Times / Ed. by V.A. Mansurov. Moscow: RSS, 2011. P. 208-223.
21. Basimov M.M. Family as the object of research of non-linear sociology Russian Sociology on the Move / Ed. by V.A.Mansurov. Moscow: RSS, 2010. P. 709-725.
22. Basimov M.M. Methods of psychological research // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1274.

23. Basimov M.M. The analysis of the data in nonlinear psychology // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1275.
24. Basimov M.M. Classification of nonlinear dependences // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1276.
25. Basimov M.M. Nonlinearity – the paradigm of pedagogical psychology // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 568.
26. Basimov M.M., Padurina E.A. Positive parental feelings in a context of nonlinear psychology // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1297.
27. Basimov M.M., Ilinyh Y.V. Formation of semantic sphere of the child in a context of nonlinear psychology // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1311.
28. Basimov M.M., Ponomareva S.M. System of requirements to the teacher's profession the as an object of synergetrics // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1603.
29. Basimov M.M., Nikolaeva I.A. Graphic representations of valuable relations of the person "I-others" as the object of nonlinear psychology // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1438.
30. Basimov M.M., Dostovalov S.G. Studying of the personality trust crisis in the context of nonlinear psychology // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1439.
31. Basimov M.M, Bespalov B.I., Leonov S.V. Nonlinearity of psychophysiological research // The 12th European Congress of Psychology (Istanbul 2011 04-08 july) / Abstracts, Poster Sessions: Istanbul, 2011. P. 1282.
32. M.Basimov Statistical dependences in nonlinear psychology // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 768.
33. M.Basimov Parameter "Hermit" as an Indicator of Political Preferences // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 760.
34. M.Basimov Psychological type of the respondent as a key to understanding of his/her answers // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 763.
35. M.Basimov, S. Dostovalov Stress as the reason of the self-realization and Interpersonal trust // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 776.
36. M.Basimov, S. Dostovalov Stress as an object of non-linear psychology // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 774.
37. M.Basimov, P.Basimova, O.Basimova Psychological nature of social motives of university admission // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 790.
38. M.Basimov, P.Basimova, O.Basimova Education fee as the reason of typological characteristics of the student // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 788.
39. M.Basimov, E.Padurina Understanding of the reasons of a condition of the child as an object of non-linear psychology // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 778.
40. M.Basimov, E.Padurina Positive feelings to the spouse as to the parent as an object of non-linear psychology // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 779.
41. M.Basimov, I.Nikolaeva Value characteristic "I" as object of non-linear psychology // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 784.
42. M.Basimov, I.Nikolaeva Non-linear relation of durability and subjective remoteness from "Worst others" // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 785.
43. M.Basimov, I.Nikolaeva Non-linear relation of conviction in favour of the world and communicative tolerance // The 14th European Congress of Psychology (Milan, Italy 7-10 july 2015) / AbstractBook, Posters: Milan, 2015. P. 783.
44. Basimov M.M. Non-linearity and synergism in sociology of profession // The 10th Conference of the European Sociological Association (Geneva, Switzerland 7th to 10th September 2011) / Abstract Book: Geneva, 2011. P. 413-414.
45. M.Basimov Automatic classification of dependences in sociological research // The 12th Conference of the European Sociological Association (Prague, 25-28 August 2015) / AbstractBook: Prague, 2015. P. 1015-1016.
46. Mainzer K. Thinking in Complexity. The Complex Dynamics of Matter, Mind, and Mankind. Berlin: Springer-Verlag, 1994. P. 13.

УДК 366.4

Байкина З.Я., Испулова С.Н.
Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова, г. Магнитогорск, Россия

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В статье рассматриваются основные проблемы внедрения в практику российской образовательной системы процесса инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья и пути их решения.

Ключевые слова: *инклюзивное образование, дети с ограниченными возможностями здоровья, интеграция, инвалидность.*

Baikina Z.Ya., Ispulova S.N.
Nosov Magnitogorsk State Technical University, Magnitogorsk, Russia

INCLUSIVE EDUCATION AS A MECHANISM FOR THE IMPLEMENTATION OF THE RIGHT TO EDUCATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

The article discusses the main problems of implementation in practice of the Russian educational system of the process of inclusive education of children with disabilities and their solutions.

Key words: *инклюзивное education, children with limit possibilities of health, integration, disability.*

В связи с тем, что в последние годы концепция инклюзивного образования приобретает все большую популярность и имеет много сторонников ее внедрения в российскую образовательную систему для снижения маргинализации и повышения доступности образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (далее по тексту дети с ОВЗ), становится очевидным необходимость решения ряда с этим связанных актуальнейших проблем социальной адаптации здоровых и детей с ОВЗ в рамках совместной системы образования, а также с преодолением неоднородности состава учащихся и индивидуального отношения со стороны педагогического состава. Как отмечает Н.И. Буковцева, внедрение инклюзивного образования способно затруднить социальную адаптацию тех и других детей и создает трудности в организации дифференцированного подхода к ученикам [1].

Проводимые с 1960-х гг. в ряде западных стран социологические исследования [5], показали наличие уклона образовательного процесса, ориентированного прежде всего на наиболее способных и развитых учеников, в результате чего отстающие дети, и дети с ОВЗ в большей степени, оказываются обделенными как со стороны педагогического состава, так и подлежат притеснениям со стороны сверстников, что дополнительно сопровождается негативным отношением к ним и вне стен школы, что было подтверждено британскими исследованиями 80-х годов [6]. Аналогичные результаты были получены и в ходе социологических исследований в России, выявившие «преемственность и трансляцию посредством образовательной системы тех социально-классовых различий, которые существуют вне образования» [6]. По результатам проведенных исследований начались поиски решения данной проблемы, одним из актуальных решений которой стало «инклюзивное образование» (от анг. inclusion «включение»), позволяющее «реализовать образовательные цели не только учащимся с особенностями в развитии, но и детям, которые в той или иной степени выделяются из общей группы

детей». Согласно концепции инклюзивного образования потребностям детей с ОВЗ должна соответствовать прежде всего сама образовательная среда, позволяющая быть в возможно большей степени на равных со здоровыми детьми.

В отечественной педагогике концепция инклюзивного образования начала рассматривается с конца 80-90-х гг. прошлого века, основываясь на исследованиях крупнейшего представителя социально-педагогической мысли С.Я. Рубинштейна и др., а также на теории и практике проблемного обучения, изложенных в исследованиях А.М. Матюшкина, М.И. Махмутова, М.Н. Скаткина и др. В настоящее время накоплен большой теоретический и методический материал по данной проблеме. Особенно стоит отметить исследования таких авторов, как Б.Н. Бубеева, И.И. Лошакова, Е.Р. Ярская-Смирнова, Н.И. Буковцова, В.Б. Лихачева, Н.Г. Сигал, Р.Г. Аслаева и др.

Для доказательства важности данной проблемы целесообразно обратиться к статистике. Так, по данным Федеральной базы по детям с ОВЗ, в 2015 году в России насчитывалось более 2 млн. детей с ограниченными возможностями здоровья (примерно 8% от общего числа), из них около 700 тыс. чел. составляют дети-инвалиды (2 % детского населения). На 1 месте – психические расстройства и расстройства поведения (28 %); на 2 месте – болезни нервной системы (26 %); 3 место – врожденные аномалии развития (24 %); 4 место – инфекционные и соматические заболевания (22%). Больше всего в настоящее время заболеваниям подвержены дети в возрасте 10-14 лет (32 %); 5-9 лет (28%); подростки 15-17 лет (23 %); от 0 до 4 лет (17%). Таким образом, можно заключить, что инвалидность преимущественно формируется: 1) при соматической патологии – к 10-12 летнему возрасту; 2) при психической патологии – к 15-17 летнему возрасту.

Инклюзивное образование внедряется во многих странах мира, но носит преимущественно добровольческий характер и зависит от координации полномочий между федеральными и местными образовательными системами и инициативы последних. Если в Италии даже при отсутствии достаточной автономии местной образовательной системы можно отметить 98-процентое включение детей с ОВЗ в образовательный процесс массовой школы [5], то в других странах такие проекты только набирают обороты (Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Португалия, Франция, Исландия, Норвегия, Дания, Финляндия, Швеция, США, Канада, Новая Зеландия), стоит также отметить и начавшиеся попытки реализации данных проектов в странах Южной Африки.

Различные проекты инклюзивного образования сейчас можно встретить во многих регионах России, но все же они имеют, скорее, единичный экспериментальный характер. Так, инклюзивное образование было применено в 2010 году в школах № 4 и 65 г. Улан Уде. Подобные проекты были внедрены и в школах других российских городов – Москвы, Самары, Архангельска, Нижнего Новгорода, Челябинска, Томска и т.д., которые присоединились к объединению «Образование для всех».

В настоящее время наиболее оптимальным можно считать выделение следующих основных форм при осуществлении инклюзивного обучения в массовой школе: 1) временная (эпизодическая) интеграция – это этап подготовки ребенка с ОВЗ к вхождению в систему массовой школы (является оптимальной на дошкольной ступени образования); 2) частичная (фрагментарная) интеграция – это посещение детьми с ОВЗ отдельных занятий в массовой школе, содержание и форма которых доступна для ребенка и соответствует его возможностям (в остальное время они обучаются по индивидуальной программе, но в помещениях массовой школы); 3) комбинированная интеграция – это посещение занятий детей с ОВЗ в течение всего дня в классе вместе с обычными детьми, но помимо этого дети с ОВЗ посещают также и специальные коррекционно-развивающие занятия; 4) полная интеграция подразумевает помещение ребенка с ОВЗ в обычный класс массовой школы на весь период обучения [2].

Сегодня представляется возможным заключить, что проблему инклюзивного образования нужно решать комплексно с одновременным решением проблем социального неравенства, повышением духовности и нравственности общества, его общей культуры, а также посредством усиления внимания и контроля общественных организаций и государства к этим проблемам. Без решения вышеназванных проблем концепция инклюзивного образования в ближайшей перспективе останется в России и большей части стран на уровне теории и отдельных практических экспериментов.

Список литературы:

1. Буковцова Н.И. Инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья: проблемы и перспективы // Портал психологических изданий PsyJournals.ru. 2011. http://psyjournals.ru/inclusive_edu/issue/44147_full.shtml (дата обращения: 06.11.2016).
2. Буровцева Н.И. Инклюзивное образование: методология, практика, технология // материалы международной научно-практической конференции 20-22 июня 2011: под ред. С.В. Алехиной. – М.: МГППУ, 2011.
3. Лихачева В.Б. Инклюзивное образование: современное состояние, проблемы и перспективы // Фестиваль педагогических идей «Открытый урок» / Коррекционная педагогика. Инклюзивное образование. 2015. festival.1september.ru/inclusive... (дата обращения: 06.11.2016).
4. Лошакова И.И., Ярская-Смирнова Е.Р. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. – Саратов: Изд-во СГУ, 2002. – С.15-21.
5. Малофеев Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики // Воспитание и обучение детей с нарушением развития. – 2009. – №6. – С. 3-9.
6. Сигал Н.Г. Реализация инклюзивного образования за рубежом // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2013. - №2. – С. 97 – 102.
7. Слободчикова Н.В. Инклюзивное образование: проблема и перспектива // Инфоурок/Классному руководителю.2015.URL: http://www. infourok.ru/esse-inklyuzivnoe-... (дата обращения: 06.11.2016).

УДК: 378.014

Барчий М. С.

Мукачевский государственный университет, г. Мукачево, Украина

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ БУДУЩЕГО ПСИХОЛОГА

В статье рассматриваются вопросы профессиональных ценностей будущих психологов, определяются условия формирования мотивационной сферы в процессе вузовской подготовки.

Ключевые слова: *психолог, профессиональные ценности, мотивационная сфера, профессиональное становление.*

Barchii M.S.

Mukachevo State University, Mukachevo, Ukraine

PSYCHO-PEDAGOGICAL CONDITIONS OF MOTIVATIONAL SPHERE FORMATION OF FUTURE PSYCHOLOGIST

The article deals with the questions of professional values of future psychologists, determines the conditions of motivational sphere formation in the process of high school preparation.

Keywords: *psychologist, professional values, motivational sphere, professional formation.*

Подготовка современных конкурентоспособных специалистов-психологов возможна при условии целенаправленного формирования ценностно-смысловой сферы. Профессиональное становление в современных социальных условиях, как отмечает И.Д. Бех, должно начинаться с формирования у студентов ценностного отношения к предстоящей профессиональной деятельности. Он выделяет такие составляющие профессиогенеза в процессе профессионального обучения [1, с. 268]: знакомство с будущей профессиональной деятельностью и создание представления о ней; формирование реального представления о профессионале по выбранной специальности; формирование ценностных представлений; составление «образа себя как профессионала». Анализ образа возможной профессиональной деятельности и собственного образа в ней выполняет мотивационную функцию, задает перспективу собственного становления, повышает ценность выбранного профессионального пути.

Ценностные ориентации можно считать узловым моментом профессиональной реализации личности, поскольку именно они детерминируют общее отношение личности к профессиональным целям, задачам и требованиям, возможность ее профессиональной самореализации. Исследователи к профессионально-важным ценностям будущего психолога относят: 1) профессиональное призвание - стремление овладеть определенной профессией; 2) профессиональные намерения - осознанное отношение к определенному виду профессиональной деятельности; 3) ценностные ориентации профессионального направления - избрание системы духовных ценностей, правил профессиональной этики; 4) мотивы профессиональной деятельности - внутренние побуждения, которые определяют направленность активности человека; 5) профессиональные притязания - стремление достичь результата, определенного уровня компетентности; 6) профессиональные ожидания - ожидания относительно своих возможных успехов. Специфика профессиональной деятельности психолога предполагает наличие соответствующих профессионально важных черт. К специфической характеристике портрета личности психолога относится способность принимать и уважать другие взгляды на мир, не теряя при этом собственной индивидуальности, способность к эмпатии и позитивное отношение к другим, коммуникабельность, независимость, свобода, креативность, интенциональность, аутентичность, социальный интеллект, положительная Я - концепция, саморефлексия и социально направленная аксиосфера.

Для эффективного формирования мотивационной сферы психологов-студентов, важными являются следующие требования: а) необходимость целенаправленного воздействия на мотивацию обучения студентов со стороны педагогов; б) учет особенностей мотивационной сферы учащихся; в) создание на определенном этапе обучения условий для перевода внешней мотивации во внутреннюю. Под педагогическими условиями формирования мотивационной сферы будущих психологов к профессиональной деятельности мы понимаем специально созданную педагогическую среду, которая способствует формированию готовности будущего психолога к профессиональной деятельности и совокупность методов, приемов учебно-воспитательного процесса, обеспечивающих формирование указанного вида готовности. Определены следующие педагогические условия формирования мотивационной сферы будущих психологов: направленность деятельности научно-педагогического работника на формирование готовности студентов-психологов к профессиональной деятельности; обеспечение личностно ориентированного содержания обучения студентов; наличие субъектной позиции студентов в процессе профессиональной подготовки; использование методов, приемов, активизирующих учебно-познавательную деятельность студентов-психологов, а именно: проведение лекций с элементами дискуссий, презентации, анализ конкретных ситуаций, моделирование; практические проекты, коллективные задачи, тренинговые занятия.

Работа по оптимизации процесса формирования ценностно-смысловой сферы личности студентов может осуществляться в нескольких направлениях, а именно: через работу с преподавателями, через работу с психологом социально-психологической службы вуза, через работу со студентами с целью формирования аксиологической компетентности и развития ценностно-смысловой сферы будущих психологов, а также повышение аксиологической компетентности преподавателей. Совместная работа преподавателей и студентов может реализовываться через: проведение совместной научно-исследовательской работы в области ценностно-смысловой сферы личности; организацию совместных просветительских мероприятий для студентов и преподавателей других специальностей / для граждан региона; участие в различных научно-практических конференциях, семинарах, фестивалях, тренингах; организацию факультативов и кружков психологии, круглых столов, дискуссий, летних психологических школ; создание центров психологической помощи при социально-психологической службе вуза для населения региона с привлечением студентов-волонтеров и преподавателей учебного заведения. Проведение совместной работы со студентами и преподавателями дает возможность выявить особенности их индивидуальных ценностных приоритетов и ценностей профессиональной деятельности, создать поле для развития положительной «Я-концепции» и рефлексивной позиции студентов и преподавателей, способствовать осознанию ведущих гуманистических ценностей, их места в структуре профессиональной деятельности, созданию пространства личностно-ориентированного, диалогического, партнерского взаимодействия и тому подобное.

Основным психологическим условием развития мотивационной сферы в будущих психологов является развитие профессионального мастерства, то есть полное вовлечение к тому, что надо делать здесь и сейчас, мобилизовать себя на полную отдачу, углубленный интерес, увлечение делом [2]. Необходимо создавать в студенческой аудитории положительный психологический микроклимат, деловые отношения, творческий настрой, то есть условия, обеспечивающие умственную активность, повышенную работоспособность, удовлетворение работой, продуктивную деятельность всех участников образовательного процесса от постановки цели и ее реализации до контроля результатов. Только с помощью сотрудничества можно развивать индивидуальное творчество студента по самоопределению и самосовершенствованию.

Формирование ценностно-смысловой сферы студента обеспечивается осуществлением вместе с преподавателями анализа учебной среды с точки зрения тех возможностей, которые она предоставляет для профессионально-личностного развития личности студента, а также требований, предъявляемых к их психологическим возможностям и уровню развития; определение психологических критериев эффективного обучения и личностного развития юношей; разработку и внедрение определенных средств, форм и методов работы, которые будут условиями успешного формирования ценностно-смысловой сферы студентов [2,3].

Перспективы исследования видим в дальнейшей теоретической разработке проблемы формирования ценностно-смысловой сферы будущих психологов.

Список литературы:

1. Бех І. Д. Виховання особистості. Особистісно орієнтований підхід : науково-практичні засади: наук. видання / Іван Дмитрович Бех. – К. : Либідь, 2003. – 344 с. – (Твори : в 2 кн. / І. Д. Бех , кн.
2. Стасюк У. Л. (Мороховська У. Л.). Професійно значущі цінності майбутніх психологів / У. Л. Стасюк (У. Л. Мороховська) // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – Житомир, 2009. – Т. 7 : Екологічна психологія, № 21. – С. 205–210.
3. Основи практичної психології *:* підручник для студентів вузів: 2-е вид. - /В.Панок, Т.Титаренко,Н. Чепелєва та ін. К. : Либідь, 2001. – 536 с.

УДК 316

Батоев Б.С.
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕТИНГ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

В статье рассматриваются элементы социального маркетинга, которые все шире используются в системе социального обслуживания. Определяются основные инструменты социального маркетинга, которые применяются в деятельности социальных организаций.

Ключевые слова: *социальный маркетинг, социальное обслуживание, социальные услуги, социальная реклама.*

Batoev B.S.
Buryat state university, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL MARKETING AS AN INNOVATIVE TECHNOLOGY IN THE SYSTEM OF SOCIAL SERVICES

The article discusses the elements of social marketing, which are increasingly used in the social services system. Identifies the major tools of social marketing that are applied in the activities of social organizations.

Key words: *social marketing, social services, social services, social advertising.*

Социальная сфера – это сфера деятельности государства, которое реализует социальную политику. Значимое место в жизни граждан российского общества занимают социальные услуги, оказание которых в условиях развития социально-ориентированной модели экономики должно не только оказываться в необходимом объеме, но и с соответствующим качеством. Ежегодно социальным

обслуживанием в Российской Федерации охвачено около 34 млн. человек – пожилые люди, инвалиды, семья с детьми, а также другие категории получателей социальных услуг. На территории Республики Бурятии количество получателей социальных услуг составляет 60 % жителей региона.

В последние годы, вследствие социально-экономических изменений, происходящих в Российской Федерации, наблюдается невозможность увеличения финансовых вливаний в социальную сферу со стороны государства. В результате этого наблюдается проникновение элементов маркетинга в социальную сферу как инновационной технологии в работу социальных учреждений. Где безусловным приоритетом в организации социального обслуживания является удовлетворение в полной мере потребности населения в социальных услугах высокого качества.

В настоящее время изменение происходящие в социально-экономической сфере России вызывает трансформационные процессы и развитие концепции маркетинга, ориентиром которого становиться человек. Развитие маркетинга за счет изыскания новых возможностей и привело к возникновению и развитию технологии – социального маркетинга. Социальный маркетинг является перспективным этапом развития маркетинга.

«Социальный маркетинг – это изучение и формирование потребностей покупателей, и удовлетворение их более эффективными методами, чем конкуренты, при условии повышения благосостояния всех членов общества. При этом под благосостоянием понимается совокупность материальных, духовных, социальных благ, которыми владеет субъект благосостояния и которые использует для удовлетворения своих потребностей. Социальный маркетинг представляет собой, таким образом, механизм согласования потребностей и интересов потребителей, потребностей и интересов предприятия, потребностей и интересов общества» [1]. То есть речь идет об инструментах и методах, направленных на учет интересов не только производителя и потребителя, но и общества в целом, посредством решения социальных проблем маркетинговыми технологиями.

Сегодня основными целями внедрения социального маркетинга в систему социального обслуживания является налаживание постоянного и всестороннего практического взаимодействия с населением и их активное привлечение в повышение доступности социальных услуг. Совершенствование рынка социальных услуг требует изучение потребностей населения, развитие методов и приемов позволяющих обеспечить адекватное удовлетворение потребностей индивида и в целом населения. Более того, в настоящее время очень важными проблемами является недостаточная информированность о предоставляемых социальных услугах, влекущая за собой низкий спрос на социальные услуги, а также приводящий к постоянному росту бюджетных средств, при снижении эффективности решения задач, для которых созданы эти учреждения.

Важной вехой в осуществлении ожидаемых преобразований стало принятие Федерального Закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [3]. Который придал мощный импульс к эффективному использованию и практической реализации инструментов и технологий социального маркетинга.

На сегодня в Республике Бурятия в реестре поставщиков социальных услуг 47 организаций, в которых наравне с государственными вошли и негосударственные организации. Но этот список не полный, так как включение организаций социального обслуживания в реестр осуществляется на добровольной основе.

В Республики Бурятии для информирования населения о социальных услугах используются не только традиционные и проверенные виды и формы, такие как телевидение, наружная реклама, но и инновационные формы, такие как Интернет-ресурсы. Интернет-аудитория, за счет появления социальных сетей растет в геометрической прогрессии, что делает Интернет – масштабной площадкой, к новому источнику целевой аудитории для продвижения социальных услуг. Пользователи Интернет-ресурсами более активны, мобильны и внимательны к любым видам информации.

Многие организации социального обслуживания населения в Республике Бурятия имеют собственные веб-сайты, на которых размещена полная информация об их деятельности, в том числе о перечне, порядке и условиях предоставления социальных услуг, тарифах на социальные услуги. На сайте Министерства социальной защиты населения РБ (www.minsoc-buryatia.ru) размещена полная информация о видах и формах социального обслуживания населения, о реестре поставщиков социальных услуг населению и данные о независимой экспертизе оценке качества оказания услуг организациями социального обслуживания.

Эффективное функционирование организаций социального обслуживания определяется их спецификой, поэтому необходимо в управление этих организаций развивать деятельность маркетинговых служб, и учитывать современные направления и тенденции управления организации. Проведенное исследование по выявлению эффективности маркетинга в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания по г. Улан-Удэ, позволило показать, что во многих организациях социального обслуживания существуют отделы, на которые возложены маркетинговые функции, либо есть специалист, отвечающий за маркетинговую деятельность. Несмотря на это, вся работа по продвижению услуг сводиться только к рекламе, другие инструменты социального маркетинга не так популярны.

Реклама, безусловно, является важнейшей составляющей в маркетинговой деятельности. Она является одним из инструментов социального маркетинга, который выполняет целенаправленное информативное воздействие неличного характера на потребителя для продвижения товаров или услуг на рынке сбыта [2].

Инструменты социального маркетинга кроме социальной рекламы применительно к такому направлению деятельности, как социальное обслуживание населения не так сильно развиты. Поэтому социальная реклама на сегодня имеет большой потенциал, прежде всего в силу своей социальной значимости и актуальности.

Несмотря на очевидную важность и значимость рекламы, эффективность рекламы не является высокой. Это заставляет задуматься о правильности ее использования. Так как опыт применение маркетинга в коммерческом секторе показывает, что реклама в сочетании с различными инструментами социального маркетинга (маркетинговые исследования, PR стимулирование сбыта и т.п.) сможет образовать решающие предпосылки для успеха в проведении социально-маркетинговой деятельности в системе социального обслуживания.

Остается слабо развитой и такая масштабная площадка как социальные сети. Не многие организации занимаются продвижением социальных услуг в социальных сетях. А ведь современное общество уже не может представить свою жизнь без социальных сетей, целевая аудитория которых намного шире и эффективность сообщества в таком сервисе вполне очевидна.

Таким образом, концепция социального маркетинга характерна для современного этапа, когда мир постепенно переходит к новой парадигме социально-экономического развития. Также маркетинговая деятельность в социальных организациях является инновационной формой взаимодействия между потребителями, производителями и посредниками социальных услуг, что приводит к наиболее продуктивной реализации социальных услуг.

Социальный маркетинг содержит разработку программ в интересах всего общества, в которых сочетаются необходимые исследования, продвижение, реклама, приобретение репутации для удовлетворения интересов продвижение, людей, совокупности которых и составляют общество.

Список литературы:

1. Антонова Н.А., Колбасина Е.И., Орлова Е.И. Социальный маркетинг в России. — Вестник магистратуры. - 2015. - № 5-2 (44). - С. 21-23.
2. Записки маркетолога [Электронный ресурс] URL: http://marketch.ru (Дата обращения 14.11.2016).
3. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 442-ФЗ от 28.12.2013 [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (Дата обращения 14.11.2016).

УДК 614(082)

Башкуева Е.Ю.
Бурятский научный центр СО РАН, Отдел региональных экономических исследований, г. Улан-Удэ, Россия

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ БАЗА МОДЕРНИЗАЦИИ, СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В статье рассматриваются современные исследования вопросов модернизации, стратегического планирования и качества функционирования российского здравоохранения. Автор приходит к выводу, что, несмотря на наличие большого количества исследований и публикаций, в Российской Федерации все еще отсутствует целостная научно-обоснованная методология реформирования здравоохранения, вследствие чего в период перехода к страховой модели отрасли не произошло серьезных позитивных структурных и функциональных изменений в системе общественного сектора здравоохранения.

Ключевые слова: *здравоохранение, медицинская помощь, модернизация, стратегическое планирование, качество*

Bashkueva E.Yu.
«Buryat Scientific Centre of SB RAS», Department of Regional Economic Studies, Ulan-Ude, Russia

THE THEORETICAL AND METHODOLOGICAL BASIS OF MODERNIZATION, STRATEGIC PLANNING AND QUALITY OF FUNCTIONING OF RUSSIAN HEALTH CARE SYSTEM: OVERVIEW OF CURRENT RESEARCHES

The article deals with the current research issues of modernization, strategic planning and quality of the functioning of the Russian health care system. The author concludes that, despite the presence of a large number of studies and publications, in the Russian Federation is still lacking an integrated science-based methodology for health care system reform, resulting in a period of transition to the insurance industry model has not occurred significant positive structural and functional changes in the public health sector.

Keywords: *public health, medical care, modernization, strategic planning, quality*

В настоящее время российские ученые уделяют особое внимание разработке научной основы модернизации, стратегического планирования и качества функционирования системы здравоохранения, чему посвящен большой массив научных исследований и публикаций.

Современный подход к управлению здравоохранением, включая его региональные аспекты, предусматривает использование элементов стратегического планирования. Научно–исследовательскими работами в области стратегического планирования системы здравоохранения и разработкой эффективных механизмов организации медицинской помощи населению на федеральном, региональном и муниципальном уровнях занимаются сотрудники ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (г. Москва). Особо отметим фундаментальные научные разработки *заведующей отделением методологии стратегического планирования и мониторинга развития данного учреждения* проф. Т.А. Сибуриной. В исследованиях данного автора предложен и обоснован переход к инновационно-стратегической модели развития российского здравоохранения [13].

Существенный вклад в разработку стратегирования в области здравоохранения вносят и сотрудники Национального НИИ общественного здоровья (г. Москва), в структуру которого входит отдел стратегического анализа в здравоохранении. Крупным отечественным специалистом в области организации здравоохранения и разработки методик оценки качества медицинской помощи является заместитель директора данного НИИ, д.м.н., проф. А.Л. Линденбратен, автор ряда важных научных работ, в которых предложены новые методические подходы к оценке качества медицинской помощи [7].

Анализ модернизации региональных систем здравоохранения и разработку стратегий его развития осуществляют специалисты ФГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний (г. Новосибирск), в структуре которого функционирует лаборатория стратегического планирования в здравоохранении. Руководителем лаборатории д.м.н., профессор А.И. Бабенко совместно с директором ФГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний проф. В.В. Захаренковым разработана методология стратегического планирования в здравоохранении по критерию развития человеческого капитала и, в частности, капитала здоровья , что является новацией для отечественного здравоохранения [2].

Процесс модернизации здравоохранения на федеральном и региональном уровнях и проблемы стратегирования в данной отрасли исследуют представители экономической и социологической науки. Сегодня в НИУ «Высшая школа экономики» функционируют два научно-исследовательских подразделения – Институт экономики здравоохранения и Центр политики в сфере здравоохранения. Сотрудниками данных учреждений подготовлено большое количество научных публикаций по вопросам социально-экономической эффективности российского здравоохранения на современном этапе. Например, в коллективной монографии «Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи» (2015 г.) представлен анализ наиболее значимых изменений в организации и финансировании медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения России в последние годы. Уроки проведенных преобразований в нашей стране и антикризисных мер за рубежом позволяют сформулировать конкретные предложения о направлениях развития российской системы медицинского страхования и системы лекарственного обеспечения [12].

В Институте социологии РАН (г. Москва) в секторе социальных проблем здоровья научные сотрудники И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, Н.В. Лакомова проводят исследования различных аспектов общественного здоровья, социальных факторов его формирования и проблем его совершенствования. Руководитель сектора д.соц.н. И.В. Журавлева является ведущим отечественным специалистом в области охраны здоровья молодежи и вопросам ее самосохранительного поведения [1]. В Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН (г. Москва) работают такие авторитетные специалисты в области проблем здоровья населения и организации медицинской помощи как чл.-корр. РАН Н.М. Римашевская, д.м.н., проф. И.П. Каткова, д.э.н. Н.Е. Русанова, опубликовавшие большое количество монографий и статей по рассматриваемому направлению[14;4]. В Социологическом институте РАН (г. Санкт-Петербург) в секторе социологии здоровья под руководством к.э.н. Н.Л. Русиновой проводятся исследования социальных детерминант и различий здоровья населения в условиях модернизации российской экономики и общества. Среди значимых публикаций сотрудников сектора следует отметить работы, в которых раскрыто влияние социально-экономического положения на состояние здоровья российских граждан[15].

Большой научный интерес представляют исследования проблем модернизации российского здравоохранения, выполняемые сотрудниками Института социально-экономического развития территорий РАН (г. Вологда). Под руководством д.э.н. А.А. Шабуновой сотрудниками института проводятся исследования в области состояния здоровья населения, проблем развития и реформирования здравоохранения[3].

Существенной научной проблемой является планирование здравоохранения на территориях с малой плотностью расселения жителей, имеющих национальные отличия в образе жизни и отношении к организации медицинской помощи. Исследования, проведенные А.Ц. Лясковиком, Л.Ы. Куулар, И.В. Нонуковой, В.М. Чернышевым, О.В. Стрельченко на территориях Ямало-Ненецкого АО, Алтайского края, Республики Тыва и других территориях, показали особенности организации и планирования территориального здравоохранения, отдельных ЛПУ медицинских служб в условиях низкой плотности населения, труднодоступности территорий и сурового климата[10; 6;11].

Стратегическому планированию и проблемам модернизации здравоохранения Республики Бурятия посвящены диссертации министра здравоохранения Республики Бурятия В.В. Кожевникова на соискание ученых степеней кандидата и доктора медицинских наук. Так, в его докторской диссертации представлены методология формирования системы приоритетов модернизации здравоохранения на основе обоснования проблем в состоянии здоровья населения, объемов медицинской помощи, ресурсного обеспечения и показателей деятельности здравоохранения, построенного на комплексном сопоставительном анализе со среднероссийскими и среднеокружными показателями; методология обоснования антикризисной программы управления здравоохранением муниципалитетов. Кроме того, автором сформулированы предложения и результаты использования отдельных организационно-управленческих стратегий реализации приоритетов развития здравоохранения республики[5].

Проблемы охраны здоровья и организации медицинской помощи населению Республики Бурятия рассматриваются Е. Ю. Лудуповой, О.В. Любовниковой, которые отмечают негативные тенденции в состоянии здоровья жителей республики, обусловленные как социально-экономическими проблемами, так и общим снижением доступности и качества медицинской помощи в современный период реформирования здравоохранения[8;9].

Несмотря на наличие достаточно большого количества исследований и публикаций, в Российской Федерации все еще отсутствует целостная научно-обоснованная методология реформирования здравоохранения, вследствие чего в период перехода к страховой модели отрасли не произошло серьезных позитивных структурных и функциональных изменений в системе общественного сектора здравоохранения. Напротив, для населения непродуманные действия по реформированию системы учреждений здравоохранения привели к снижению доступности и качества медицинской помощи.

На наш взгляд, стратегическому планированию, проблемам модернизации и качеству функционирования здравоохранению Республики Бурятия целесообразно уделить больше внимания со стороны научной общественности. Сегодня назрела необходимость проведения исследований в данном направлении с использованием междисциплинарного подхода на основе синтеза современных методов медицинской, экономической, социологической науки.

Список литературы:

1. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Социальная политика по формированию у молодежи отношения к здоровью. - Ульяновск: Издательство «Зебра», 2016. - 65 с.
2. Захаренков В.В., Бабенко А.И. Человеческий капитал и стратегия здравоохранения. // Бюллетень СО РАМН. – 2014.- Т.31.- № 1. - С. 72-77.
3. Калашников, К.Н., Шабунова А.А., Дуганов М.Д. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 153 с.
4. Каткова И.П., Катков В.И. Здравоохранение – важнейший ресурс социального и экономического развития страны. // Народонаселение. – 2015. - № 4(66). - С. 104-114.
5. Кожевников В.В. Научное обоснование системы приоритетов и выбора технологий стратегического управления региональным здравоохранением (на примере Республики Бурятия). Автореф. дисс. ….д-ра. мед. наук. – М., 2006. – 49 с.
6. Куулар Л.Ы. Модель и технологические этапы планирования стратегии территориального здравоохранения Республики Тывы. Автореф. дисс. … канд.мед.наук. - Новокузнецк, 2009 . – 21 с.
7. Линденбратен А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи. // Здравоохранение.- 2015. - № 1. - С.74-79.
8. Лудупова Е.Ю. Организационно-экономическое обоснование использования стационарозамещающих технологий в сельской местности. Автореф. дисс. … канд.мед.наук. – М. 2002. – 24 с.
9. Любовникова О.В. Влияние социальных и экологических факторов на здоровье сельского населения (на материалах Республики Бурятия). Автореф. дисс. … канд. соц. наук. – Улан-Удэ. – 2009. – 19 с.
10. Лясковик А.Ц. Развитие телемедицины в отдаленных районах страны.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - №6. –С.28-33.
11. Нонукова И.В., Чернышев В.М., Стрельченко О.В. Организация медицинской помощи в условиях труднодоступности мест проживания и низкой плотности населения (на примере Республики Алтай). – Новосибирск: Альфа- Ресурс, 2012. – 140 с.
12. Попович Л.Д. Потапчик Е.Г., Салахутдинова С.К., Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи. - М.: Дело, 2015. – 232 с.
13. Сибурина Т.А. Управление здравоохранением: о путях перехода к инновационно- стратегической модели развития. // Менеджмент и бизнес-администрирование.- 2007. - № 2. - С. 63-67.
14. Римашевская Н.М., Русанова Н.Е. Здоровье российского населения в условиях социально-экономической модернизации.// Народонаселение. - 2015.- № 4(70). - С. 33-42.
15. Русинова Н.Л., Панова Л.В. Социальные и экономические факторы индивидуального здоровья в современной России: многоуровневый анализ. // Петербургская социология сегодня. – 2010. - Т.1. - С. 152-178.

УДК 364.3

Бердибаева Н.М., Исакова Ж.Ж.

Жалал-Абадский университет экономики и предпринимательства, Жалал-абад, Кыргызская Республика

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫНОСЛИВОСТИ ВОЛЕЙБОЛИСТОК 13-14 ЛЕТ И ЕЁ ФАКТОРЫ ПРОЯВЛЕНИЯ

В данной статье авторы рассматривают характеристику выносливости в волейболисток 13-14 лет, её факторы проявления и их показатели.

Ключевые слова: *выносливость, физическое воспитание, школьники, здоровый образ жизни, волейбол, волейболистки, восстановление*

Berdibaeva N.M., Isakova J.Zh.

Jalal-abad university of economy and Entrepreneurship,Jalal-abad, Kyrgyzstan.

CHARACTERISTICS OF STAMINA VOLLEYBALL PLAYERS 13-14 YEARS AND ITS FACTORS PRESENTATION

In this article the authors examine the characteristics of endurance in volleyball players 13-14 years of its existence the factors and their indicators.

Key words: *endurance, physical education, students, healthy lifestyle, volleyball, volleyball, recovery*

Введение. В современной жизни все больше внимания уделяется физическому развитию и здоровью населения нашей страны. Особую роль возлагают на физическое воспитание детей, в частности школьников. Ведь школьный возраст является наиболее подходящим для формирования привычки к занятиям физической культурой на всю жизнь, воспитания ориентации на здоровый образ жизни, стимулирования к дальнейшим занятиям физической культурой и спортом. Для решения таких глобальных проблем наиболее эффективными средствами являются, прежде всего, спортивные игры.

Волейбол является одним из средств физического развития и воспитания школьников [2].

Волейбол – очень динамичный и увлекательный вид спорта, который развивает различные спортивные качества ребенка [2] Но настоящая школьная программа по физической культуре уделяет недостаточно внимания этому виду спорта. Именно по этой причине во многих школах в рамках внеклассной работы проводится спортивная секция по волейболу. Команды, составленные из тренирующихся в этой секции, ежегодно принимают участие в первенстве общеобразовательных школ района и города по волейболу в рамках школьной спартакиады.

Проблема. Снижение темпа игры и ниспадающая динамика эффективности игровых действий в условиях соревновательной игры между сборными командами девочек 13-14 лет на районных соревнованиях между общеобразовательными школами.

Объект исследования. Объектом исследования нашей работы явились соревновательные игры, проводящиеся в рамках первенства общеобразовательных школ района.

Предмет исследования. В работе изучалась эффективность использования изученных технических элементов волейбола на протяжении всего игрового времени.

Выносливость как двигательное качество, есть способность человека к длительному выполнению какой-либо двигательной деятельности без снижения её эффективности [4].

Выносливость – это способность выполнять работу без изменения её параметров (например, не снижая интенсивности, точности движений и т.д.) [5].

Выносливость – это способность противостоять физическому утомлению в процессе мышечной деятельности [6].

Ещё более раскрытое определение выносливости даёт Озолин Н.Г.: «…в целом выносливость характеризуется как способность к длительному выполнению работы на требуемом уровне интенсивности, как способность бороться с утомлением и эффективно восстанавливаться во время работы и после неё» [5].

Выносливость необходима в той или иной мере при выполнении любой физической деятельности. В одних видах физических упражнений она непосредственно определяет спортивный результат (ходьба, бег на средние и длинные дистанции, велогонки, бег на коньках на длинные дистанции, лыжные гонки), в других – позволяет лучшим образом выполнить определенные тактические действия (бокс, борьба, спортивные игры и т.п.); в – третьих – помогает переносить многократные кратковременные высокие нагрузки и обеспечивает быстрое восстановление после работы (спринтерский бег, метания, прыжки, тяжелая атлетика, фехтование и пр.) [4].

Мерилом выносливости является время, в течение которого осуществляется мышечная деятельность определенного характера и интенсивности [3].

О степени развития выносливости можно судить на основе двух групп показателей [4]:

1. Внешние (поведенческие), которые отражают результативность двигательной деятельности человека во время утомления:

При любых физических упражнениях внешним показателем, являются величина и характер изменений различных биомеханических параметров двигательного действия (длина, частота шагов, время отталкивания, точность движений и др.) в начале, середине и в конце работы. Сравнивая их значения в разные периоды времени, определяют степень различия и дают заключение об уровне выносливости. Как правило, чем меньше изменяются эти показатели к концу упражнения, тем выше уровень выносливости.

Внешние показатели выносливости в циклических видах физических упражнений:

Пройденная дистанция в заданное время (например, в «часовом беге» или в 12-минутном тесте Купера);

Минимальное время преодоления достаточно протяженной дистанции (например, бег на 5000 м, плавание на 1500 м);

Наибольшая дистанция при передвижении с заданной скоростью «до отказа» (например, бег с заданной скоростью 6,0 мс)

Внешние показатели выносливости в игровых видах деятельности и единоборствах замеряют время, в течение которого осуществляется уровень заданной эффективности двигательной деятельности.

Внешние показатели выносливости в сложнокоординационных видах деятельности, связанных с выполнением точности движений (спортивная гимнастика, фигурное катание и т.п.), показателем выносливости является стабильность технически правильного выполнения действия.

Внутренние (функциональные), которые отражают определённые изменения в функционировании различных органов и систем организма, обеспечивающих выполнения данной деятельности.

Внутренние показатели выносливости: изменения в ЦНС, сердечнососудистой, дыхательной, эндокринной и др. системах и органах человека в условиях утомления.

Уровень развития и проявления выносливости в различных видах двигательной деятельности зависит от целого ряда факторов [4, 6]

1. Энергетический потенциал организма, включает объем энергетических ресурсов, которые располагает организм;
2. Функциональный потенциал различных систем организма (дыхательной, сердечнососудистой, ЦНС, эндокринной, терморегуляционной, нервно-мышечной и др.);
3. Быстроты активации и степени согласованности в работе выше упомянутых систем, которые обеспечивают обмен, продуцирование и восстановление энергии в процессе работы;
4. Устойчивости физиологических и психических функций позволяющие сохранить активность функциональных систем организма к неблагоприятным сдвигам во внутренней среде организма, вызываемых работой (нарастанию кислородного долга, повышению молочной кислоты в крови и т.д.). От функциональной устойчивости зависит способность человека сохранять заданные технические и тактические параметры деятельности, несмотря на нарастающее утомление;
5. Экономичность использования энергетического и функционального потенциала организма. Оно определяет соотношение результата выполнения упражнения и затрат на его достижение. Обычно экономичность связывают с энергообеспечением организма во время работы, а так как энергоресурсы (субстраты) в организме практически всегда ограничены или за счет их небольшого объема, или за счет факторов, затрудняющих их расход, то организм человека стремится выполнить работу за счет минимума энергозатрат. При этом, чем выше квалификация спортсмена, особенно в видах спорта, требующих проявления выносливости, тем выше экономичность выполняемой им работы;
6. Подготовленности опорно-двигательного аппарата;
7. Совершенства технико-тактического мастерства, зависящую от уровня владения техникой или рациональной тактики соревновательной деятельности;
8. Личностно-психологических особенностей, которые оказывают большое влияние на проявление выносливости, особенно в сложных условиях (мотивацию на достижение высоких результатов, интереса к работе, свойства темперамента, уровня предельной мобилизации таких волевых качеств, как целеустремлённость, упорство, настойчивость, выдержка и умение терпеть неблагоприятные сдвиги во внутренней среде организма, выполнять работу через «не могу» и т.п.), т.е. связанные со свойствами личности, особенностями психических процессов и психических состояний.

Список литературы:

1. Волейбол: Учеб. для вузов /А.В. Беляев, М.В. Савин. – М.: ТВТ Дивизион, 2009. – С. 33-34
2. Железняк, Ю.Д. Юный волейболист: Учебное пособие для тренеров / Ю.Д. Железняк. – М.: Физкультура и спорт, 1988. -191с.
3. Зациорский, В.М. Физические качества спортсмена: Учеб. для студентов вузов / В.М. Зациорский. - М.: Физкультура и спорт, 1970. - 200 с.
4. Курамшин, Ю.Ф. Теория и методика физической культуры / Ю.Ф. Курамшин. - 2-е изд., испр. - М.: Советский спорт, 2004. - 464 с.
5. Озолин, Н.Г. Настольная книга тренера: Наука побеждать / Н.Г. Озолин. - М.: Астрель, 2004. - 863 с.
6. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учеб. для студентов вузов / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. - М.: Академия, 2000. - 480 с.

УДК 613.8:616-039.71-051

Бидучак А.С.

Буковинський государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

СОЦИАЛЬНО-МЕДЕЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы с людьми, которые имеют вредные привычки, определяется значение социально-медицинской помощи даной категории населения.

Ключевые слова: *хронические неинфекционные заболевания, поведенческие факторы риска, профилактика, здоровый образ жизни.*

Biduchak A.S.

Bukovinian State Medical University ,Chernivtsi, Ukraine

SOCIO-MEDICAL ASSISTANCE TO INDIVIDUALS WITH BEHAVIORAL RISK FACTORS

In the article the questions of organization of social work with a person who have behavioral risk factors, is determined by the value of social and medical care this category of the population.

Key words: *chronic infectious diseases, behavioral risk factors, prophylaxis, healthy way of life.*

Вступление. Образ жизни, как правило, основан на привычных поведенческих реакциях. Привычки формируются в детском и юношеском возрасте в результате взаимодействия генетических и средовых факторов сохраняются и даже усиливаются под влиянием социальной среды в зрелом возрасте, что объясняет различные поведенческие реакции у лиц разных социальных групп. В дополнение эти факторы препятствуют возможности вести полноценно здоровый образ жизни (ЗОЖ) и следовать врачебным рекомендациям [1, 4].

Как свидетельствует опыт профилактика болезней в целом, а первичная профилактика, в частности, является весьма сложным делом, как через свою трудоемкость, так и через отсутствие быстрого желаемого результата [2, 3].

Цель исследования. Разработать и внедрить в систему здравоохранения алгоритм действий медицинского работника по устранению вредных привычек пациента.

Материал и методы. Методология исследования базировались на системном подходе, а методами исследования стали: моделирование, структурно-логического анализа.

Результаты исследования. Результаты предыдущих этапов исследования, а также положения действующих государственных программ, отраслевых стандартов, стали основанием для научного обоснования алгоритма действий медицинского работника по устранению вредных привычек пациента (рис.).

Стратегическое направление алгоритма направлена на предупреждение поведенческих факторов риска развития ХНИЗ и медико-социальных последствий (снижение заболеваемости, смертности и инвалидности) через реализацию комплекса мероприятий первичной профилактики.

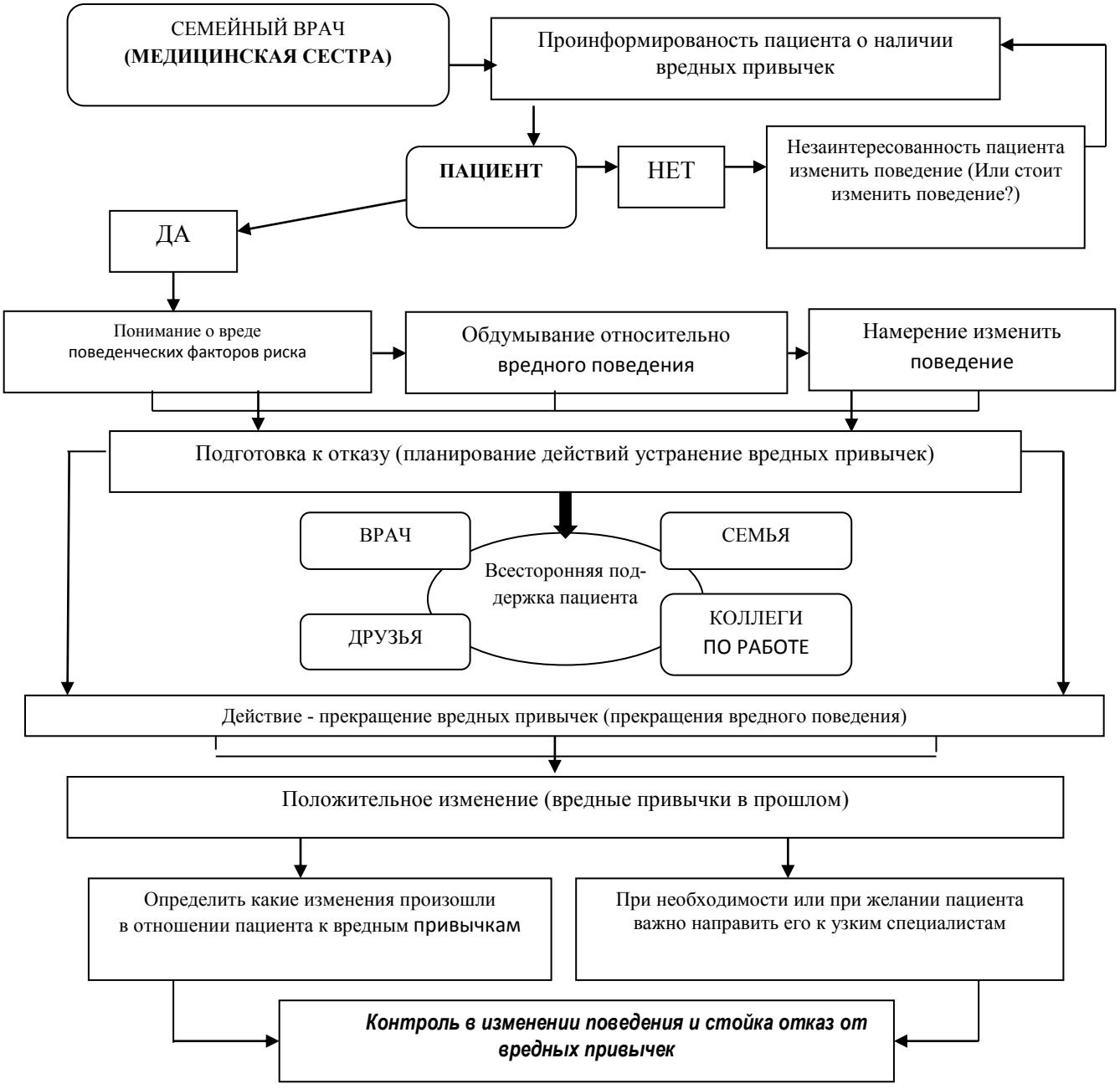


Рис. Алгоритм действий мединского работника по устранению вредных привычек

Предложенный алгоритм ориентирован в первую очередь на медицинского работника (врач общей практики-семейной медицины, медицинская сестра и узкие специалисты). Это является реальным, поскольку обеспечивает широкое внедрение профилактических технологий, прежде всего первичной медико-санитарной помощи и главная роль здесь принадлежит медицинскому работникуМедико-профилактическое направление алгоритма основывается на воздействии на механизмы возникновения и развития поведенческих

факторов риска, отдельных их проявлений. Это реализуется через медицинское наблюдение, психокоррекцию, психотерапию, семейное консультирование, участие в медицинских, профессиональных и социальных реабилитационных мероприятиях.К достоинствам разработанного алгоритма можно отнести:

- обеспечение системности и комплексности в решении проблем предупреждения возникновения и коррекции поведенческих факторов риска;

- совершенствование методики комплексного наблюдения за состоянием здоровья групп риска, что позволяет обеспечить оказание профилактической помощи этому контингенту населения;

- минимизация дополнительных экономических затрат, так как алгоритм не предусматривает создание в ее структуре новых подразделений, кроме существующих в современной системе охраны здоровья и медицинской помощи.

Такой подход отражает современные тенденции в охране здоровья и позволяет медицинскому работнику спрогнозировать риск возникновения ХНИЗ, их негативные последствия и выбрать подходящий комплекс целенаправленных мер профилактики. С другой стороны, такая прогностическая информация будет стимулировать активность населения, в первую очередь из группы риска, до своевременного прохождения медицинских осмотров, слежение за изменениями в здоровье, способствовать соблюдению рекомендаций врача.

Профилактические мероприятия определяют социально-экономическую и этическую значимость всей профилактической работы, дело только за ее реальным осуществлением, активизацией резервов служб практического здравоохранения. Поэтому, необходимо создать социальные условия, при которых человеку выгодно (и материально, и морально) быть здоровым.

Подводя итог, следует отметить, что на уровне первичного звена здравоохранения, в частности, семейной медицины, при наличии мотивации и соответствующей организации работы могут достаточно успешно проводиться профилактические мероприятия в отношении вредных привычек.

Вывод. Разработан алгоритм действий медицинского работника по устранению вредных привычек пациента, который позволяет рассматривать его как основу профилактической политики без значительных экономических затрат в профессиональной деятельности врача семейной медицины, медицинской сестры и узких специалистов. Такой подход отражает современные тенденции в охране здоровья и позволяет медицинскому работнику спрогнозировать риск возникновения хронических заболеваний, а прогностическая информация для пациента стимулировать его активность к ЗОЖ.

Список литературы:

1. Ащеулов А. А. Опыт сестринской оценки здоровья и риска развития хронических заболеваний у сельского населения / А.А. Ащеулов, Ю.И.Журавлев // Медицинская сестра. – 2011. – N 1. – С. 37–41.
2. Бидучак А.С. Оптимизация профилактики поведенческих факторов риска / А.С. Бидучак // Вестник Алма-Атинского государственного университета усовершенствования врачей – 2014. – № 1. – С. 95–97.
3. Ford E.S. Ideal cardiovascular health and mortality from all causes and diseases of the circulatory system among adults in the United States / E.S. Ford, K. J. Greenlund, Y. Hong //*Circulation.* – 2012. – № 4. –P. 345–351.
4. The world health report 2012: a safer future: global public health security in the 21st century. – Geneva: WHO, 2013. – 72 p.

УДК 314.74

Блохин В.Н.
Белорусская государственная сельскохозяйственная академия, г. Горки, Беларусь

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ ВЫНУЖДЕННЫХ МИГРАНТОВ (БЕЖЕНЦЕВ): БЕЛОРУССКИЙ ОПЫТ

В статье рассматриваются вопросы интеграции беженцев в белорусское общество. Обращается внимание на необходимость учёта международного опыта, совершенствование системы приёма беженцев, расширение доступа мигрантов к образованию.

Ключевые слова: *беженцы, интеграция, проблемы, миграция.*

Blokhin V.N.
Belarusian State Agricultural Academy, Gorki, Belarus

PROBLEMS OF INTEGRATION OF FORCED MIGRANTS: BELARUSIAN EXPERIENCE

This article is devoted to the questions of the integration of refugees in Belarusian society. It draws attention on the necessity of taking into account the international experience, the improvement of the refugee reception system, the expansion of migrants' access to education.

Keywords: *refugees, integration, problems, migration*

Одной из глобальных проблем международного сообщества в начале XX века является проблема вынужденной миграции (беженцев). В настоящее время число таких людей, на которых распространяется мандат Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН), составляет более 60 млн. Рост числа беженцев в последние годы связан с кровопролитными конфликтами на Ближнем Востоке. С 2015 г. с проблемой массового наплыва беженцев столкнулись страны Европы.

Одной из наиболее важных задач международного сообщества является защита права и благополучия вынужденных мигрантов, поиск долгосрочные решений для них. В то же время необходимо обеспечение четкого разделение между теми, кто спасается от насилия и преследования, и теми, кто перемещается по своей воле. Беженцам необходима безопасность, помощь и поддержка во время изгнания.

Несмотря на значительный прогресс в области защиты прав человека, решение задачи защиты беженцев стало более сложным, что требует применения инновационных подходов, сильной приверженности и вовлечения все большего числа участников.

Люди должны помнить о том, что беженцы оставляют свои семьи, дома и имущество не по своей воле, но в силу обстоятельств, которые они не могут контролировать. Необходимо помнить и о том, что поиск убежища на чужой территории из страха перед насилием и преследованием является одним из основных прав человека и что права беженцев – это те же права человека. Принятие и уважение беженцев является обязанностью каждого человека [1].

Представительство УВКБ ООН помогает двум категориям беженцев: официально признанным белорусскими властями и получившими статус беженцев и тем, кто зарегистрирован УВКБ ООН как лица, ищущие убежища. С момента своего открытия Представительством УВКБ ООН в Беларуси зарегистрировано свыше 6000 лиц, ищущих убежища. По информации из государственных источников, на территории Беларуси проживает более 35000 потенциальных беженцев из стран СНГ, преимущественно граждан Украины.

Представительство УВКБ ООН осуществляет в Беларуси ряд проектов, среди них: ежегодная программа «Забота о беженцах и ищущих убежища», а также две специальные программы – Программа сотрудничества с государственными структурами и Программа по предоставлению технической и финансовой поддержки неправительственным организациям. Главной целью программ УВКБ ООН является содействие повышению заинтересованности государственных и негосударственных организаций в решении проблем беженцев, а именно: помощь государственным учреждениям Беларуси в доведении национальных норм и методов работы с беженцами до международных стандартов; помощь государству в управлении процессом адаптации беженцев в белорусском обществе; содействие предоставлению помощи и социальных услуг наиболее социально незащищенным группам ищущих убежища: женщинам, детям и престарелым [3].

Основной стратегической целью УВКБ ООН, как в Беларуси, так и во всем регионе является обеспечение защиты для всех лиц, нуждающихся в ней. Обеспечение защиты лиц, ищущих убежища, и беженцев включает:

– беспрепятственный доступ на территорию;

– мониторинг границ, выделение из миграционных потоков лиц, ищущих убежища, и беженцев;

– соответствующую политику, законодательство и методы работы;

– качественную и оперативную процедуру определения статуса беженца;

– систему защиты, учитывающую гендерные и возрастные особенности подопечных лиц;
– защиту против злоупотребления, сексуального и гендерного насилия, эксплуатации;
– внимание к лицам, не имеющим гражданства;
– развитие системы информирования о странах происхождения беженцев [2].

Представительство УВКБ ООН проводит активную работу по выработке долгосрочных решений для беженцев, наиболее реальным из которых, является интеграция в общество. В этой области организация разработала совместные проекты с местными органами власти по решению жилищной проблемы для лиц, признанных беженцами.

Беларусь и страны ЕС сталкиваются со сложными миграционными ситуациями, и зачастую эти проблемы представляют собой угрозу для национальной безопасности. По мнению представителей ЕС за последние годы Республика Беларусь достигла значительных успехов в сфере защиты беженцев и в этом плане может являться положительным примером для других стран.

Привлекательность Беларуси как страны для иммиграции возрастает. Менталитет, моральный дух и культура белорусов в сочетании с политической практикой способствуют тому, что Беларусь стала страной с постоянным положительным миграционным сальдо.

Восприимчивость белорусов к чужой беде, способность сопереживать и сочувствовать стали частью имиджа страны на международной арене.

Однако сегодня надо работать и над встречным процессом. А именно: интегрировать все лучшее, талантливое, трудоспособное, что несет с собой миграция, ради пользы белорусского общества и государства. Большой вклад в разрешение этой проблемы вносят общественные организации Беларуси, которые успешно реализуют проекты с общим названием «Местная интеграция беженцев».

Пока количество беженцев в Беларуси не велико – примерно 2000 человек. Однако, за 2014 – 2015 годы в страну прибыло более 50000 граждан Украины, что связано с военным конфликтом. Лишь около 1,5% украинских мигрантов обратились за предоставлением статуса беженца.

Все что ищут беженцы – это место, где можно вести безопасную и достойную жизнь. Проблема в том, что государств, где можно вести такую жизнь, меньше, чем мест, откуда люди все чаще спасаются бегством. Задача мирового сообщества заключается в том, чтобы создать все условия для возвращения беженцев на родину.

Беларусь сегодня классифицируется как страна транзита миграционных потоков. Возможно, проблема мигрантов в целом и беженцев в частности касается ее несколько меньше, чем других государств. Однако по мере экономического роста, повышения уровня жизни народа Беларусь все в большей степени будет становиться страной, в которую будут стремиться попасть мигранты из более бедных государств. Поэтому необходимо готовить к этому общественное мнение. Должно совершенствоваться законодательство: оно призвано в большей степени соответствовать будущим вызовам [4].

Таким образом, Беларуси необходимо учитывать опыт европейских стран в обеспечении прав беженцев и их интеграции в общество, а также не допускать ошибок в ситуациях массового притока мигрантов. Видится нужным проведение реформирования и дальнейшее улучшение системы приема беженцев, стоит уделять больше внимания повышению качества образования для мигрантов, особенно детей беженцев. Именно качественное образование дает возможность найти достойную работу и реализовать свой потенциал в новых условиях проживания.

Список литературы:

1. Селиванова Т. Всемирный день беженцев – 2009 в Беларуси // Журнал международного права и международных отношений. – 2009 – №2. – С. 54-57.
2. Моргун Ю.Ф. Достижения и задачи в сфере защиты беженцев в Беларуси // Белорусский журнал международного права и международных отношений. – 2007. – №2. – С. 56-62.
3. Моргун Ю.Ф. Права человека и защита беженцев // Белорусский журнал международного права и международных отношений. – 2000. – №5. – С. 38-49.
4. Селиванов А.В. Роль белорусских средств массовой информации в формировании атмосферы толерантности в обществе // Журнал международного права и международных отношений. – 2009 – №1. – С. 69-74.

УДК:616.248:613.1-08

Бобоев А.Т, Абдурахимова Л.А.
Ташкентская медицинская академии, г. Ташкент, Узбекистан

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ГОРНОГО КЛИМАТА

В статье рассматриваются вопросы реабилитации больных бронхиальной астмой в условиях горного климата, определения саногенного действия горного климата на клинико-иммунологические показатели у больных бронхиальной астмой.

Ключевые слова: *реабилитация, бронхиальная астма, климатотерапия,*

Boboev A.T; Abdurakhimova LA
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

REHABILITATION OF PATIENTS WITH ASTHMA IN THE MINING CLIMATE

The article deals with the rehabilitation of patients with bronchial asthma in the conditions of the mountain climate, determine the action sanogennykh mountain climate on the clinical and immunological parameters in patients with bronchial asthma.

Key words*: rehabilitation, asthma, climate therapy.*

В последние годы во всем мире отмечается увеличение аллергизации населения, связанное с ростом урбанизации, загрязнением атмосферы, широким внедрением в промышленность и сельское хозяйство химических продуктов, а также с частым использованием в клинической практике вакции, сывороток и других медикаментозных препаратов. Все это привело к увеличению числа больных бронхиальной астмой (БА), [1, 5, 6].

Существует широкий набор лекарственных средств, позволяющих эффективно лечить БА с учетом механизмов ее развития и формы. Однако лекарственную нагрузку на организм можно существенно снизить и даже исключить, применяя немедикаментозную терапию. Оптимально сочетая эти воздействия, можно добиться максимальной эффективности лечебных программ [3, 4].

Установлено, что санаторно-курортное лечение больных БА, включающее горноклиматические и физиотерапевтические процедуры, приводит к снижению сенсибилизации организма, нормализации респираторного аппарата бронхов, улучшению механики дыхания, повышению толерантности к физическим нагрузкам и коррекции дисбаланса иммунной системы.

Иммунокорригирующее действие санаторно-курортных факторов выражается в нормализации числа малодифференцированных Т-клеток, Т-супрессоров, В-лимфоцитов, несущих рецепторы к С-компоненту комплемента, и фагоцитоза [2, 3].

Таблица 1 - **Динамика функции внешнего дыхания у больных БА под влиянием горной климатотерапии (M ± m)**

Показатель	1-я группа (n = 26)		2-я группа (n = 42)	
	до лечения	в конце лечения	до лечения	в конце лечения
ЖЕЛ, %	79,6 ± 2,4	89,8 ± 2,3*	74,8 ± 1,6	86,3 ± 1,5*
$ОФВ_1$, %	72,7 ± 2,1	86,4 ± 2,7*	66,7 ± 1,4*	74,2 ± 1,2*
МВЛ, %	81,2 ± 3,7	98,8 ± 3,1*	69,8 ± 2,1	79,4 ± 2,7
ИВТ, %	64,5 ± 1,6	76,1 ± 1,7*	61,8 ± 1,2*	68,8 ± 1,2*
$ПТМ_{ВД}$, л/с	4,5 ± 0,03	4,8 ± 0,05	3,6 ± 0,04	4,06 ± 0,01*
$ПТМ_{ВЫД}$, л/с	3,9 ± 0,06	4,1 ± 0,09	3,5 ± 0,02	3,86 ± 0,01*

Примечание: Звездочка – достоверные различия с исходными показателями.

Целью работы явилось изучение некоторых механизмов саногенного действия горного климата на клинико-иммунологические показатели у больных БА.

Обследовано 68 больных (38 женщин, 30 мужчин) БА инфекционно-зависимого типа в условиях горноклиматического санатория «Ак-Таш» в динамике реабилитации. Возраст обследуемых от 19 до 64 лет. В соответствии с общепринятой классификацией болезни выделяли 2 группы больных.

В 1-ю группу вошли 26 человек с легким, во 2-ю – 42 больных 1-й группы 36,4 + 1,04 года, давность болезни 6,2 + 0,45 года. Во 2-й группе возраст больных 43,1 + 1,35 года, давность заболевания 7,9 + 0,36 года.

Анализировали основные иммунологические показатели – количество Т- и В-лимфоцитов (Е-РОК и ЕАС-РОК), а также сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и фагоцитоз по общепринятой методике. Функцию внешнего дыхания у больных исследовали с помощью аппарата «Метатест-2М».

Контрольную группу составили практически здоровые люди (31) в возрасте от 17 до 45 лет. Обследование больных проводили в начале (2-4-й день) и в конце лечения (18-20-й день).

Изучали эффективность реабилитационных мероприятий при БА в горноклиматическом санатории «Ак-Таш» с использованием наиболее эффективных комплексов лечения.

Санаторий функционирует круглогодично. Он расположен в предгорьях Коржантау, одного из отрогов Тянь-Шаня, прорезанного двумя горными речками Ак-Таш и Аю-Сай. Средняя температура воздуха 11*С. Годовое количество осадков 787 мм. Здесь большое количество солнечных дней с относительно высокой степенью активности солнечной радиации. Обилие воды и зелени, чистый воздух, большая инсоляция характеризуют Ак-Таш как прекрасную климатическую местность. Наличие горной речки Ак-Таш, протекающей через всю территорию, позволяет организовать лечение естественной гидроионизацией.

Основным лечебным фактором санатория является климатотерапия – длительное пребывание и сон на воздухе, ЛФК (утренняя и лечебная гимнастика, спортивные игры).

По показаниям больным назначали некоторые виды физиотерапического лечения (ингаляции, ЭП, УВЧ, индуктотермия, аэроионотерапия, массаж грудной клетки, кислородные ванны, душ и др.). Солнечные ванны применяли у больных, находившихся на лечении в теплый период года, в холодный период года вместо солнечных ванн больные получали УФО. У всех больных проводили комплексное клинико-функциональное обследование.

При исследовании функции внешнего дыхания в обеих группах обнаружены начальные нарушения по обструктивному типу (табл.1). В 1-й группе зарегистрировано снижение объема форсированного выдоха за 1 с ($ОФВ_1$) до 72,7 ± 2,1% от должной величины, индекса Вотчала – Тиффно (ИВТ) до 64,5 ± 1,63%; во 2-й группе $ОФВ_1$ составил 66,7 ± 1,4% от должного, ИВТ – 61,8 ± 1,2%, максимальная вентиляция легких (МВЛ) – 69,8 ± 2,14% от должной величины, пневмотахометрия ($ПТМ_{выд}$) – 3,5 ± 0,02 л/с.

Таблица 2 - **Динамика иммунологических показателей у больных бронхиальной астмой под влиянием горной климатотерапии (M ± m)**

Показатель	Контрольная группа	1-я группа (n = 26)		2-я группа (n = 42)	
		до лечения	в конце лечения	до лечения	в конце лечения
Т-лимфо-циты, %	61,8 ± 2,6	50,7 ± 2,0*	56,1 ± 1,6**	48,8 ± 2,1*	54,7 ± 1,8
В-лимфо-циты, %	23,8 ± 1,2	18,5 ± 1,9*	16,7 ± 1,7	22,6 ± 2,0	17,8 ± 1,2**
IgA, мг/мл	290,0 ± 18,2	248,0 ± 22,1	261,0 ± 19,5	218,0 ± 19,7*	285,0 ± 16,5**
IgM, мг/л	350,0 ± 25,0	168,0 ± 24,0*	159,6 ± 21,2	146,8 ± 17,5*	151,1 ± 21,1
IgG, мг/л	1240,0 ± 80,0	1025,0 ± 42,0*	1485,0 ± 36,5	987,0 ± 50,5*	1368,0 ± 26,1**
Фагоцитоз	61,4± 3,5	44,3± 2,9*	52,8 ± 2,1**	46,5 ± 2,3	54,6 ± 2,7**

Примечание: Звездочки – достоверность различий: одна – по сравнению с контролем, две – до и в конце лечения

В обеих группах в конце горноклиматического лечения отмечалась положительная динамика показателей функции внешнего дыхания (см.табл.1).

В патогенезе инфекционно-зависимой БА, как известно, важную роль играет иммунный гомеостаз организма. При исследовании показателей иммунного статуса у больных БА выявлен иммунодефицит, сохраняющийся при клинической ремиссии болезни и проявляющийся снижением количества Т-лимфоцитов в обеих группах по сравнению с контрольной (табл.2), дисиммуноглобулинемией и снижением фактора неспецифической защиты (фагоцитоз).

В количестве В-лимфоцитов до лечения выраженных отклонений не выявили. В конце санаторного лечения отмечалась тенденция к снижению относительного содержания В-лимфоцитов в обеих группах. Относительное количество Т-лимфоцитов в обеих группах в конце горноклиматической терапии достоверно увеличилось (см. табл.2). Аналогичные изменения претерпевал фактор неспецифической защиты. Контроль за эффективностью климатотерапии осуществляли параллельно с анализом динамики клинических проявлений. Под влиянием лечения у подавляющего числа больных (89,2%) улучшилось в общее самочувствие, у 38,5% уменьшился кашель, у 28,2% прекратилось отделение мокроты, у 24,8% исчезла одышка, у 78,7% больных приступы удушья не наблюдались, у 46,8 % исчезли хрипы в легких.

Несомненно, что горная климатотерапия, являясь достаточно эффективным способом лечения, должна шире применяться в лечении больных БА. Представляется актуальной разработка способов дальнейшего повышения эффективности этого метода для целей профилактики, лечения и реабилитации больных БА.

Список литературы:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А.Г. Чучалина. М., 2002.
2. Евдокимова А.Г. Бронхиальная астма // Мед. консультация. 1998. №2. С. 23-31.
3. Ильина Н.И. и др. Характеристика цитокинового профиля у пациентов с терапевтически резистентной астмой // Иммунология. 2003. 34. С. 224-226.
4. Цибулькин А.П. и др. Выраженность экспрессии маркеров дифференцировки и активации лимфоцитов периферической крови больных бронхиальной астмой, находящихся на базисной терапии глюкокортикостероидами // Эксперим. и клин. аллергология. 2003. № 12. С. 94-97.
5. Исаев Ю., Мойсюк Л. Бронхиальная астма. Конвенциональные и неконвенциональные методы лечения. - М.: «КУДИЦ-ПРЕСС», 2008. - С. 168.
6. Солопов В. Н. Астма. Истинная причина болезни. - М.: «Европолиграфик», 2006. - С. 160.

УДК:616.248:613.1-10

Бобоев А.Т., Рахимова М.Э., Абдурахимова Л.А.

Ташкентская медицинская академии, г. Ташкент, Узбекистан

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНТРАВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим хроническим заболеванием дыхательных путей, которое при недостаточно эффективном лечении может значительно ограничивать

повседневную жизнь пациентов и даже приводить к смерти. Внутривенная лазеротерапия у больных БА улучшает бронхиальную проходимость, уменьшает бронхообструктивный синдром, улучшает отхождение мокроты, оказывает корригирующее действие на нарушенные звенья иммунной системы. ВСЛОК может использоваться как один из способов, позволяющих снизить дозы бронхолитиков и глюкокортикостероидов у больных БА.

Ключевые слова: *реабилитация, бронхиальная астма, интравазальная лазерная терапия*

Boboev A.T., Rakhimova M.E., Abdurakhimova L.A.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL REHABILITATION OF INTRAVAZAL LASER THERAPY PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Bronchial asthma (BA) is a serious global problem. People of all ages around the world suffer from this chronic airway disease, which, if not enough effective treatment can significantly limit the daily lives of patients, and even lead to death. Endovenous laser therapy in patients with asthma improves bronchial patency, reduces bronchial obstruction, improves the expectoration of sputum, has a corrective effect on the broken parts of the immune system. The method can be used as one of the ways to reduce the doses of bronchodilators and corticosteroids in patients

Key words*: rehabilitation, asthma, climate therapy, intravazal laser therapy*

Терапия различных патогенетических вариантов и форм бронхиальной астмы (БА) на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем в клинической медицине в связи с рецидивирующим тяжелым течением, одной из причин которого являются нарушения иммунологической реактивности, наблюдаемые у таких больных. Эффективность применяемых различных методов лечения при БА еще недостаточно аргументирована [3].

В связи с этим изучение влияния лазерного излучения на функциональное состояние иммунной системы с применением клинико-иммунологических и экспериментальных методов исследования является важным аспектом при разработке методик лазеротерапии.

В клинических исследованиях установлено нормализующие влияние низкоэнергетического лазерного излучения (НИЛИ) на функциональное состояние иммунной системы, причем в большей степени выявлено изменение количественных показателей, характеризующих клеточный иммунитет, таких как количество общих и активных Т-лимфоцитов, соотношение субпопуляций Т-клеток (хелперно-супрессорный коэффициент). Так, исходно сниженный уровень Т-лимфоцитов после лазеротерапии повышался [2, 5], количество В-лимфоцитов в процессе лазертерапии менялось неоднозначно [3]. Наряду с сообщениями о нормализации количества В-лимфоцитов существует ряд предположений, что В-лимфоциты остаются резистентными к действию лазерного излучения. Выявлена стимуляция фагоцитарной активности под воздействием НЛИ [2,3].

Динамика иммунологических показателей больных БА под влиянием ВСЛОК (M ± т)

	До лечения			После лечения		
CD3 (Т-лимфоциты)	50,5	±	2,5	58,2	±	2,3
CD4 (Т-хелперы)	36,7	±	2,9	37,1	±	2,7
CD8 (Т-супрессоры) * В-лимфоциты (ЕАС-РОК)	24,6	±	2,5	32,9	±	2,3
IgA	22,0	±	2,7	20,6	±	1,9
IgM> г/л	0,270	±	0,02	0,290	±	0,01
IgG	0,140	±	0,02	0,170	±	0,016
Общий IgE, Ku/1	1,290	±	0,06	1,298	±	0,04
ФАН, %	568	±	30	292,0	±	28
Фагоцитарный индекс, %	50,2	±	4,2	62,5	±	3,1
CD3 (Т-лимфоциты)	3,8	±	0,4	5,8	±	0,4 *

Примечание. Достоверность различий с исходными данными: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Целью настоящей работы явились изучение иммунокорригирующего действия интравазальной лазерной терапии у больных БА.

Обследовано 47 больных (21 мужчина, 26 женщин) БА. Возраст обследуемых больных от 19 до 62 лет. В соответствии с сразработанной программой « Глобальная инициатива по бронхиальной астме (GINA) выделяли больных БА со среднетяжелым (III ступень) 24 человека и тяжелым течением (IVступень) 23 больных. Из обследованных больных 8 были гормонозависимыми, поддерживающая доза гормональных препаратов 5—10 мг/сут.

Иммунологические исследования выполняли с учетом основных параметров иммунной системы в соответствии с методическими рекомендациями Института иммунологии Минздрава РФ [4].

Содержание Т-лимфоцитов (СДЗ) и субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров (СД4 и СД8) определяли при помощи моноклональных антител (Orthodiagnostic) с методом проточной флюорометрии на аппарате "Спектрум-Ш".

Количество В-лимфоцитов и концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (lg) А, М, Gопределяли по общепринятой методике, уровень общего IgE- радиоиммунологическим методом. Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) исследовали с использованием живой культуры золотистого стафилококка 209 и с частицами латекса.

Внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВСЛОК) проводили с помощью отечественного аппарата лазерного облучения крови (АЛОК-1) с длиной волны 0,63 мкм и мощностью на выходе световода 1 мВт.

Световод вводили в одну из периферических вен (кубитальную) через просвет инъекционной иглы на глубину 5-10 см. Мы рекомендуем следующую схему ВСЛОК: 1-я процедура - 30 мин, 2-5-я процедуры - по 45 мин, 6-7-я процедуры - по 30 мин 1 раз в сутки, 6-7 процедур на курс лечения.

ВСЛОК применяли в комплексном лечении больных, поступивших в стационар в фазе обострения заболевания, и начинали через 5-7 дней после госпитализации.

Иммунный статус изучали до (1-3-й день) и после ВСЛОК (16—18-й день). Результаты клинических и иммунологических исследований у больных БА сравнивали с исходными данными. Такое сравнение в одной и той же группе больных до и после ВСЛОК позволяет получить более достоверные данные об эффективности лечения.

Показатели иммунокомпетентных клеток периферической крови пациентов до и после ВСЛОК представлены в таблице.

У больных БА до проведения лазерной терапии было снижено содержание циркулирующих Т-лимфоцитов (СДЗ) и суб- попул'яций Т-супрессоров (СД8), после ВСЛОК отмечался рост относительного количества СДЗ- и СД8-клеток ($p< 0,05$, $д<0,01$). Существенных изменений количества СД4-клеток (Т-хелперы), В-лимфоцитов в динамике лечения не отмечено. Концентрация IgA, IgGв сыворотке крови больных БА после ВСЛОК заметно не менялась. Уровень сывороточных IgMв динамике лечения достоверно повысился ($p < 0,01$). В то же время у больных БА концентрация общего IgEпосле ВСЛОК достоверно снизилась ($p < 0,05$).

Результаты определения фактора неспецифической защиты у больных БА под влиянием лазертерапии претерпевали определенное изменение. ВСЛОК оказало выраженное влияние на ФАК и фагоцитарный индекс ($p < 0,01$, $p < 0,05$).

Отмечался положительный эффект воздействия лазертерапии на ряд клинических показателей, из которых заслуживает внимания уменьшение дозы или отмена приема бронхолити- ков. Уже с первых процедур ВСЛОК больные отмечали уменьшение одышки, кашля, улучшение отхождения мокроты, повышение аппетита, улучшение сна и настроения.

У 4 из 8 больных, получавших кортикостероидные препараты, удалось снизить суточные дозы до 5 мг после 6-7 процедур

ВСЛОК. Побочных явлений при проведении курса лечения не отмечено, ни у одного больного.

Таким образом, техническая простота выполнения, отсутствие осложнений, отчетливый клинический и иммуномодули- рующий эффект интравазальнойлазертерапии позволяют с успехом использовать ее в комплексном лечении больных с инфекционно-зависимой БА.

Таким образом, для повышения эффективности традиционного комплекса мероприятий по лечению: БА целесообразно применение ВСЛОК, которое улучшает бронхиальную проходимость, уменьшает одышку, улучшает отхождение мокроты. Внутривенная лазертерапия у больных Б А оказывает корригирующее действие на нарушенные звенья иммунной системы. ВСЛОК может использоваться как один из способов, позволяющих снизить дозы бронхолитиков и глюкокортикостероидов у больных БА.

Список литературы:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Москва. Российское респираторное общество. Москва. 2012.- С.73-81
2. Борисова А. М.// Тер. арх. - 1988. - № 5. - С. 13-17.
3. Булгакова Г. И., Зозуля Л. С., Подсосанная О. М., Кулагина Е. Л.// Реабилитация иммунной .системы. Тезисы международного симпозиума. - Цхалтубо, 1990. - С. 291.
4. Петров Р. В., Хаитов Р. М., Пниеген Б. В., Орадовская И. В. Оценка иммунного статуса при массовых исследованиях: Метод, рекомендации. - М., 1998.
5. Исаев Ю., Мойсюк Л. Бронхиальная астма. Конвенциональные и неконвенциональные методы лечения. - М.: «КУДИЦ-ПРЕСС», 2008. - С. 168.

УДК 364.272

Богатищева И.Ю., Лежепёкова П.Н.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, г. Орёл, Россия

К ВОПРОСУ О ЖЕНСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКЕ

В статье рассматриваются проблемы женского алкоголизма в России и Орловской области, определяются направления профилактической работы по борьбе с женским пьянством и алкоголизмом

Ключевые слова: *женский алкоголизм, специфика, профилактика,*

Bogatischev I. Yu., Lezhepekov P. N.

Orel state University named after I. S. Turgenev, Orel, Russia

TO THE ISSUE OF FEMALE ALCOHOLISM AND ITS PREVENTION

In the article the problems of female alcoholism in Russia and the Orel region, determines the directions of the preventive work against female drunkenness and alcoholism.

Key words*: female alcoholism, its specificity, prevention,*

Проблема алкоголизма в России на сегодняшний день, наверное, одна из самых актуальных медико-социальных проблем. На счету этого страшного заболевания тысячи распавшихся семей и искалеченных судеб. Масштабы и темпы распространения алкоголизма в стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье населения. Как известно, не существует таких понятий, как «женский порок сердца», «женская почечная недостаточность», «женском туберкулезе легких». А вот проблема женского алкоголизма мы слышим на каждом шагу. Ведь именно от женщин в большей мере зависит здоровье и благополучие детей, то есть будущего государства. Существует мнение, что женский алкоголизм неизлечим. Алкоголизм для женщины — это смертельный приговор. Специфика женского алкоголизма во многом связана с тем, что организм женщины более восприимчив к вредному влиянию алкоголя — зависимость от алкоголя возникает быстрее. Экономическая самостоятельность и заимствование стереотипов поведения мужчины позволяют девушкам в перечисленных ситуациях потреблять алкогольные напитки. В последние время отмечается увеличение количества заболевших лиц женского пола, в основную группу риска попадают лица от 15 до 30 лет. А также одинокие женщины, отчаявшиеся устроить личную жизнь, старше 45 лет [2]. (табл.1.)

Алкоголизм среди прекрасных дам, становится все более распространенной, к 2015 году в России уровень заболеваемости существенно вырос из - за: неудачи в личной жизни; потеря родного человека; проблемы на работе.

Пьянство и алкоголизм – проблема не только одного конкретного человека, попавшего в сети зависимости. Она касается и его ближайшего окружения, и производственной среды, и семейных отношений. Алкоголизм как социальная проблема оказывает огромное влияние на все общество в целом, разрушая саму основу его благополучного существования.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ опубликовало статистику употребления алкоголя на душу населения, выпитого в 2011 г. и она составила 15 литров. Статистика алкоголизма России 2011 года утверждает, что от алкоголизма погибло около 33% всех мужчин и 25 % женщин, приблизительно 500 000 человек ежегодно.

Таблица 1 – Распространенность алкоголизма среди женщин, в зависимости от сферы занятости.

Занятость женщин	Количество, %
сфера обслуживания	43,6
сфера торговли	48,7
сфера общественного питания	67,1
промышленность	30,4
транспорт	40
строительство	16,5
домохозяйки или временно неработающие	20
инвалиды	3
пенсионеры	12,5

Рост алкоголизма и преступности в России тесно связаны. Статистика 2015 года преподносит неутешительные факты. (табл.2):

Таблица 2 – Показатели преступности среди женщин, совершенных в состоянии алкогольного опьянения в Орловской области

Убийство	82%
Тяжкий вред здоровью по неосторожности	61%
Тяжкий вред здоровью	58%
Убийство в состоянии аффекта	52%
Побои	50%
Хулиганство	50%

Данные статистики показывают, что под влиянием алкоголя женщина теряет контроль над собой, притупляются чувства, появляется ощущение всесильности. Она искренне верит, что никто не узнает о содеянном. Хотя преступления совершенные людьми в состоянии опьянения раскрываются гораздо быстрее.

Изучая статистические данные алкоголизации населения в Российской Федерации, в том числе и в Орловской области, в 2011 году были приняты жесткие поправки к закону «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции». Согласно поправкам в законодательстве пиво и напитки на его основе, крепость которых составляет более 0,5%, будут считаться алкогольными напитками. На них распространяется запрет ночной продажи с 23:00 до 8:00. В начале 2013 года вступил в силу закон, запрещающий продажу спиртных напитков в нестационарных торговых точках: ларьках, на рынках и вокзалах, киосках. 3 октября 2013 года было объявлено Всемирным Днем трезвости и борьбы с алкоголизмом.

Как известно, профилактика женского алкоголизма представляет собой комплекс мер, направленных на ослабление влияния алкоголя. В последнее время по предложению ВОЗ различают три ступени профилактики: первичную, вторичную и третичную. Применительно к алкоголизму под первичной профилактикой понимают предупреждение пьянства и возникновения алкоголизма. Под вторичной профилактикой подразумевают комплексное лечение с последующими курсами противорецидивной терапии и, наконец, под третичной профилактикой — реабилитацию больных (установление социального статуса). Индивидуальная профилактика алкоголизма заключается в предупреждении его рецидивов. У большинства больных рецидив наступает после первой выпитой ими рюмки. У других однократное употребление алкогольных напитков может и не вызвать рецидива. В таких случаях необходимо обратиться к врачу и возобновить лечение, иначе при повторной попытке выпить рецидив неизбежен. Решающее значение в закреплении результатов противоалкогольного лечения играет микросоциальная среда, в которой следует различать, с одной стороны, семью, родственников, друзей, с другой — коллектив. Врач-нарколог должен поддерживать тесную связь с семьей больного и с его трудовым коллективом. Члены семьи (муж, мать) играют огромную роль в социальной реабилитации больного.

Важным звеном в профилактике рецидивов хронического алкоголизма является организация клубов излечившихся. В проведении клубной работы принимают участие, как медицинские работники, так и общественные организации. Клубная работа с больными алкоголизмом должна иметь в своей основе четкую программу психотерапевтических мероприятий, которые строятся с учетом не только личности больных, особенностей их заболевания, но и того, что должны давать больным такие объединения (клубы, общества трезвости) [1]. Задачей врача, педагога, общественных организаций является повседневная разъяснительная работа не только о вреде алкоголя, но и о том, как и чем человек должен постоянно заниматься и увлекаться, чтобы у него не возникло необходимости в алкогольной стимуляции. Культурно-просветительная противоалкогольная работа тесно переплетается с организацией быта и труда больного и должна занимать ведущее место в общем комплексе терапевтических мероприятий. Специализированные наркологические диспансеры являются методическим центром, направляющим всю противоалкогольную работу

Профилактика пьянства и алкоголизма требует проведения широкого комплекса общегосударственных мероприятий, включая административный, законодательный, медико-гигиенический и психолого-социальный аспекты. Основой подлинной эффективности такой работы может быть только принятие общественным мнением парадигмы «здорового образа жизни».

Список литературы:

1. Георгиевская, Ю.В. Молодежь как объект социального воздействия: некоторые факторы, формирующие девиантное поведение в молодежной среде // Гуманитарные исследования. – 2005. – № 4. – С. 42-51.

2. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, терапия/ Ерышев О.Ф.// Практическое пособие.-2002.-186с.

УДК 378.096

Богатых О. И.

Баргузинский психоневрологический интернат, с. Читкан, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В БАРГУЗИНСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ИНТЕРНАТЕ

В статье рассматриваются технологии социальной реабилитации лиц страдающих хроническими психическими заболеваниями.

Ключевые слова: *социальная реабилитация, психоневрологический интернат.*

Bogatyh O. I.

Barguzin psychoneurological boarding, v. Chitkan, Russia

ORGANIZATION OF THE REHABILITATION PROCESS IN BARGUZIN PSYCHONEUROLOGICAL BOARDING

The article discusses the experience of social rehabilitation of persons suffering from chronic mental illness.

Key words: *social rehabilitation, psychoneurological boarding.*

Организация социальной работы в домах-интернатах специального типа является сложной задачей и требует комплексного подхода [2].

Баргузинский психоневрологический интернат является учреждением стационарного социального обслуживания, и предназначен для проживания граждан, достигших 18-летнего возраста, имеющих инвалидность 1 и 2 группы, страдающих хроническими психическими заболеваниями, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию. По состоянию на 1 января 2016 г. в учреждении на проживании находится 223 человека, из них 146 мужчин, 77 женщин. Клиенты размещены в шести жилых корпусах, в комнатах по 2-6 человек, с учетом индивидуальных особенностей (режимом содержания, состоянием здоровья, возраста и пр.) Учреждение имеет в своем составе административный корпус, столовую, пекарню, баню-прачечную, котельную, мастерские, гараж на 9 единиц техники, пилораму, подсобное хозяйство, овощехранилище.

Основными направлениями работы стационарных учреждения как правило являются:

- медицинская реабилитация – оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи, спектр обследования;
- социально-бытовая реабилитация – создание комфортных условий и благоприятного психологического климата;
- трудовая реабилитация – вовлечение клиентов в доступные для них виды деятельности;
- правовая помощь – защита личных и имущественных прав и интересов граждан, осуществляемая попечительским советом учреждения;
- культурно-массовая и воспитательная работа- организация досуга и занятости клиентов, привитие им навыков самообслуживания, взаимопомощи, реализацию их способностей и навыков;
- духовное и нравственное воспитание – воспитание посредством развития само и взаимоуважения, бережного отношения к материальным ценностям учреждения, формирование основ этики и морали, санитарно-гигиенических навыков [2].

С 2014 г. приоритетным направлением социальной реабилитации было выбрано проведение реабилитации вне стен интерната. В связи с этим количество мероприятий направленных на интеграцию клиентов в общество значительно увеличилось. Подопечные учреждения стали регулярно участвовать в мероприятиях на уровне села, района, республики. Участники художественной самодеятельности стали известны за пределами поселения. Они неоднократно выступали на различных мероприятиях в с. Баргузин, п. Усть-Баргузин, с. Уро, с. Суво, с. Бодон.

Проводятся совместные мероприятия с другими учреждениями. В рамках внутриведомственного взаимодействия налажена шефская работа с Центром помощи детям, оставшимся без попечения родителей, «Звездный». Ежеквартально проводятся совместные мероприятия, концерты, конкурсы, спортивные соревнования. Совместно с Читканской средней общеобразовательной школой проводятся ежегодные соревнования по шашкам. В рамках взаимодействия с администрацией и Читканским Домом культуры, ежегодно

клиенты интерната участвуют в сельском и районном конкурсах на лучшее новогоднее оформление учреждений, Дне села, Масленице, Дне Победы, Дне инвалида и др.

В целях расширения культурной программы, клиенты интерната неоднократно выезжали в г. Улан-Удэ и смогли посетить музеи, театры, цирк. Для более широкого охвата клиентов стала применяться практика приглашения артистов в учреждение. За истекший период в учреждении выступили артисты цирка из Благовещенска, Красноярска, Ижевска. Дано несколько представлений кукольного театра «Ульгэр». По просьбам клиентов в учреждении дали концерты артисты ВИА «Каскад» (с. Баргузин) и певица Татьяна Моргай (г. Улан-Удэ).

В учреждении всячески приветствуется приобщение клиентов интерната к традиционным религиям. Для желающих организовано еженедельное посещение Православной церкви в с. Читкан. Клиенты интерната неоднократно посещали Сретенский монастырь в с. Батурино и подружились с настоятельницей игуменьей Никой. По приглашению настоятеля отца Вадима участвовали в праздничных пасхальных мероприятиях в Церкви Иоанна Предтечи (пос. Усть-Баргузин). Для верующих исповедующих буддизм организовываются поездки в Баргузинский (с. Яркто) и Иволгинский дацаны.

В целях расширения познания об окружающем мире организуются экскурсионные выходы и выезды на природу. Очень нравятся проживающим выезды на озеро Байкал, в национальный парк «Забайкальский». В ходе таких экскурсий, социальные работники на свежем воздухе организуют проведение образовательных программ, сбор поделочного материала, спортивные соревнования, конкурсы, эстафеты, игры. Регулярно проводятся выходы в окрестности для большого числа клиентов.

Восстановление связей с родными и близкими это второе приоритетное направление социальной реабилитации. Социальные работники разыскивают родственников клиентов и стремятся к тому, чтобы подопечные смогли наладить с ними контакт. Для этого проживающим оказывается помощь в написании и прочтении писем и открыток. Организовываются телефонные переговоры. По желанию клиентов им приобретаются мобильные телефоны, и они самостоятельно общаются с родственниками. Наиболее способные клиенты, имеют планшеты и ноутбуки и используют их для связи с родными и близкими. Благодаря современным технологиям клиенты могут не только поговорить с родными, но и отправить фотографии, видеофильмы. Также родственники клиентов могут следить за событиями, происходящими в учреждении, с помощью официального сайта. На сайте есть регулярно обновляемый раздел новостей, контактная и другая полезная информация. Существует форма обратной связи. Помимо дистанционного общения, родственники в любое время могут навестить клиентов. В специальной гостевой комнате, в уединенной обстановке они могут пообщаться между собой. При необходимости, родственники могут переночевать в учреждении. Также, при условии соблюдения определенных правил, родственники на короткие сроки могут увозить клиентов к себе в гости.

В результате проводимой работы, у клиентов, вовлекаемых в мероприятия за пределами интерната и поддерживающих контакты с родственниками, стали наблюдаться положительные изменения. Они стали более тщательно следить за своим здоровьем, внешним видом, стали более внимательно относиться к мнению окружающих. Область их интересов вышла за рамки интерната, они стали охотнее участвовать в реабилитационных мероприятиях. Указанные изменения положительно отражаются на контактах с родными и близкими. Родственники стали интересоваться самочувствием и здоровьем, проблемами, потребностями подопечных. Стали охотнее приезжать в гости. Увеличилось число родственников желающих забрать к себе клиентов на какое-то время. В результате, на двоих клиентов родственники оформили опекунство и забрали к себе на постоянное проживание.

Список литературы:

1. Смирнова М.Г., Шурыгина Ю.Ю. Деятельность Баянгольского дома-интерната для умственно-отсталых детей глазами персонала // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященная 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене (2-4 декабря 2015 г.) / отв. ред. Ю.Ю. Шурыгина. Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2015. – С. 312-313.
2. Шурыгина Ю.Ю., Базарон А.П. Организация комплексной социально-медицинской реабилитации инвалидов: Монография. - Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2010. - 232 с.

УДК 616.391:577.161.2-02-058-053.2

Больбот Ю.К., Годяцкая Е.К.

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Статья посвящена проблеме дефицита витамина D, рассматриваются основные социальные факторы риска развития дефицита витамина D среди детского населения в современных условиях.

Ключевые слова: *витамин D, дефицит, факторы риска, дети.*

Bolbot Y.K., Godyatskaya E.K.

Dnepropetrovsk Medical Academy of HM of Ukraine, Dnepr, Ukraine

HEALTH AND SOCIAL ASPECTS OF THE EPIDEMIC OF VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDHOOD

The article is devoted to the problem of vitamin D deficiency, the main social risk factors of developing vitamin D deficiency among children in nowadays are considered.

Keywords: *vitamin D, deficiency, risk factors, children.*

В последние годы значительно расширились представления о месте и роли витамина D (25(OH)D, VD) в организме человека. Исторически сложилось, что VD связывали лишь с заболеваниями костной системы, включая кальциево-фосфорный и костный метаболизм, остеопороз, переломы, состояние мышечной системы, однако биологическая роль VD не ограничивается поддержанием костного гомеостаза. Учитывая широкое распространение рецепторов VD (VDR), по меньшей мере, в 40 органах и тканях, большой научный интерес, помимо основной функции, составляют и внескелетные эффекты VD (Угай и др. 2012, J. Garsia de Tena et al., 2014, Fernando de Sa'Del Fiol et al., 2015). Так, VD играет важную роль в регуляции иммунной, сердечно-сосудистой, репродуктивной систем, углеводного обмена, а также тормозит пролиферацию кератиноцитов кожи и активирует их дифференцировку, ингибирует ангиогенез, активирует апоптоз в тканях, что лежит в основе противоопухолевого эффекта, стимулирует синтез инсулина, подавляет секрецию ренина и повышает синтез кателицидина в макрофагах [8]. Многочисленными исследованиями было установлено, что низкий уровень обеспеченности VD высоко ассоциирован с риском развития инфекционных (острые респираторные вирусные инфекции, туберкулез), хронических воспалительных (болезнь Крона), аллергических (бронхиальная астма), аутоиммунных (рассеянный склероз, сахарный диабет I типа, псориаз), сердечно-сосудистых (артериальная гипертензия, сердечная недостаточность) и различных неопластических заболеваний [3,8].

В современной популяции уровень обеспеченности VD рассматривается как «эпидемия D-дефицита» и является глобальной проблемой общественного здравоохранения. Согласно результатам последних популяционных исследований, распространенность гиповитаминоза D среди детского населения варьирует от 29 до 100% в зависимости от географического месторасположения, сезонности, этнической принадлежности. Установлено, что дефицит VD чаще встречается на Юге, чем на Севере Европы, но тяжелый дефицит VD (при уровне 25(OH)D в сыворотке крови ниже 25 нмоль/л) чаще всего регистрируется на Ближнем Востоке и в Южной Азии [1]. Согласно данным Л.В. Квашниной и соавт. (2015), среди детей до 17 - летнего возраста, проживающих на территории Украины, только у 9,4% наблюдается «желаемый» уровень обеспеченности VD, тогда как недостаточный уровень обеспеченности VD установлен у 90,6% детей, при этом недостаточность VD на первом месяце жизни регистрировалась у 96,3% детей, с месяца до 3 лет в 78,6% случаев, в 4-6 лет у 92,3%, в 7-11 лет – 97,3% и в 12-17 лет у 94,1% обследованных детей, что свидетельствует о выраженном дефиците VD в детском возрасте в Украине [2].

К общим факторам, определяющим риск развития недостаточности VD можно отнести место проживания, сезон года, интенсивность пигментации кожи, материнский статус витамина D, использование обогащенных витамином D продуктов, нутритивний статус, наличие сопутствующих заболеваний, полиморфизм генов, кодирующих рецепторы VD [5]. Следует выделить несколько наиболее значимых причинных факторов, которые вносят вклад в развитие дефицита VD среди детей, проживающих на территории Украины. Несбалансированное питание с преимущественным употреблением зерновых культур и отсутствие достаточной инсоляции являются наиболее весомыми причинами столь широкой распространенности данной патологии [4]. Известно, что пища не является основным источником VD. Во многих развитых странах молоко, сыр, некоторые йогурты, большинство круп и апельсиновый сок обогащены небольшим количеством данного витамина. К сожалению, в Украине не происходит саплементация витамином D продуктов питания, за исключением некоторых молочных продуктов для детей раннего возраста.

В современном мире существенно уменьшилось прямое воздействие солнечных лучей благодаря как широкому применению детских солнцезащитных кремов, так и ношение одежды, полностью закрывающую кожу или проведение большей части времени в помещении [4]. Именно синтез VD в коже под воздействием ультрафиолетовых лучей солнечного света обеспечивает 80-90% суточной потребности в этом витамине. Так, применение солнцезащитных средств с фактором защиты SPF 8 и выше уменьшает синтез VD в коже примерно на 95-98% [8]. Не менее важным фактором недостаточной инсоляции является стремительное развитие мегаполисов и высотных застроек на территории большинства регионов Украины, которые уменьшают инсоляционную поверхность городов и пригородов [4]. Увеличение количества лиц с избыточной массой тела приводит к повышению распространенности дефицита VD, что связано с его депонированием в подкожно-жировой клетчатке и недоступностью для центрального кровотока. Другими причинами дефицита VD являются хронические заболевания почек, синдром мальабсорбции, печеночная недостаточность, а также длительный прием лекарственных препаратов, которые усиливают катаболизм 25(OH)D и кальцитриола ($1,25(OH)_2D$), среди которых глюкокортикоиды, антиретровирусные препараты, противогрибковые препараты, рифампицин, орлистат (ксеникал), холестирамин, противоэпилептические препараты [5]. Следует отметить, что дети, находящиеся на грудном вскармливании также относятся к группе риска по развитию недостаточности или дефицита VD, поскольку грудное молоко не способно обеспечить суточную потребность ребенка в витамине D. В материнском молоке содержится около 25-78 МЕ/л VD, а, как известно, содержание VD в крови ребенка четко коррелирует с витамин D – статусом матери [6]. Лишь 15% детей, находящихся на грудном или частично грудном вскармливании, получают достаточное количество этого витамина. Американская академия педиатрии указывает на то, что кормящим матерям можно давать высокие дозы VD (4000-6400 МЕ в сутки), при которых содержание VD в грудном молоке повышается до 873 МЕ/л, а токсические эффекты для организма матери отсутствуют [7].

Таким образом, распространенность недостаточности и дефицита витамина D в современных условиях приобретает масштабы пандемии, что способствует развитию инфекционной и соматической патологии в детском возрасте. Своевременное выявление дефицита витамина D, учитывая многие факторы риска его развития, своевременная коррекция витамин – D статуса, с последующим, при необходимости, постоянным приемом данного витамина следует считать важными составляющими профилактических мероприятий, которые направлены на снижение уровня заболеваемости среди детей всех возрастных групп.

Список литературы:

1. Внескелетные эффекты витамина D/ В.В. Поворознюк, Н.А. Резниченко, Э.А. Майлян [и др.] //Новости медицины и фармации. – 2014. – №19 (517). – С. 12-13.
2. Квашнина Л.В. D-витаминная обеспеченность организма в различные возрастные периоды детства/ Л.В. Квашнина, Ю.А. Маковская, В.П. Родионов. Актуальные проблемы педиатрии. Материалы XI Конгресса педиатров Украины (7-9 октября 2015г., Киев). Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – Т.8, №1. – С.40-41.
3. Лашкова Ю.С. Профилактика и лечение дефицита витамина D: современный взгляд на проблему/ Ю.С. Лашкова // Педиатрическая фармокология – 2015. – Т.12, №1. – С. 46-51.
4. Майданник В.Г. Современные подходы к профилактике и лечению витамин D-дефицитного рахита с позиции доказательной медицины/ В.Г. Майданник, С.М. Демчук. – Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2015. – Т.8, №1. – С. 133-143.
5. Недостаточность и дефицит витамина D: что нового? / И.Н. Захарова, Ю.А. Дмитриева, С.В. Яблочкова [и др.] //Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т.13, №1. – С. 134-140.
6. Пирогова В.И. Витамин D – акушерские и перинатальные аспекты /В.И. Пирогова, Н.И. Жемела // Здоровье женщины. – 2014. – Т.№92, №6. – С. 11-14.
7. A review on vitamin D deficiency treatment in pediatric patients /Ji Yeon Lee, Tsz-Yin So, Jennifer Thackray // J. Pediatr. Pharmacol. Ther. – 2013. – Vol. 18, №4. – P.277–291.
8. Holick Michael F. Vitamin D: A D-Lightful Vitamin for Health/ Michael F. Holick // Endocrinol. Metab. 2012. – Vol. 27, №4. – P. 255 – 267. doi: 10.1177/0148607111430189.

УДК 316. 35

Большакова Н.Л., Кильсенбаев Э.Р.

Башкирский государственный университет, г. Уфа, Россия

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПОЖИЛЫХ

В статье сделана попытка охарактеризовать дискриминацию пожилых в сфере финансов, отношение молодых людей к пожилым, более подробно рассматривается положение пожилых людей на рынке труда.

Ключевые слова: *пожилой человек, дискриминация, трудовой потенциал, стереотип*

Bolshakova N. L. Kilsenbaev E. R.

Bashkir State University, Ufa, Russia

FOR QUESTIONS ABOUT THE SOCIAL SITUATION OF OLDER

The paper attempts to characterize the discrimination of the elderly in the area of finance, the attitude of young people to the elderly, further discussed the situation of elderly in the labor market.

Keywords: *elderly, discrimination, employment potential, stereotype.*

К пожилым людям, относят группу людей старшего возраста, в которой в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ООН выделяют четыре подгруппы: собственно пожилые (55-64 года); старые (65-74 года); очень старые (75-84 года); престарелые (старше 85 лет). В некоторых случаях выделяют подгруппу долгожителей, по разным источникам это категория пожилых людей, возраст которых превышает 90- или 100-летний рубеж. [1]

Так, по данным Росстата в России насчитывалось в 2010 г. - 31186,1 тыс. чел., в 2013 г. - 33099,6 тыс., в 2015 г. - 35163,4 тыс. пожилых людей, или 24 % от всего населения. Исходя из данных, можно утверждать, что тенденция к увеличению числа пожилых очевидна. В Башкортостане насчитывалось 902, тыс. людей пожилого возраста или 22,2 % от населения всей республики. [2]

В одном из последних международных рейтингов, учитывающим численность людей 60 лет и старше в 192 государствах, - Россия находится на 44-м месте [3, 19].

В России в 2014 году уровень занятости лиц пожилого возраста составлял 29,4 % [2]. В Башкортостане, этот показатель составил 21,5 %, что является одним из самых низких по стране. Лидером по данному показателю является Чукотский автономный округ-66,4 %. [2] Такая разница может иметь следующие объяснения: в субъектах и округах РФ разное соотношение мужчин и женщин в возрасте старше трудоспособного; дифференцированный уровень безработицы; различия в структуре и технологическом уровне производства, уровня их образования[3, 59]. В США и Швейцарии занятость пожилых вдвое больше (в США - почти 60%, в Швейцарии - около 65%) [3, 77]. Как видим, уровень занятости пожилых обусловлен целым рядом причин.

Как показывают исследования, в России многие, сохранившие здоровье и социальную активность представители старшего поколения, прекращают трудовую деятельность не столько по своему желанию, сколько под давлением работодателей, коллектива, а также сложившихся общественных стереотипов [3, 78]. Можно сказать, что одной из причин низкой занятости пожилых, является сложившиеся клише и отношение со стороны руководства.

Н.И. Шаталова пишет, что «в возрасте 50 лет и старше можно выделить две группы, различающиеся динамикой трудового потенциала. К первой относятся пожилые люди, у которых понижены сенсорно-моторные характеристики и творческие способности, в результате падают профессиональная самооценка и удовлетворенность трудом. Во второй группе сосредоточены люди сохраняющие потенциал, обогащаемый уважением со стороны окружающих, высокой самооценкой. Потенциал их не падает, так как приобретение опыта совместной деятельности, способность принимать решения, нести ответственность связаны с активизацией делового потенциала»[5]. Другими словами, существуют две группы пожилых, разница между которыми заключается в уровне социально-трудового потенциала.

Исследования ИСЭПН РАН показывают, что пожилые люди в России представляют значительный, но не востребованный обществом ресурс. 39,2% опрошенных представителей старшего поколения хотели бы продолжать работу. От 1,6 до 8% надеялись иметь собственное дело, от 1,2 до 7% конкретно пытались создать свой бизнес, 18,8% пожилых мужчин и 6,9% пожилых женщин желают научиться работать на компьютере, 36,8% мужчин и 28,5% женщин хотят на добровольной основе выполнять различную работу, отвечающую интересам их ближайшего окружения (проект «Старшее поколение как фактор формирования гражданского общества и экономического развития России»). Так, 19,4% опрошенных пожилых людей работают, при этом в возрасте 60–64 г. продолжают работать 40% респондентов. К 69 годам число работающих сокращается до 23,6%, а в 70 лет и старше составляет 2,9%. Во всех возрастных группах работающих пенсионеров мужчин больше, чем женщины [3, 25]. Представленные данные, свидетельствуют о том, что пожилые люди имеют потребность в социальной включенности, так как это связано с уровнем и качеством жизни.

В сфере финансов дискриминация по возрасту проявляется в том, что людям пожилого возраста, даже работающим, ограничен доступ к кредитам. Большинство банков прекращают выдачу кредитов с наступлением пенсионного возраста (55 лет - женщинам и 60 лет - мужчинам), но некоторые банки не выдают кредиты даже 50-летним. Правда, в последние 2–3 года в вопросах кредитования пенсионеров появились позитивные сдвиги. Например, в Сбербанке готовы выдавать автокредиты пенсионерам с условием их погашения до наступления 75-летнего возраста. В других банках (Альфа-банк, Совкомбанк, Русский стандарт и др.) также появились специальные программы по кредитованию пенсионеров [3, 76]. Как видно, пожилые люди сталкиваются с проблемами в сфере кредитования. Однако, принят ряд мер направленных на преодоление этой проблемы, суть которых заключается создании специальных условий для кредитования пожилых.

Для большинства представителей молодежи пожилые люди ассоциируются с «негативным» прошлым, преградой на пути модернизации. По мнению многих исследователей, общественное положение старого человека постоянно ухудшается. Уважение к старости, бывшее правилом в прошлом, в наше время исчезает, уступая место безразличию или даже вражде. По мнению известных геронтологов, дискриминация стариков, существовавшая у примитивных народов на заре зарождения цивилизации, в современном обществе претерпела изменения по форме, а не по сути отношения к старым людям. В условиях социального регресса старость становится обесцененным периодом жизни людей [4]. Можно сказать, что авторитет пожилых, который был раньше, сегодня исчезает.

Таким образом, можно утверждать, что тенденция к увеличению числа пожилых людей налицо. Уровень занятости лиц старших возрастов обусловлен целым рядом причин, одной из которых является сложившиеся стереотипы и отношение со стороны руководства. Исследования свидетельствуют о том, что пожилые люди имеют потребность в социальной включенности, поскольку это неразрывно связано с повышениям уровня и качества жизни.

Список литературы:

1. Мусина-Мазнова Г. Х. Социальная геронтология: теория и практика: учебное пособие / Г. Х. Мусина-Мазнова. – Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом «Астраханский университет», 2012. – С. 16-17.
2. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Старшее поколение. [Электронный ресурс]. –Режим доступа:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/# (дата обращения: 11.11.2016).
3. Старшее поколение как ресурс социально-экономической модернизации России / Под науч. ред. чл.-корр. РАН Н.М. Римашевской. - М.: Экономическое образование, 2014. - С. 19, 25, 59, 76, 77
4. Старовойтова Л.И. Пожилые в современном обществе: преодоление стереотипов // Человеческий капитал, 2015. № 8 (80). - С. 108
5. Шаталова Н.И. Трудовой потенциал работника: проблемы, функционирование и развитие. - Екатеринбург: УрГЭУ, 1998. С. 85–86

УДК 316.346.32-053.9(571).53

Брикунова О.О.
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ОДИНОЧЕСТВА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРИРОДНО-РЕСУРСНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ)

В данной статье рассматривается проблема одиночества пожилых людей. Особое внимание автор уделяет профилактике данного состояния с помощью применения методов анималотерапии.

Ключевые слова: *одиночество, старение, пожилые люди, анималотерапия, животные*

Brikunova O.O
Irkutsk State University, Irkutsk, Russia

PREVENTING LONELINESS OF ELDERLY PEOPLE WITH THE USE OF NATURAL RESOURCE (ON THE EXAMPLE THE IRKUTSK REGION)

This article is devoted problem of loneliness of elderly people. Special attention the author is paid to prevention of this condition by applying methods of animal-assisted therapy.

Key words: *loneliness, aging process, elderly, animalotheraphy, animals.*

В настоящее время наблюдается тенденция к постарению населения планеты, согласно прогнозам Демографического отдела ООН в ближайшие десятилетия пожилые люди будут самой быстро растущей категорией населения Земли [6].

Данные Росстата за 2016 год показывают, что доля лиц старше трудоспособного возраста составила 35163,4тыс., что на 2729,9 тыс. чел больше чем в 2012 году [9].

Современная демографическая ситуация в Иркутской области также характеризуется динамичным увеличением доли лиц пожилого возраста. С 16,7% в 2002 году до 18,8 % в 2015 году. В регионе в настоящее время проживает 465,6 тыс. граждан пожилого возраста. Средняя продолжительность жизни составляет 65,5 лет (мужчины – 59,0 лет, женщины – 72,1 года) [8].

Быстрый рост доли лиц пожилого возраста привёл к появлению такой социальной проблемы как: одиночество пожилых людей.

Проблема одиночества для пожилых людей является актуальной и практически значимой так как, выход на пенсию, потеря социальных связей, отдаление взрослых детей от родителей и множество других обстоятельств, приводят к тому, что пенсионер начинает чувствовать себя одиноким, забытым и некому не нужным, теряет смысл жизни [3].

Основным причинам появления проблемы одиночества являются:

1) слабое состояние здоровья, не позволяющее человеку покидать пределы квартиры и затрудняющее самообслуживание;
2) отсутствие семьи и близких людей;
3) очень ограниченный круг общения.

Для профилактики данного состояния, мы считаем, необходимо применять природно-ресурсные технологии. С давних времён известно, что взаимодействие с растениями и животными может облегчить жизнь, как отдельным индивидам, так и самым различным слоям и группам общества [2].

К наиболее популярным, на сегодняшний день природно-ресурсным технологиям можно отнести: садовую терапию, ландшафтотерапию, а также анималотерапию. На анималотерапии мы хотим остановить особое внимание, так как считаем, этот цивилизованный научный метод является наиболее эффективным в профилактике одиночества пожилых людей [2].

Научно доказано, что общение с животными оказывает сильное влияние на эмоциональное состояние и поведение как здоровых, так и больных людей [4].

Многие зарубежные учёные проводили исследования на тему положительного влияния животных на эмоциональное и физическое состояние человека. Так итальянский учёный, Перетти в 1991 году изучил 128 пожилых людей и выяснил, что многие из них говорили о животных, как о лучших или единственных друзьях [1].

Американский учёный П. Рейна проводил исследование с целью изучить, являются ли домашние животные и общение с ними фактором улучшения психологического состояния пожилых людей, и есть ли связь между социализацией пожилых людей и присутствием или отсутствием домашнего животного. Исследовалась группа людей в возрасте 65 лет и старше (средний возраст 75 лет). В результате исследования учёный пришел к выводам, что владельцы животных чувствовали себя намного лучше, чаще поддерживали близкие отношения с другими людьми и были более активны, чем те, кто не общался с животными [1].

В городе Иркутске и Иркутской области методы анималотерапии ещё только начинают внедряться в работу некоторых учреждений, но мы уже можем говорить о положительных результатах.

Так, например, в Шебертинском доме-интернате для престарелых и инвалидов с 2015 года в работу с пожилыми людьми были включены отдельные виды анималотерапии.

Поскольку учреждение удобно расположено в лесной зоне, у пенсионеров есть возможность совершать прогулки, слушать пение птиц, общаться с собаками и кошками, которые гуляют с хозяевами близлежащих домов. Кроме того в комнате отдыха Шебертинского интерната находятся аквариумы с подводными ландшафтами и яркими рыбками, что создает благоприятный психологический климат, влияющий на душевный комфорт пожилых людей. Также психологами интерната регулярно проводятся групповые занятия с непосредственным участие животных [7].

Общаясь с животными, пожилые люди перестают чувствовать себя одинокими, забытыми и никому не нужными, у них появляются новые интересы, расширяется круг знакомств [7].

Ещё одним положительным примером применения методов анималотерапии в Иркутской области может служить ОГБУСО «Веста», где одиноким пожилым гражданам предлагается поучаствовать в проекте под названием «Анималотерапия».

Участники данного проекта, отмечают, что им удалось избавиться от чувства страха, агрессивности, а также таких состояний как одиночество и беспомощность [5].

Пожилые и старые люди более подвержены риску переживания тяжелых утрат, чем молодые. Одинокий пожилой человек чаще сталкивается с множеством практических и психологических проблем в быту и хозяйстве [3].

Домашние животные могут стать решением этих проблем, так как общение с животными способно оказать благотворное влияние на человека: успокоить и расслабить, снизить чувство тревожности, страха, одиночества.

Список литературы:

1.Демидас А.В.Социальные аспекты влияния животных на психику и здоровье пожилых людей/А.В.Демидас// Основные парадигмы современного социально гуманитарного знания: материалы регион.науч.-практ.конф./Амурский гос. ун-т.- Благовещенск,2013.-С.172-176.

2.Решетникова Е.В., Туринцева Е.А. Природо-ресурсные технологии в социальной реабилитации: монография / Е.В. Решетникова, Е.А. Туринцева, – Иркутск: Изд-во «Оттиск», 2014. 87 с.

3. Сорокина Л.Я. Некоторые аспекты жизнедеятельности пожилого человека: учеб.метод. пособие /Л.Я.Сорокина- Иркутск : Иркут.ун-т , 2008.-107 с.

4. Смолова Л.В. Психология взаимодействия с животными и её применение в психолого - социальной работе/Л.В.Смолова// Экология человека.- 2007.-№ 6.-с 45-47.

5. Комплексный центр социального обслуживания населения «Веста» офиц. сайт [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://vestaan.ru/

6. Новый пенсионер – свободный пенсионер [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.pencioner.ru/news/detail/novosti_iz_regionov/irkutsk-kursy-dlya-pozhilyh-glamur-onlajn-poliglot-i-drugie

7. Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Шебертинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»- офиц. сайт [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://shebertinski-ru.1gb.ru/innovacii/animaloterapiya/

8.Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области [Электронный ресурс] Электронные текстовые данные - Режим доступа: http://irkutskstat.gks.ru/

9. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] Электронные текстовые данные - Режим доступа: http://www.gks.ru/

УДК 371.65

Бузина Л., Рошл С.

Бранденбургский технический университет, г. Котбус, Германия

"КАК МЫ ХОТИМ ЖИТЬ? ЭТИЧЕСКИЕ ДЕБАТЫ В МУЗЕЕ ". ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ МУЗЕЕМ В ДРЕЗДЕНЕ

Buzina L., Röhl C.

Brandenburg University of Technology, Cottbus, Germany

«HOW DO WE WANT TO LIVE? ETHICAL DEBATES IN THE MUSEUM» AN EDUCATIONAL PROGRAM FOR SCHOOL CHILDREN PROVIDED BY THE HYGIENE MUSEUM IN DRESDEN

In the article, one of the educational programs of the Hygiene museum in Dresden is considered and a short overview on the individual aspects addressed in the program is provided.

Key words: *hygiene museum, medical heritage, educational program, sustainable development, ethics.*

The United Nations Organization in its resolution from September 25, 2015 outlined 17 global goals for the sustainable development of our world until 2030. One of the stated goals is to ‘achieve good health and well-being for all age groups’. Museum concepts dealing with the topic of hygiene contribute to the realization of this objective in full scope, because they educate the population in terms of hygiene, medical issues, and related aspects concerning a healthy lifestyle through the preservation and promotion of medical heritage.

The Hygiene Museum in Dresden, founded in 1912, is unique in its kind. It combines the permanent exhibition “The Human Adventure” (German: Abenteuer Mensch), which tells visitors about the human body and mind and the place of the individual in society with the interactive children's museum “Five senses” (German: Fünf Sinne) where young visitors can get acquainted with the details of how hearing, smelling, tasting, touching and seeing function. Unique temporary exhibitions devoted to acute issues of our time, such as the exhibition on uncontrolled consumerism, “Fast Fashion”, which took place from December 2015 to July 2016 attract special attention by the public. The Museum in Dresden is a social platform for cultural and scientific dialogue: seminars and conferences on a wide range of issues are being organized, concerts and

theatrical performances take place, social events and scientific meetings are being held. Particularly noteworthy are the museums educational programs, which aim at the wide audience of school children of all ages.

It is worth noting, that depending on the age of participants of the respective tour groups, specific interests and preferences the museum offers special programs with different thematic focuses in the permanent exhibition. Besides the regular program for school field trips there is a functioning laboratory, where young 'researchers' can conduct experiments (e.g., investigate the human DNA and try 3D modelling). Dr. Carola Rupprecht, head of the department for education and communication, notes that with the help of these programs "young people acquire not only knowledge but also social, emotional and cognitive competences" [1].

In this article, the authors would like to highlight one of the programs of the museum, "How do we want to live? Ethical debates in the museum" (German: Wie wollen wir leben? Ethische Debatten im Museum). This program is designed for pupils of middle and high school. During field trips in frames of this program, school children are introduced to the permanent exhibition from the perspective of ethical, legal and social aspects of the modern scientific and technological development. The program is organized in the form of panel discussions, role-playing games, quizzes and individual tasks. These field trips can be carried out in order to complement school subjects such as ethics, religion, biology, law, politics, history, and social studies. Discussing ethics means discussing aspects relating to a set values present in a society as well as considering what one's own ethical standards are based upon. Both aspects are equally being addressed by the Hygiene Museum in Dresden with their program while at the same time being presented in a way that makes the complexity of these topics accessible to school children.

In the following sections, a short overview will be provided on the individual aspects addressed in the program.

"Decide on your own!" (German: Selbstbestimmt!). In frames of this field trip, the topics of idealization of the human body, sexuality and drug abuse are touched upon. After visiting the exhibition, school children participate in discussions on the topic of their responsibility in making their own decisions and consider the role of public opinion in the formation of behavioral features.

"Man-Society-Ethics. How do we want to live?" (German: Mensch-Gesellschaft-Ethik. Wie wollen wir leben?). In our opinion, it is the most interesting field trip. The participants are divided into several groups. The task of each group is to respond to a number of ethical and legal issues using the exhibits of the permanent exhibition. School children are supposed to discuss the urgent and controversial issues present in modern day societies in connection with ethics, such as those associated with mental health disorders, childbirth and death. Afterwards, they participate in a discussion and present their results in the form of a plan for self-guided tours through the halls of the museum.

"To die with dignity. Questions about death" (German: Sterben in Würde. Fragen zum Ende des Lebens). School children are told personal stories of people with incurable diseases, and are being asked questions about the meaning of life and the right to choice, dignity and dependence on others. The children first visit the permanent exhibition on their own, and later on discuss questions of life and death as well as legal and ethical issues of euthanasia.

"Beauty and perfectionism" (German: Schönheit und Perfektionierung). In our view, this topic deserves particular attention nowadays as children and young adults are increasingly being confronted with unrealistic body ideals in the media. The participants examine and give their opinion about the correlation among identity, mass media and consumerism in the modern world. During the lesson, they also learn about how the idea of beauty has changed over time.

"How do we want to live? Ethical debates in the Museum" is just one of the many educational programs of the Hygiene Museum in Dresden. The unique educational programs of the museum are devoted to the topics of morality, health, relationship with the environment and the individual's place in the society. "In the German Hygiene Museum, we deal with such topics not only to convey knowledge, - Klaus Vogel, the director of the museum, says - but also to reflect on the eternal question "How do we want to live?" [1, c.7].The program "How do we want to live? Ethical debates at the Museum" is very popular and gathers a large number of participants (for example, over 3000 young people attended the program in 2015) [2].

In addition to programs for German students, the museum offers special tours and audio guides in foreign languages (English, French, Czech, Polish and Russian). Visitors can touch many exhibits and interact with these in some cases. It is interesting that all elaborated tours, both in German and in other languages, help to perceive a permanent exhibition from different points of view and interpret questions of everyday life in different ways. Visitors can return for repeated times, as the various educational programs offer a wide range of topics and allow to address the items on exhibit under different aspects, thereby each time providing new insights.

2000 square meters and about 1300 exhibits of the museum form a platform for cultural dialogue, social interaction, and creative development. The Hygiene Museum in Dresden is a truly an outstanding museum that is better to be referred to as an interactive complex, due to the all-encompassing themes of its work. The social and educational activities of the museum in Dresden clearly can serve as a model for museum didactics.

Referenzliste:

1. Rupprecht, C. Bildungsangebote Schuljahr 2016/17. Dresden: Deutsches Hygiene-Museum, 2016. c.5.
2. Wingender, C. Tätigkeitsbereich 2015. Dresden: Neue Druckhaus Dresden GmbH, 2016. c. 52.

УДК [614.39:303.62]:616.89-008.441.44-039.71(476]

Букин С.И., Сурмач М.Ю.

Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ САМОУБИЙСТВА, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье по данным опроса жителей Гродненской области изучено отношение населения к проблеме самоубийства и востребованность системы здравоохранения в профилактике суицидов.

Ключевые слова: *самоубийство, профилактика, отношение населения, система здравоохранения.*

Bukin S.I., Surmash M.Yu.

Grodno Regional Clinical Center "Psychiatry-narcology ", Belarus
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

AWARENESS OF POPULATUIN ABOUT PROBLEM OF SELF-MURDER AS A MEASURE OF MEDICAL AND SOCIAL EF-EFFICIENCY OF HEALTH SYSTEM PREVENTIVE MEASURES

Population's attitude to the problem of suicide and the demand for health care systems in the prevention of suicide are studied in the article, according to the survey of inhabitants of Grodno region.

Key words: *suicide, prevention, attitude of the population, the health care system.*

В современных условиях, когда каждое из государственных ведомств самостоятельно осуществляет мероприятия антисуицидальной направленности, оценить непосредственное влияние действий системы здравоохранения на суицидальную активность прикладными методами статистического анализа не представляется возможным. При этом информированности населения о проблеме самоубийств и востребованность профилактических ресурсов системы здравоохранения могут рассматриваться как показатели, косвенно отражающие медико-социальную эффективность профилактических мероприятий антисуицидальной направленности в системе здравоохранения.

Цель: по данным опроса жителей Гродненской области оценить отношение населения к проблеме самоубийства и востребованность системы здравоохранения в профилактике самоубийств.

В 2014 - 2015 годах нами проведено когортное аналитическое исследование отношения жителей Гродненской области к самоубийству с использованием оригинального авторского опросника. Анкета прошла пилотажное исследование и утверждена комитетом по биомедициской этике Гродненского государственного медицинского университета. Целевая группа сформирована с

использованием районированной сплошной выборки. Критерием включения было согласие респондента на участие в опросе, критерием исключения из исследования – нежелание респондента участвовать в опросе на любом этапе (случаи исключения не зарегистрированы). Из общего количества анкет в 25 отсутствовали ответы более, чем на 10 из 27 вопросов, и в 15 случаях в качестве места анкетирования респондентами указано место их работы (ОАО «Свитанак», ОАО «Щучинский маслосырзавод» и др.). Эти анкеты в анализе не учитывались (выбраковка составила 2,5%). В анализ включены данные опроса 1602 жителей Гродненской области в возрасте от 18 до 70 лет.

В целевую группу вошли сотрудники производственных предприятий г.Гродно (ООО «Азот» (А, n=259, 24,7%) и ОАО «Скидельский сахарный комбинат» (ССК, n=113, 10,8%)), медицинский персонал (МП, n=292 (27,9%)) и пациенты стационарных и поликлинических учреждений здравоохранения (П, n=206, (19,7%)) Гродненской области. В контрольную группу вошли студенты УО «Гродненский государственный университет им. Я.Купалы» и УО «Гродненский государственный аграрный университет» (С, n=178, 17,0%)), как возрастная категория с наиболее низкой частотой самоубийств. Характер районирования выборки обусловлен необходимостью объективизации ее результатов. Основная группа разделена на однородные по параметрам включения в исследование части, с использованием в соответствии с целями работы социальной неоднородности респондентов: высоко- и низкорентабельное предприятие (А и ССК); медицинский персонал и пациенты, как субъекты и объекты социальных отношений.

Материальный достаток респондентов оценивался по общему доходу на одного члена семьи: менее 1,5 млн. BYR (5,8 тыс. RUB); 1,5 млн.–3,0 млн. BYR (5,8 тыс.-11,5 тыс. RUB); 3,0 млн.–4,5 млн. BYR (11,5 тыс.-17,3 тыс. RUB); 4,5 млн.–6, 0 млн. BYR (17,3 тыс.-23,0 тыс. RUB); 6,0 млн.–7, 5 млн. BYR (23,0 тыс.-28,8 тыс. RUB); 7,5 млн.–9,0 млн. BYR (28,8 тыс.-34,5 тыс. RUB) и более 9,0 млн. BYR (34,5 тыс. RUB).

Для обработки данных использовался статистический пакет прикладных программ «SPSS Statistics 17.0», «Microsoft Office Excel» (Analysis ToolPak).

Общие характеристики респондентов оказались следующими. Большинство (81,6%) респондентов - в возрасте от 18 до 50 лет; 59,6% из них – женщины; 81,7% городские жители; 34,6% имеют высшее образование; 22,8% - незаконченное высшее образование, 36,4% - среднее (11 классов). Почти 85% большую часть жизни прожили в городе. Совместно с 2–3 сожителями проживает 61,2%; 55,0% состоят в браке, 34,0% - холосты, 6,0% - в разводе; исповедуют православие – 60,5%, католицизм – 27,8%; полная занятость у 68%, не работает 22,3%; дети есть у 62,1%; доход на одного члена семьи в месяц составляет у 37,7% 1,5-3 млн. BYR, у 26,3% - 3-4,5 млн. BYR.

Общие результаты анализа данных опроса свидетельствуют о том, что 60,2% респондентов настроены категорично против самоубийств, 20,5% относятся негативно. Около 80,8% никогда не думали о суициде, 96,3% не совершали попыток самоубийства. У 72,3% респондентов нет сведений о том, кто-либо из знакомых совершал самоубийство.

В качестве наиболее легкого способа суицида 44,5% выбирают «порез вен и отравление». В качестве основного возможного мотива совершить суицид 50,7% респондентов выбирают «желание уйти от проблем». В качестве причин самоубийства респонденты отмечают также такие, как «депрессия» (17,1%), «психическая болезнь» (13,8%) и «тяжелое заболевание» (11,6%). Почти половина (49,9%) респондентов отмечают, что отношение к самоубийству на протяжение ряда лет у них не изменилось, и оно является «проявлением слабости характера».

В качестве первой помощи кризисном психологическом при состоянии 31,4% выбирают обращение к близким и родственникам, 41,8% обратятся к психологу, психотерапевту (в т.ч. ТД).

Чуть менее половины (41,6%) респондентов считают наиболее компетентным в вопросах профилактики здравоохранение. Остальные указывают на социальную службу (27,6%), систему образования (13,7%); 62,1% выбирают систему здравоохранения, как ведомство, компетентное в оказании помощи при возникновении суицидальных мыслей.

В качестве личных особенностей бессонницу или повышенную сонливость отмечают 10,6%, внезапные приступы гнева – 10,2%, высокое чувство долга – 9,1%, очень высокую тревожность – 8,6%, осознание своих трудностей – 7,5%. Почти 42% отмечают легкость в адаптации к изменяющимся внешним условиям, 31,3 – высокую работоспособность, 38,1% - наличие цели в жизни и стремлении в ее реализации, 27,1% - внимательное отношение к своему здоровью. Большинство (75%) считают себя обычными людьми, достаточно успешными в жизни. Более половины (54,1%) осведомлены об основной идее веры, но не исполняют обряды.

Для последующего анализа вопросы анкеты по смыслу были условно разделены нами на «формальные» - характеризующие социальный статус респондента, «констатирующие» - отражающие отношение и «ориентированные» - вопросы, предлагающие сделать выбор соответственно мировоззрению. Ответы на «констатирующие» и «ориентированные» вопросы разбиты на три группы: «соответствующие» - ожидаемые ответы с позиции доминирующей нравственности и морали, «неявные» - ответы избегающего характера и «закрытые» - ответы, имеющие агрессивный характер.

Наиболее популярными у респоднентов являлись «соответствующие» ответы «констатирующих» и «ориентированных» вопросов.

Для обобщения результатов анкетирования, проведен кластерный анализ удельного веса ответов на «ориентированные» вопросы. В результате сложилась картина отношения населения к суицидам. Согласно данным опроса, среднестатистическое мнение таково: наиболее доступный способ совершения суицида - отравление либо способы, приводящие к существенному изменению прижизненного внешнего вида; основной мотив совершения - призыв о помощи и желание уйти от проблем; непосредственно подтолкнуть к суициду может тяжелое заболевание (в том числе, психическое) и чувство беспомощности, безысходности; при возникновении мыслей о самоубийстве нужна помощь медицинских работников либо нужно обратиться к близким и родственникам.

Таким образом, в Гродненской области самоубийство общественным мнением определяется, как следствие расстройства здоровья, возникающее по независящим от человека причинам. Отношение населения к самоубийству в целом можно охарактеризовать как негативное, но суицид допускается как социальное явление. Именно система здравоохранения и медицинский персонал лидируют в общественном мнении как ответственные за профилактику суицидов.

УДК 364.3

Бурмаа О.

Международный университет Улан-Батор, Улан-Батор, Монголия

ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ РАЗНИЦЫ ГРУПП В МОНГОЛЬСКОЙ СОЦИОЭКОНОМИКИ

Burmaa O.

International University of Ulaanbaatar, Ulaanbaatar, Mongolia

TRENDS OF DIFFERENCE CONSUMPTION GROUPS IN MONGOLIAN SOCIOECONOMICS

Summary: *It is proposed to classify consumers in Ulaanbaatar city by residential property in different consumption groups, define its current situation and prospect. Research of groups was done in 6 levels according to method that classified apartment by consumers` income based on decision of Minister of Ministry of Road, Transportation, Construction and Urbanization, make a reproduce in statistic data of 2005-2015 and characterized structure of whole market. Prospect until 2020 of structure of different consumption groups was estimated by multiple factors regression analysis and using granger standard. Changed of groups structure prospect and macro marketing policy influences to it were concluded by analyses result.*

Keywords: *Different consumption groups, current situation, trend*

***Introduction*:** Different consumption group is partially studied in international practice by theory of economy, demography and marketing science including number of family members, educational level, employment status, ages and family life cycle. We studied family residen-

tial situation based on previous sample survey result due to it has less opportunity to define different consumer groups by abovementioned method, insufficient statistic data, not complied with state management policy and make unrealistic results for our country.

Table 1 - Housing classification depends on family income

Situation of family housing	Minimum squire of housing (m²), number of room					
	1	2	3	4	5	6 and more
High	-	-	-	88	96	120
Middle	40	50	60	70	78	-
Simple	30	36	44	-	-	-

***Main part*:** Housing classification was studied according to "Construction norm and rule of Mongolia" approved by decision 418 of Minister of Ministry of Road, Transportation, Construction and Urbanization dated to December 23, 2010 because of generally consumer residential situation was classified in two typed including "ger, firing house and apartment" in "Family social and economic research" of National Statistic Committee is not sufficient to purpose of this research (Table 1).

Resource: "Construction norm and rule of Mongolia" and "Drawing and planning of apartment construction", Appendix 418 of Minister of Ministry of Road, Transportation, Construction and Urbanization dated to December 23, 2010.

Apartment price was divided into 3 groups it is need to reveal detailed high income groups according to market segmentation theory of marketing science users. For this research, different consumption groups were divided into 4 classes of apartment district and 2 classes of ger-district because it is appropriate that user segmentation must have a composite structure in business environment. (Table 2)

Table 2 - Methodical basis to define difference consumption groups based on housing situation.

Citizenship	Number of group	Type of housing	Squire
Apartment, district, town	6	Private apartment and penthouse	120 m² and more
	5	Apartment	88-120 m²
	4	Apartment	45-88 m²
	3	Apartment	44 m² and less
Ger district	2	Brick house	-
	1	Ger	-

Resource: Classification used in primary research

Family income and per capita consumption is linear dependent with housing situation, working on housing situation of 284845 households of 6 central districts of Ulaanbaatar city. In other words, housing situation and family usage increases by consumer income increase. It has economic basis that define different consumer groups by their housing situation.

Percent of total family usage of different consumer groups of Ulaanbaatar city is shown in 3 tables, estimating "Sample research of family income, expense and living standard" and "Social and economic research of family" date of National Statistic Committee of Mongolia as of last decades.

Table 3 - Percentage of different consumer groups in consumer market, 2005-2015

Different group	Rate of household										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	18.4	18.9	22.1	20.8	24.4	23.9	26.9	25.7	22.9	22.5	21.0
2	40.3	39.9	38.6	38.8	40.6	40.4	39.8	37.3	33.2	31.6	30.8
3	27.5	27.1	24.7	24.1	21.9	22.0	18.6	18.3	21.6	23.2	25.0
4	13.5	13.6	13.8	15.4	12.1	12.9	13.0	17.3	20.6	20.9	21.1
5	0.3	0.4	0.6	0.7	0.7	0.6	1.2	1.0	1.1	1.2	1.4
6	0.0	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.5	0.3	0.5	0.6	0.6

Resource: "Sample research of family income, expense and living standard" and "Social and economic research of family" 2005-2015, National Statistic Committee of Mongolia

Families live in over 120m^2 considered the highest usage of different consumer groups in consumer market in 2000 were not included in the research and high consumption group represents the highest consumption groups. Otherwise, the highest consumption groups cover less than 0.02 percent of total family usage. Comparing rate of different consumer groups in of total family usage in 2015 with data 11 years ago, medium consumption group decreased by 0.5 ops, groups less than medium by 9.9 ops, less consumption group by 1.4, consumption group more than medium increased by 9.3 ops, high consumption group by 1.0 ops and the highest consumption group increased by 0.5 ops.

Defining further tendency in total family usage of different consumer groups of Ulaanbaatar city based on multiple factor regression analysis, make a list of factors, forecast and do regression analysis.

Multiple factor regression analysis

1. Data

Rate and factors influence to low, below medium, above medium, high and the highest family usage 6 groups in family usage included evaluated by regression linear equation. Data was estimated by E-Views 11.0 program using dynamic data of 2005-2015.

- Rate in total family usage of low consumption group - y_1
- Rate in total family usage of lower medium consumption group - y_2
- Rate in total family usage of medium consumption group - y_3
- Rate in total family usage of upper medium consumption group - y_4
- Rate in total family usage of high consumption group - y_5
- Rate in total family usage of the highest consumption group - y_6
- Population /thousand people/ - x_1
- Income per capital /thousand tugriks /MNT/- x_2
- Real income of a family - x_3
- Number of food product type used - x_4
- Number of nonfood product type used - x_5
- Number of service type used - x_6

2. Type selection

Factors influences to rate of in total family usage of the group are defined by granger standard. Granger test tests reason, consequence and correlation between two variables. Main matter of this test that change of x runs before y if x influence to y. Otherwise, x variable will be reason of y variable and not materialize in opposite. Evaluate following equation ascribing y to backward variables In order to check that x does not influence to y.

$$\Delta y_t = a + \sum \beta \Delta y_{t-1} + \sum \gamma \Delta x_{t-1} + \varepsilon$$

For above type:

$H_0 : \gamma_1 = \gamma_2 = ... = \gamma_k = 0$ calculation will be made.

3. Type evaluation

Equation parameters were evaluated by the lowest quadrate after type defined.

Different consumption group	**Evaluation**
Low consumption group	Y_1 = 0.0226787638348*X_1 (-2)
Lower middle consumption group	Y_2 = -0.00104208904972*X_2 (-1) + 42.4445280784
Middle consumption group	Y_3 = -0.0285542388967*X_1 (-2) + 51.4040902893
Upper medium consumption group	Y_4= 0.00188147129122*X_2 (-1) + 0.00872182310432*X_3 (-1) + 0.228345829894*X_5 (-1) - 0.0195467343511*X_3 (-2)
High consumption group	Y_5= 0.00239703558858*X_1 (-1) - 1.79458405147
Highest consumption group	Y_6= -0.00552886350156*X_4 (-1) + 0.00843989967126*X_6 (-1)

4. Further estimation

Further estimation was done on situation that 10 average growth kept of independent variable using [1]-[6] equation evaluation.

Table 4 - Percentage in total consumption of different consumer groups, Further estimation until 2015-2020

Year	Rate in difference consumption groups					
	low consumption group	lower middle consumption group	middle consumption group	upper middle consumption group	high consumption group	highest consumption group
	y1	**y2**	**y3**	**y4**	**y5**	**y6**
2010	23.9	40.40	22	12.9	0.6	0.2
2011	26.9	39.80	18.6	13	1.2	0.5
2012	25.7	37.30	18.3	17.3	1	0.3
2013	22.9	33.20	21.6	20.6	1.1	0.5
2014	22.5	31.6	23.2	20.9	1.2	0.6
2015	21.0	30.8	25.0	21.1	1.4	0.6
2016*	20.8	28.6	25.6	22.9	1.4	0.7
2017*	21.5	27.3	26.6	22.3	1.5	0.8
2018*	21.7	26.7	25.6	23.6	1.6	0.8
2019*	24.3	23.9	24.8	24.4	1.7	0.9
2020*	22.6	24.2	25.0	25.3	1.9	0.9

By further estimation in 2015-2020 of rate in total family usage of different consumer groups in Ulaanbaatar, it tends to rate of low consumption group in 2015 than 2014 decreased by 1.5 ops, below medium consumption group by 0.8 ops and medium consumption group increased by 1.8 ops, above medium consumption group by 0.2 ops, high consumption group by 0.2 ops. Seeing on further estimation, it needs to reduce number of families live in ger housing. For below medium consumption group that decreased by 8.0 ops and medium consumption group by 3.4-4.8 ops, housing situation of consumers in Ulaanbaatar city and it tends to increase number of population lives in apartment district. Therefore rate of the highest consumption group increased by 0.3 ops and about 950 families subject to high consumption group.

Conclusions: Population in Ulaanbaatar trends to increase by population census influences directly to structure of different consumption group. It tends that rate of the highest consumption group will increases by 0.3 ops, high consumption group by 0.5 ops, above medium consumption group by 4.2 ops, below medium consumption group decrease by 6.4 and low consumption group by 1.6 ops.

References

1. Монгол Улсын Үндэсний статистикийн хороо. Дэлхийн банк. 2013. *"Өрхийн нийгэм эдийн засгийн судалгаа"*-ны тайлан. Улаанбаатар хот.
2. Монгол Улсын Үндэсний статистикийн хороо. Дэлхийн банк. 2012. *"Өрхийн нийгэм эдийн засгийн судалгаа"*-ны тайлан. Улаанбаатар хот.
3. Монголын Улсын Үндэсний статистикийн хороо. 2002. "Хүн амын амьжиргааны доод түвшинг тогтоох аргачлал". Улаанбаатар хот.
4. Монгол Улсын Үндэсний статистикийн хороо. 2003-2013. "Өрхийн орлого, зарлагын судалгаа". Улаанбаатар хот.
5. Намжил.Т. 2010. *Монгол гэр бүлийн харилцааны өнөөгийн байдал*. НХХЯ, Философи социологи, эрх зүйн хүрээлэн, НҮБ-ын хүн амын сан. Улаанбаатар хот.
6. Энхцэцэг.Ц. 2012. *"Монгол Улсын дундаж анги"*. МУИС-Эдийн засгийн судалгаа, эрдэм шинжилгээний хүрээлэн. Улаанбаатар хот.
7. Ядуурлыг бууруулах үндэсний хөтөлбөр. 2004. *Улаанбаатар хотын ядуурал ба шилжих хөдөлгөөн.* Монгол Улсын Засгийн Газар. НҮБ-ын хөгжлийн хөтөлбөр. Улаанбаатар хот. 58-64 хуудас.
8. Martin Ravallion & Micheal Lokshin. 2003. *On the Utility Consistency of Poverty lines*. World bank policy research. Washington, DC. http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-3157

УДК 364.3

Бурцев О.П.
Автономная некоммерческая организация «Социальная экспертиза»
Бурцева Э.В.
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

В статье указывается, что процедура независимой оценки качества находится в стадии становления. В связи с этим предстоит решить целый ряд проблем, которые возникают и выявляются в процессе проведения исследований качества предоставляемых услуг.

Ключевые слова: *независимая оценка качества, социальная сфера, социальные услуги.*

O. Burtsev
Autonomous nonprofit organization "Social Expertise", Ulan-Ude, Russia
E. Burtseva

Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

SOME PROBLEMS OF THE INDEPENDENT ASSESMENT OF THE SERVICE QUALITY PROVIDED IN THE SOCIAL SPHERE

The article points out that the procedure of an independent assessment of the quality is under development. In this regard, a number of emerging problems which have been identified in the course of the research on the services quality must be solved.

Key-words: *independent assessment of the quality, social sphere, social services.*

Система независимой оценки качества регламентирована Федеральным законом от 21 июля 2014 года № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования».

Независимая оценка качества в социальной сфере направлена на получение сведений о деятельности социальных учреждений, предоставляющих услуги, а также о реализации форм и методов обслуживания с позиции потребителей социальных услуг.

Формирование системы независимой оценки качества предоставления услуг учреждениями системы социальной сферы в настоящее время определяет основные подходы к выявлению качества оказания услуг, прежде всего, с позиции их получателей.

Проблема контроля качества услуг, предоставляемых учреждениями социальной сферы, не только достаточно актуальна в настоящее время, но находится в спектре внимания общественности. При этом взгляд на данную проблему долгие годы, начиная с периода перестройки, претерпевает постоянные изменения в связи с быстрорастущими потребностями не только в рамках одного отдельно взятого государства, но и мирового сообщества. Приходится констатировать, что современная система оказания социальных услуг в России далека от высокого уровня качества. Поэтому решение проблемы должно затрагивать интересы, как непосредственных получателей социальных услуг, так и общества в целом. Отсюда возникает необходимость в повышении значимости такого механизма исследования, как независимая оценка качества.

Понятие независимой оценки качества не является абсолютно новым для системы социальной сферы. Оно достаточно давно используется, например, в образовании. Многим знаком термин НСОКО. Вместе с тем, оценка качества, которую ранее проводили в образовательной системе, являлась внутренней процедурой, и поэтому не отражала полную объективную картину состояния дел в образовании. Т.е. проводилась оценка качества системы, без учета мнения общественности.

Современная система оценки качества услуг, оказываемых в системе социальной сферы, реализуется с учетом интересов «заказчика» и «потребителя» социальных услуг. Т.е. это оценка, которая дается не Министерством, либо Департаментом, а оценка, данная обществом.

Процедура независимой оценки качества является многоэтапным процессом. В первую очередь определяется организация – оператор, которая будет проводить исследование. Федеральный закон № 256-ФЗ четко определяет полномочия такой организации: это организация, которая осуществляет сбор, обобщение и анализ информации об организации, предоставляющей социальные услуги (образования, здравоохранения. социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта).

В ходе организационного этапа формулируются цели и задачи исследования, разрабатываются организационный план и программа исследования. В программе определяются объект и предмет исследования, рассчитывается выборочная совокупность респондентов, которая формируется случайным бесповторным способом и должна быть репрезентативной по своей социально-демографической структуре. Далее организация – оператор организует подготовку методического инструментария для проведения исследования и осуществляет отбор независимых экспертов для проведения процедуры оценки качества.

На основном этапе исследования организуется сбор информации полевым (экспедиционным) способом с выездом в учреждения и регистрацией корреспондента у руководства организации. Эксперты встречаются с непосредственными клиентами организаций, изучают информационные источники, характеризующие деятельность учреждения, взаимодействуют с коллективами и администрацией организации. В случае необходимости дополнительно проводятся телефонные опросы среди получателей услуг и представителей общественности.

На заключительном этапе исследования массив полученной информации подвергается обработке. Анализ и интерпретация результатов исследования позволяют подготовить акты обследования и заключения об уровне качества услуг, предоставляемых учреждениями.

Это этапы деятельности организации-оператора. Далее основная деятельность должна быть организована органами исполнительной власти регионального и муниципального уровней (включая деятельность Общественных советов при этих органах) по улучшению качества работы социальных учреждений.

В результате наблюдений и мониторинга с целью независимой оценки качества, которые были реализованы АНО «Социальная экспертиза» в течение 2013-2016 годов, приходится констатировать следующее.

Далеко не во всех социальных сферах начата и проводится процедура независимой оценки качества так, как она определена Законом Российской Федерации. Во-первых, в ряде сфер и регионов не привлекается сторонняя организация-оператор, а экспертиза проводится организацией, подведомственной министерству. Так, например, происходит в Иркутской области, Забайкальском крае, Хабаровском крае и многих других. В этом случае говорить о независимости оценки качества уже не приходится. Фактически потерян смысл «взгляда со стороны», который изначально определен Законом.

Во-вторых, несмотря на имеющиеся методические рекомендации, которые разработаны всеми заинтересованными Министерствами Российской Федерации, происходит «разночтение» закона, что позволяет в некоторых случаях проводить независимую оценку качества без организации-оператора. Так, например, Министерство здравоохранения Республики Бурятия проводит ее следующим образом: в организациях проходит опрос клиентов путем заполнения анкет на сайте учреждения. При этом известны случаи, когда анкеты заполняются медсестрами медицинских учреждений с целью «выдать» количество заполненных анкет. Таким образом, данные, полученные в ходе обработки, не являются объективными и не отражают имеющееся положение.

В-третьих, при подготовке технического задания присутствует «уклон» в сторону социологического опроса, что в корне неверно. Социологический опрос является лишь частью всей процедуры независимой оценки качества, большая часть этой процедуры – это аналитика, опирающаяся на следующие методы: аналитический – в системе социальной защиты; сравнительно-сопоставительный – в системе образования; сравнительно-эмпирический – в системе культуры и аналитико-сопоставительный в системе здравоохранения.

В-четвертых, необходимо отметить, что данная система находится только в стадии своего становления, она не имеет на сегодняшний день научного сопровождения, четкого научного терминологического аппарата, а потому требует активизации научного описания. Отсюда наблюдаются случаи, когда в тех социальных учреждениях, которые получили достаточно высокие оценки, все же констатируются случаи, связанные с некачественным предоставлением социальных услуг населению, т.е. имеются системные нарушения в работе учреждений, которые данная оценка пока не в состоянии фиксировать или предупреждать.

Несмотря на имеющиеся проблемы и недостатки, следует признать, что данная система оценки качества призвана решать множество вопросов по улучшению социального обслуживания. Глава Минтруда России Максим Топилин на совещании с руководителями органов исполнительной власти регионов Приволжского федерального округа определил следующее: «Для организации независимой оценки качества принята вся необходимая нормативная база. Теперь задача каждого региона – сработать таким образом, чтобы эта оценка стала каналом обратной связи между населением и властями, руководителями учреждений на постоянной основе»[2].

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 июля 2014 года № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования».
2. [Электронный ресурс] URL: http://www.rosmintrud.ru/social/nsok/34/ (дата обращения: 27.10.2016).

УДК 364.3

Буянкшинг Б.
Международный университет Улан-Батора, Улан-Батор, Монголия

К ВОПРОСУ ОБ ЭКОЛОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ В МОНГОЛИИ

Buyankhishig B.
International University of Ulaanbaatar, Ulaanbaatar, Mongolia

ISSUES PERTINENT TO ECOLOGICAL EDUCATION IN MONGOLIA

Abstract: *Currently, one of the issues that requires involvement from each nation is ecological globalisation. In this paper, I will attempt to demonstrate the ecological state of Mongolia, tradition of environmental protection and how the Government and relevant agencies treat current ecological education.*

Key words: *Ecological education, tradition, reform,*

Introduction

Ecological state of Mongolia:

Mongolia is the 19th largest country in the world in terms of territory. Three million people populate an area of 1.564.116 sq.km land and the population density per square kilometre is 1.8.

Although the overall density of population is low, 45.8% of the population resides in Ulaanbaatar city, which covers only 0.3 percent of the territory. Therefore, Ulaanbaatar city can be comparable to the global cities with relatively high population density. 64% of the businesses operate in Ulaanbaatar [1]. This overdensity, created by people's desire to seek urban livelihood, leads to overburden in social and public services. As a result, soil, air and water pollution along with waste problems serve as factors affecting the wellness and health of the public. As such, the balance between humans and nature is being compromised in Mongolia, especially in Ulaanbaatar. Same can be said about the environmental condition.

70 percent of the Mongolian territory faces desertification and a shortage of water resources, resulting in decrease of flora and fauna.

According to the water resources census conducted in 2007, Mongolia had 18,610 rivers, lakes and streams, of which 5749 became extinct by 2011. These cover one third of the overall water resources in Mongolia [2]. The last census of water resources was carried out in 2011. Thus, the aforementioned number is on a downward slope currently.

Recent years have seen a regular occurance of natural disasters such as heavy snow, harsh winters, snow and dust storms, forest fires, floods and the influx of pests and rodents.

Tradition of environmental protection in Mongolia as a foundation of ecological education:

Mongolians have a long tradition of living in harmony with nature and protecting the environment.

This tradition is reflected in the lifestyle, customs, rituals, folklores and oral heritages of the people [3]. For instance, the hunting tradition ensures that the gaming is carried out at reasonable level for the household benefit without causing any mass damage to the animal population. Based on intricate knowledge about the mating, birthing and fattening seasons, the gaming was carried out within certain timeframes during the year. Moreover, the produces from the games were used efficiently. It was prohibited to hunt or scare baby animals, gestating animals, animals with their young offspring or birds in pairs. Cutting growing trees, shrubs and plants as well as putting dirty items to the water were also prohibited.

It was strictly prohibited to move stones, cut flora or hunt fauna in areas with stunning natural beauties. Those were all related to the underlying goals to instill environmental protection instincts and ways of harmonizing with the nature throughout the generations.

The matters on proper usage of the resources were reflected in the ancient legal traditions as well. For example, Chapter 398 of Law of Great Yuan Dynasty of Mongolia issued in 1294 commissioned the special protection of natural landmarks such as *Bogd Khan*, *Otgontenger* and *Khan Khentii* Mountains. In 1778, Bogd Khan Mountain was officially mandated for special protection under the initiative of Municipal Minister Yundendorj.

Measures taken by the Government in the areas of ecological education:

The legacy of long standing tradition is mirrored in an array of activities designed for ecological education carried out by modern-day government and nongovernment organizations, educational and other institutions.

Issues of ecology plays an important role in the nation's economy. In recent years, the goal of ecology-oriented economic development has taken centre stage globally. Our country is not an exception to this trend. The government of Mongolia has been putting significant emphasis on the ecology and environmental protection matters and has been implementing various actions in that regard. Article 6, Provision 1 of the Constitution of Mongolia stipulates that, "The land, its subsoil, forests, water, fauna and flora and other natural resources in Mongolia shall belong exclusively to the people and be under the State protection". Furthermore, "National Security Concept of Mongolia" specifies that, "Ecological security means a condition that prevents from negative effects to the living environment and economy caused by changes to environmental and climate as well as misbalances of policies to exploit and protect natural resources".

Since the adoption of "Environmental Protection Law" by the Parliament of Mongolia in 1995, more than 30 legislations concerning the environment have been approved by the Parliament. In this ever changing world, the patriotic spirit has been enriched with new values to protect the natural resources, ensure effective their usage and avoid pollution. The core of public ecological education lies in these efforts. Although, we are faced with ecological crisis, the methods and opportunities to avoid such problems are still available. This can be materialized through public ecological education and promotion of ecological culture.

Current state of ecological education in Mongolia:

Mongolia has been putting emphasis on the ecological education in all of its educational tiers. Mongolian Law on "Environmental Protection" has a separate chapter on "Ecological Education and Awareness", which stipulates:

1. The government shall approve programme to deliver ecological education and environmental protection techniques for the public within the formal and non-formal education system while carrying out activities to ensure its implementation.
2. Measures to provide ecological education and awareness shall be carried out as follows:

The provision of basic knowledge and awareness on environmental protection at pre-school and secondary education institutions; The provision of scientific foundations and legal knowledge on environmental protection and proper exploitation of natural resources at colleges, universities and vocational education institutions depending on their areas of focus; Thepromotion of traditions, customs and legislations on ecological education and environmental protection through media outlets.

Pursuant to Resolution 255 of the Government of Mongolia dated December 24, 1997, a national programme of "Public ecological education" was approved with the purpose of educating the population on environmental harmony and healthy living, proper and efficient usage of natural resources, promotion of aesthetics associated with the environment and eco lifestyles [4]. This programme set forward numerous important goals, which include "Development of secondary school curriculum on elective subject of Ecology for approval and subsequent circulation of the textbooks" as well as "Inclusion of general ecology and environmental protection subject to the college and university courses". As a result of this programme, the ecology and environmental protection subjects taught at secondary and higher education institutions have been playing major roles in development of public ecological education pursuits. Following this initiative, another programme for public sustainable development education (2009-2019) was developed to provide a systematic education of sustainable development, environment and ecology to the public while combining the traditional customs of natural harmony with the international best practices using the technological advancements. This aims to enhance the foundations of the sustainable development in Mongolia through introduction of new approaches for efficient consumption [5]. In accordance with this programme, the curriculum of some higher education institutions in Mongolia offer "Sustainable Development" courses.

Conclusion

A person who lacks ecological education cannot protect the environment. Therefore, it is believed that instilling ecological culture among the young generation is as important as ecological education. As a result, attitudes of people toward the nature can be shifted and current lifestyles can be altered to ensure the continuation of the rich tradition of environmental protection.

References.

1. Statistical news, 2014
2. Report on the environmental state of Mongolia. 2015
3. U.Erdenetuya. Tradition of environmental protection among Mongolians. UB., 2007
4. National programme for public ecological education. 1997
5. National programme for public sustainable development education. /2009-2019/
6. Sh.Ichinkhorloo. Research methodology UB., 201

УДК 364:37:316

Быцко К.А., Маленьких Л.И.

Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

В статье рассматриваются вопросы социально-педагогической деятельности с пожилыми людьми, описаны специальные образовательные программы, призванные помочь лучше ориентироваться пожилым людям в современном обществе.

Ключевые слова: *социальная работа, пожилые люди, социально-педагогическая деятельность.*

Bytsko K.A., Malenkih L.I.

Irkutsk State University, Irkutsk, Russia.

THE CONTENS AND METHODS OF SOCIO-PEDAGOGICAL WORK IN THE SYSTEM WORK WITH THE ELDERLY

The article considers the issues of socio-pedagogical work with older people, described the special education programms designed to help older people better navigate modern society.

Key words: *social work, older people, socio-pedagogical activity.*

Старость - самый парадоксальный и противоречивый человеческий возраст. Иногда считают, что старость, в первую очередь, - это биологический феномен, который сопровождается серьезными психологическими изменениями. Многие исследователи рассматривают ее как совокупность потерь или утрат – экономических, социальных, индивидуальных, которые могут означать потерю автономии в этот период жизни. В то же время отмечается, что это своего рода кульминационный момент аккумуляции опыта и знаний, интеллекта и личностного потенциала пожилых людей, позволяющего им приспособиться к возрастным изменениям[4].

Пожилые люди - генерация лиц старшего возраста, в которой согласно классификации ВОЗ ООН, выделяют четыре подгруппы: собственно пожилые (55-64 года), старые (65-74 года), очень старые (75-84 года), престарелые (85 лет и старше). В некоторых случаях выделяют подгруппу долгожителей (свыше 100 лет.)[1].

Так, по состоянию на 1 января 2014 года, численность пожилых людей (женщин старше 55 лет, мужчин старше 60 лет) в РФ составила 33,7 млн человек (23,5% населения страны). Отмечается увеличение удельного веса пожилых граждан в общей численности населения, сокращение уровня смертности и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране[3].

Для того чтобы работать с пожилыми людьми, нужно знать их социальное положение, психические, материальные и духовные потребности, нужно хорошо представлять их социальные проблемы. Для пожилых людей серьезными проблемами являются:

- ухудшение здоровья;
- материальный уровень жизни;
- получение качественной медицинской помощи;
- изменение образа жизни и адаптация к новым условиям жизни.

Эмоциональное состояние у старых людей могут нарушать и многие другие ситуации. Существенным представляется понимание того, что «трудный старик» это тоже самое, что и «трудный ребенок»: своим поведением он дает понять окружающим, что ему плохо, что не все его потребности удовлетворены. Так что его не следует за это поведение ни преследовать, ни осуждать, а необходимо помочь ему избавиться от трудностей и приобрести душевное равновесие и покой.

Отсутствие контактов с обществом способно вызвать у стариков эмоциональные изменения: упадок духа, пессимизм, обеспокоенность и страх перед будущим. Пожилых людей почти всегда в явном или неявном виде сопровождает мысль о смерти, особенно в случаях утраты близких и знакомых, которые, к сожалению, в пожилом возрасте достаточно часты[2].

Переход человека в группу пожилых очень сильно изменяет его отношение с обществом, изменяются его представления о смысле жизни, о добре и счастье. Образ жизни людей во многом определяется тем, как они проводят свободное время и как они адаптируются в обществе. Полнокровной становится жизнь пожилых людей, когда они занимаются активно общественной деятельностью. В этом смысле необходимо привлекать людей старшего поколения к работе различных обществ, организовывать встречи и т.п.

Установлено, что чем интенсивнее человек работает творчески, тем дольше сохраняется активность его ума, поддерживаются интеллектуальные возможности. Поэтому особенно важно создать благоприятную психоэмоциональную атмосферу средствами культуры образования, общения. Активный образ жизни и участие в общественной деятельности помогают пожилому человеку сохранить и реализовать себя как личность. Однако далеко не всегда люди, вышедшие на пенсию, могут самостоятельно организовать свою жизнь, направить ее в русло общественно полезных, социально значимых акций и инициатив. Научно-обоснованная совокупность образовательных, рекреационных, релаксационных и других программ призвана обеспечить условия, в которых пожилые и престарелые люди могли бы осуществлять полноценную жизнедеятельность. Поэтому смыслом концепции педагогической деятельности в отношения граждан пожилого возраста должно стать включение их в активную общественную жизнь, конкретный живой труд[5].

Социально-образовательная и досуговая деятельность помогает пожилым людям избавиться от одиночества, изменить свою позицию в обществе, сделать ее более заинтересованной, проявлять интерес к делам, происходящим вокруг них. Активная жизненная позиция предоставляет пожилому человеку новые возможности для раскрытия и самореализации собственного творческого потенциала, передачи накопленных знаний и жизненного опыта, как своим ровесникам, так и представителям других поколений.

С целью преодоления негативных представлений относительно преобразований российского общества для пожилых людей создаются специальные образовательные программы, организуются и проводятся мероприятия, призванные помочь им лучше ориентироваться в современной жизни. Организационной базой для реализации образовательных программ, адаптированных в соответствии с потребностями пожилых людей, являются народные школы и университеты, где пожилые люди получают возможность преодолеть социальную изоляцию, устанавливать новые контакты, хорошо проводить свой досуг и получать новые полезные знания. Например, в Иркутской области действует проект - общественная инициатива преподавателей педагогического института ИГУ – Высшая народная школа. Назначение данной школы в том, чтобы помочь человеку, переживающему кризис перехода в статус пенсионера, увидеть перспективы своего развития, изменить себя, помочь себе и другим получить новый шанс насыщенной, здоровой, социально значимой жизни. И всё это может дать человеку неформальное образование.

Люди преклонного возраста придают большое значение организации содержательного досуга. Наибольший интерес вызывают проводимые в центрах социального обслуживания культурно-массовые мероприятия познавательного характера. В настоящее время все большую популярность в работе центров социального обслуживания населения приобретают интегративные методы восстанов-

ления, укрепления и сохранения физического и психического здоровья человека. Одним из таких перспективных методов признана арт-терапия — терапия средствами искусства. Использование арт-терапии вызывает положительные эмоции, помогает пожилым людям преодолевать апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию. Используются следующие виды арт-терапии: музыкотерапия, танцетерапия, сказкотерапия, цветотерапия, звукотерапия.

Социально-педагогические услуги должны проектироваться с учетом особенностей жизненных процессов пожилых людей, совокупности их потребностей, интересов, мотивов деятельности, обусловленных влиянием возрастных и психофизиологических изменений, логикой возрастного развития и угасания жизненного пути. Они направлены на восстановление, поддержание, развитие возможностей клиента по организации собственной полноценной жизни в период поздней взрослости, адекватную оценку им качественных изменений собственного бытия.

Таким образом, цель социально-педагогической работы с пожилыми людьми – обеспечение им возможности в удовлетворении потребности проявить себя как личность, максимально приспособить пожилого человека к окружающей среде и обществу путем обучения навыкам самообслуживания, приобретения знаний участия в общественно полезном труде. Пожилой человек должен улучшать свои социальные связи и духовные потребности.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day.ru / (дата обращения: 05.11.2015)
2. Елютина М.Э. Пожилой человек в образовательном пространстве современного общества / М.Э. Елютина, Э.Е. Чеканова// Социологические исследования. – 2003. - № 7. – С.43-48.
3. Министерство труда и социальной защиты [Электронный ресурс] URL: http://www.rosmintrud.ru/social/vetaran-defence/34/(дата обращения: 06.11.2015)
4. Современная энциклопедия социальной работы/Под ред. академика РАН В.И.Жукова.-2-е изд., доп. И перераб. -М:2008 стр. 157
5. Социально-педагогическая деятельность с людьми пенсионного возраста [Электронный ресурс] URL: http://libraryno.ru/5-8-social-no-pedagogicheskaya-deyatel-nost-s-lyud-mi-pensionnogo-vozrasta-socrabota/ (дата обращения: 06.11.2016)

УДК 331

Великов С., Татаров М., Лазарова М.
Медицинский университет Софии, Болгария

ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ

В данной статье рассматривается осуществление запланированных изменений путем развертывания систематического организационного развития. Все это достигается (создается) на основе планируемых изменений в стратегии и структуре организационной культуры. Ключевая роль играет человек, основываясь на позитивных отношениях между коллегами по работе, достигая тем самым межгруппового сотрудничества.

Ключевые слова: *организационное развитие, ценности, межличностные отношения, человеческие ресурсы;*

Velikov S., Tatarov M., Lazarova M.
Medical University of Sofia, Bulgaria

APPROACH TO MANAGEMENT IN ORGANIZATIONAL DEVELOPMENT

This article discusses the implementation of the planned changes by deploying a systematic organizational development. All this is achieved (created) on the basis of the planned changes in the strategy and structure of the organizational culture. A key role is played by a man, based on the positive relationship between work colleagues, thus achieving intergroup cooperation.

Keywords: *organizational development, values, interpersonal relations, human resources;*

Подходы к управлению и реализация запланированных изменений разворачиваются полностью и систематически в области организационного развития, которое обособлено в качестве независимой области теории, практики и опыта с целью содействия внедрению изменений. Оно предназначено для выполнения запланированных изменений в стратегии, структуре и культуре организации. То, что существенно отличает организационное развитие от других форм перемен, является то, что основной его целью является организационная культура, которая должна соответствовать стратегии и структуре. Организационное развитие предусматривает комплексный подход к управлению изменениями как взаимодействие всех компонентов и факторов, влияющих на организационные изменения. Таким образом, можно решить как проблемы внешней адаптации путем реструктуризации и стратегического планирования, так и внутренней интеграции путем разрешения конфликтов, улучшения группы и межгруппового сотрудничества и внедрения новых ценностей в организационной культуре.

Организационное развитие и особенно его главная цель, а именно, повышение организационной эффективности не является свободной от ценностей, а основывается на широком их признании, в результате взглядов, присущих свободному, демократическому и относительно равноправному обществу. Человеческие ценности, которые затрагивают их трудовую деятельность, оказывают сильное влияние на то, каким образом ведется организационное развитие. Игнорирование проблемы ценностей означает игнорирование существования конфликтов и проблем в организации, что затрудняет их решение. Принятие влияния ценностей делает возможным устранение и дифференцирование (различие) основных конфликтов в современных организациях: различия между индивидуализмом и необходимостью группового действия, между индивидуальной свободой и организационным контролем, между индивидуальными потребностями и организационными требованиями, между бюрократическими моделями организации и требованиями быстро меняющихся условий, гибкости.

Необходимость найти способ сбалансирования противоречивых потребностей и интересов между организацией и индивидом, находит свое отражение в создании системы ценностей, порожденных новыми взглядами людей, работающих в организации. Изменяющиеся ценности соответствуют как потребностям эффективности и сохранения организации, так и индивидуальным потребностям людей в целях их развития.

Основные принципы и ценности в организационном развитии, с одной стороны относятся к людям, как индивидам, членам групп и лидерам, а с другой стороны к людям, как членам общей организационной системы.

Восприятие людей как личностей в организации представляется в виде двух основных принципов в области организационного развития, следуя традиции, заложенной МакГрегором. Первый принцип касается поиска личного развития и роста (если обеспечена среда), которая одновременно поддерживает и мотивирует, т.е. большинство людей хотят стать чем-то большим, чем то, на что они способны до тех пор, пока им будут обеспечены соответствующие условия для изменения и развития. Второй принцип вытекает из первого и он показывает, что большинство людей хотят сделать и способны внести больший вклад в достижение организационных целей, чем на самом деле им позволяют предоставленные условий труда.

Принятие положения, что люди в организации добиваются личного развития и конструктивного вклада, существенно отличается от традиционного подхода, который их рассматривает с позиции «определенных интересов, знаний, навыков и личностных качеств, того, что люди могут приобретать новые знания, дополнительные навыки и даже изменять время от времени свои интересы, но сами редко меняются. Эта точка зрения, подкрепленная соответствующими правилами организации, обеспечивает относительную устойчивость и стабильность лицам с парализующим бизнес воздействием».

Другая позиция относительно динамики в организации представляет собой стратегию разрешения конфликтов, таких как: «выиграть-проиграть» между людьми и группами. Они пригодны и своевременны в определенных ситуациях, но не являются оптимальными для долгосрочных решений большинства организационных проблем в связи с наличием проигравшей стороны. Наилучшим подхо-

дом является решение проблем по «беспроигрышному» принципу и играет фундаментальную роль в программах организационного развития.

Его успешное проведение возможно только тогда, когда учитываются два основных принципа, связанные с трудностями у большинства крупных изменений в организационной культуре. Один из принципов состоит в том, что перемены требуют времени и терпения, а ключевые инициаторы нуждаются в относительно долгосрочной перспективе, другой - что улучшенные характеристик в результате усилий по организационному развитию должно сопровождаться и поддерживаться соответствующими изменениями в общей системе человеческих ресурсов.

Принцип разделения власти заключается в том, что все те, кто зависят от перемен, должны иметь возможность участвовать в процессе принятия решений проектов, влияющих на перемены. Участие в решении и контроль, который работающие упражняют над судьбой организации, создают высокую степень приверженности и устраняет сопротивление переменам. Если руководство придерживается авторитаризма и централизованной власти в решении перемен, растет протест против попыток перемен и блокируются пути для их эффективной реализации. Результатом является чувство отчуждения и обиды у людей, которым дают возможность участвовать и, таким образом, повышает сопротивление запланированным переменам.

Список литературы:

1. Радев, Е., Организационната конкурентоспособност в „Хаоса" на съвременния свят, Десета международна научна конференция, Съвременният модел на Европейският съюз и мястото на България в него, 14-15 юни, 2013 г., Бояна, с. 619-627.
2. Радев, Е., Сътрудничеството и стратегическият мениджмънт в здравеопазването, Десета международна научна конференция, Съвременният модел на Европейският съюз и мястото на България в него., 14-15 юни, 2013 г., Бояна, 1077-1085.
3. Радев, Е., Бонев, И., Некоторые миханизмы, применяемые в области стратегического управления, асистент, доктор наук, Кафедра профилактики, Факультет общественного здравоохранения, Медицинский университет Софии, Респулика Болгария, Четвертая международная научно-практическая конференция „Актуальные проблемы образования и общества", Ярославль, 2013 г.
4. Gostin LO. Public Health Law: Power, Duty, Restraint Berkeley: California University Press/Milbank Memorial Fund; 2000.
5. Guttman N, Salmon CT. Guilt, fear, stigma and knowledge gaps. Bioethics 2004; 18:531-552.
6. Kass NE. An ethics framework for public health. Am J Public Health 2001; 91:1776-1782.

УДК 641

Великов С., Татаров М., Лазарова М.
Медицинский университет Софии, Болгария

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И АВТОНОМНОСТЬ

Темы, затронутые в данной статье, рассматривают различные аспекты автономии при принятии решений, связанных с интервенциями в общей медицинской практике. Акцентируется на взаимоотношениях в традиционной медицине, возникающих между врачом и пациентом, которых требуют биоэтические принципы.

Ключевые слова: *Биоэтика; автономия; патернализм; утилитаризм; Общественное здравоохранение.*

Velikov S., Tatarov M., Lazarova M.
Medical University of Sofia, Bulgaria

HEALTH AND AUTONOMY

The topic discussed in this article discusses, the various aspects of autonomy in decision-making related to interventions in general practice. It focuses on the relationship in the traditional medicine, arising (between doctor and patient) and attaches the receptor that bioethical principles be introduced and applied.

Key words: *Bioethics; autonomy; paternalism; utilitarianism; Public Health.*

Значение, которое придается автономии в дебатах по вопросам биоэтики, связано с проблемами взаимоотношений между врачом и пациентом в клиническом контексте и правами лиц, участвующих в биомедицинских исследованиях. Благополучие отдельного человека и, в частности, его независимость, являются основной темой, порождающей дискуссии в этой области.

В области клинической практики биоэтика вводит принцип уважения автономии пациента, в отличие от традиционной медицинской этики, основанной на принципах благодеяния и патернализма. С точки зрения пациента, автономия является ценностью, которая позволяет ему понять, что в его интересах, а не просто полагаться на то, что доктор считает лучшим. Поэтому можно сказать, что прохождение пути от традиционной медицинской этики до биоэтики позволило более широкое участие в этических дебатах. Такое расширение этических категорий не выходит за рамки общепринятых ценностей, но доминирует принцип автономии.

Аналогичное явление наблюдается в области экспериментальных медицинских наук. Опыты на людях в нацистской Германии, проведенные без информированного согласия участников, прослеживают идею введения принципов автономии и информированного согласия в этой деликатной области. Некоторые исследователи даже считают, что в основе развития биоэтики стоят три основных процесса: проведение исследований на человеке, появление движений за права пациентов и быстрое проникновение технологий в медицину.

Такое понимание биоэтики выразили Bayer и Fairchild. В 70-е годы XX века возникают новые проблемы в медицине. Пожалуй, самым важным является то, что патерналистская роль врача подвергается сомнению со стороны развивающейся медицинской этики, которая стремится найти достойное место концепции автономии. В основе этого нравственного мировоззрения является убеждение, что ни один человек не может быть привлечен к участию в исследовании, независимо от того, насколько оно важно для общественного блага, без его согласия. Таким образом, этика клинических исследований и этика медицинской практики оказываются связанными с точки зрения автономии и индивидуальных прав человека.

Эта индивидуалистическая концепция автономии в области биоэтики, решительно отстаивает свою позицию, несмотря на сопротивление и критику, вытекающие из противостояния идей в политически левой и ориентированной на рынок медицинской помощи. В настоящее время эта тема особенно актуальна, поскольку растущее участие различных заинтересованных сторон в области общественного здравоохранения требует пересмотра позиции биоэтики в здравоохранении.

Действительно, общественное здравоохранение во многом отличается от клинической медицины. Во-первых, с точки зрения основной деятельности, так как клиническая медицина ассоциируется с лечением, в то время как основной целью общественного здравоохранения является профилактика. Кроме того, с точки зрения пациента, клиническая медицина заботится о человеке, в то время как общественное здравоохранение касается населения в целом. И последнее, но не в последнюю очередь, с точки зрения преобладающих ориентаций, в биоэтике преобладает поддержка гражданских свобод и автономии личности, в отличие от утилитаризма и патернализма, которые сопровождают историческое развитие медицины.

Некоторые авторы утверждают, что «общественное здравоохранение скрывает в себе потенциал быть принудительным, подкрепленным даже насильственным путем, позволяющим проведение процедур без получения согласия, которые иначе воспринимаются как должное в клинической медико-санитарной практике». Причиной того, чтобы автономия играла незначительную роль в области общественного здравоохранения, является то, что трудно можно влиять на общество, если кто-то по отдельности отказывается от вмешательства или выбирает нездоровое поведение. Кроме того, достичь информированного согласия в области общественного здравоохранения труднее, чем убедить одного пациента.

Различается и понятие о благе пациента. В клинической медицине врач заботится о конкретном пациенте и работает исключительно для его здоровья. В области общественного здравоохранения достигается очень малая польза от интервенций на фоне рисков, возникающих от такого вмешательства.

Нравственные основы общественного здравоохранения четко выражены Германом Бигсом, известным представителем американского общественного здравоохранения, который сказал: «Правительство США является демократическим, но принятые меры в здравоохранении самодержавны и функции, выполняемые органами здравоохранения, являются патерналистскими по своей природе. Мы готовы при необходимости внедрять и применять этот тип действий, а люди готовы принять их, несмотря на то, что обычно они будут восприниматься как радикальные, если они явно направлены на благо общества».

Позже, Кае пишет, что «медицинский кодекс и этика исследований обычно отдают приоритет автономии личности, приоритет, который не согласуется с практикой общественного здравоохранения». В течение десятилетий правительства и другие социальные учреждения работают в интересах общественного здравоохранения с использованием подходов, некоторые из которых можно определить как «благонамеренное общественное манипулирование». Часто эти действия призваны содействовать укреплению здоровья, как например раннее обнаружение высокого кровяного давления, рака или профилактика рискованного поведения, такого как курение или чрезмерное употребление алкогольных напитков.

Другой подход заключается в том, чтобы сосредоточить внимание на серьезности негативных последствий или опыта. Эти идеи могут быть проиллюстрированы типичными предупреждениями, напечатанными на пачках сигарет, например: «Курение убивает». Связь между курением и смертью курильщика представлена в прямой зависимости, но на самом деле ситуация более сложная. На самом деле, предупреждение должно означать, что согласно статистике, существует вероятность развития рака легких при курении, особенно у людей с генетической предрасположенностью. Именно из-за этого факта известны случаи, когда заядлые курильщики не развивают рак легких и люди об этом знают. Тот, кто интересуется своим здоровьем, не будет оспаривать такого рода информацию, акцентирующую на потенциальным вреде, потому что намерения власти доброжелательны.

Список литературы:

1. Ackerman TH. Choosing between Nuremberg and the National Commission: balancing of moral principles in clinical research. Vanderpool HY, editor. , ed. The Ethics of Research Involving Human Subjects: Facing the 21st Century. Baltimore, MD: Frederick Press; 1996.
2. Beauchamp TE, Steinbock B., eds. New Ethics for the Public's Health New York, NY: Oxford University Press; 1999.
3. Callahan D, Jennings B. Ethics and public health: forging a strong relationship. Am J Public Health 2002; 92:169-176.
4. Faden R., Bioethics and public health in the 1980s: resource allocation and AIDS. Annu Rev Public Health 1991; 12:335-360
5. Радев Е, И. Бонев, Психосоциални аспекти на взаимоотношенията в работната среда; Международно списание по история и философия на медицината, Асклепий Том VIII (XXVII), София 2013 г., №2, изд. Изток-Запад", стр. 132-136.
6. Радев, Е., Новая Европейска политика здравоохранения, „Здоровье 2020", Ярославль, Академия труда и Социальных отношений, Сборник трудов участников Пятой международной научно-практической конференции, т.1 , 2014г.
7. Радев Е, Лоялност и идентификация на личността с организацията - XXXIV, „Интердисциплинарната идея в действие", 30 октомври, 2014, изд. ТЕМТО, гр. София, с.328-331.

УДК 378.064.2

Власык Л.И., Кушнир О.В., Грачева Т.И., Ифтода О.Н., Коротун Е.П.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ЛЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В статье рассмотрены психолого-педагогические аспекты сотрудничества студентов и преподавателей с целью повышения качества лекционного процесса в медицинских вузах.

***Ключевые слова**: медицинский вуз, оптимизация лекционного процесса.*

Vlasyk L.I., Kushnir O.V., Gracheva T.I., Iftoda O.N., Korotun E.P.

Bukovinian State Medical University, Chernovtsi, Ukraine

THE WAYS OF THE LECTURE PROCESS OPTIMIZATION IN HIGHER MEDICAL INSTITUTION: PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT

The psychological and pedagogical aspects of cooperation between students and teachers to improve the quality of the lecture process in higher medical institutions are reviewed in article.

***Key words**: higher medical institutions; lecture process optimization.*

В современных условиях динамического развития медицины необходимым является формирование у студентов-медиков самостоятельного творческого мышления и системы самосовершенствования сложившихся профессиональных умений. Система обучения в высшем учебном заведении представляет собой взаимосвязь деятельности преподавателя и студента.

Ведущей формой организации учебного процесса на теоретических кафедрах в медицинском высшем заведении является лекция, поскольку в учебном процессе складывается ряд ситуаций, когда лекционная форма обучения не может быть заменена никакой другой, при отсутствии сведений по новым проблемам медицины [2].

Излагая студентам учебно-научную информацию во время лекций, преподаватель передает им свои идеи, убеждения, свое научно-педагогическое отношение к медицинской этике и морали, воспитывает профессиональные качества врача.

Цель лекции – формирование ориентировочной основы для дальнейшего усвоения студентами учебного материала, создание фундаментальной базы знаний студентов по дисциплинам, предусмотренных учебным планом. Хотя лекция и не является основным источником информации для студента, она выступает организационно-методологичской базой для всех форм практических и семинарских занятий, особенно в тех случаях, когда материал по конкретной теме не нашел еще отражения в существующих учебниках или некоторые его разделы устарели, или когда отдельные темы программы обучения особенно трудны для самостоятельного изучения. Иногда по некоторым проблемам существуют противоречивые концепции, в которых студенту трудно разобраться [1].

Преимуществами лекционного процесса являются:

- эмоциональное взаимодействие и общение лектора со студенческой аудиторией;
- экономный способ получения знаний в структурированном виде;
- сочетание разных способов восприятия информации (визуального, аудиального и кинестетического) способствует активизации мыслительного процесса.

Поэтому задача лектора – развивать активное внимание студентов, вызывать движение их мысли вслед за мыслью лектора. Учитывая вышеизложенное, лекции должны быть наглядными, с демонстрацией схем, таблиц, с примерами применения теории в клинической практике.

Лекции по теоретическим дисциплинам дают систематизированные основы научных знаний, раскрывают состояние и перспективы развития науки, концентрируют внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулируют их активную познавательную деятельность и способствуют формированию творческого мышления [3]. Однако, хорошего конечного результата при изучении дисциплины возможно достичь лишь в том случае, когда не только преподаватель, но и сам студент проявляет заинтересованность и прилагает усилия в процессе получения знаний.

Целью нашей работы было изучение мнения студентов о путях оптимизации лекционного процесса в контексте преподавания дисциплины «Гигиена и экология». В анонимном анкетировании приняли участие 220 студентов 3-го курса специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия».

Как свидетельствуют результаты анкетирования, мотивацией к посещению лекций в 24,5% опрошенных является возможность лучше усвоить материал практических занятий, в 11,8% - необходимость знания лекционного материала в контексте выбранной

профессии. 63,7% респондентов побуждает прийти в лекционный зал только требование обязательного посещения лекций в университете, что свидетельствует о низком уровне мотивации к обучению. Несмотря на это, только 10,9% студентов пассивно присутствуют в зале. 89,1% опрошенных принимают активное участие в лекционном процессе: 28,2% - привлекает актуальность темы лекции, 40,8% - побуждают прислушиваться хорошие ораторские способности педагога, а 20,1% - мотивированы тем, что лектор ведет практические занятия или осуществляет модульный контроль. 78,1% студентов считают, что улучшить восприятие лекционного материала помогает качественная презентация.

Как правило, каждый лектор в процессе преподавания стремится почувствовать заинтересованность студентов. 50,9% опрошенных отметили, что им интересно узнавать новости медицинской науки, которые не освещены в доступной литературе и на сервере дистанционного обучения в контексте темы лекции, 30,9% - выразили пожелание по поводу более детального освещения вопросов, вынесенных на модульный контроль, а 18,2% - материала, который будут опрашивать на практических занятиях. 56,4% респондентов отметили, что дискуссия в зале облегчает восприятие лекционного материала и обеспечивает лучшее его усвоение, то есть лекция должна быть интерактивной.

Таким образом, основные подходы к преподаванию дисциплины «Гигиена и экология» с помощью лекционного процесса находят одобрение в студенческой среде. В целях дальнейшего совершенствования уровня преподавания необходимо продолжать использование различных интерактивных методов обучения, расширяя рамки традиционализма. При этом следует учитывать, что основной задачей педагога является умение привлечь студента к активному участию в лекционном процессе, побуждение к самостоятельному научно-познавательному мышлению, формированию должной мотивации к изучению предмета. Достижение надлежащего мировоззренческого и методического уровня лекционного процесса возможно лишь при условии профессиональной мобильности лектора, его владения мультимедийными технологиями обучения и современными методиками преподавания. Стиль преподавания должен быть партнерским, предусматривающим сотрудничество, основанное на отношениях взаимного уважения между преподавателем и студентом, их заинтересованности в совместной деятельности, стремлении к конструктивному диалогу и профессиональному совершенствованию обеих сторон.

Список литературы:

1. Захаров Г.А., Какеев Б.А., Филипченко Е.Г. Некоторые аспекты оптимизации преподавания теоретических дисциплин в медицинском вузе // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Т. 21, вып. 2. Медицина, 2016. С.598-602.
2. Имичев В.Н., Семенов С.Н., Петров А.В. Значение лекционного курса в образовательной деятельности // Организационные и методические основы учебно-воспитательной работы в медицинском вузе: сб. науч. статей. Воронеж: Научная книга, 2009. С. 326-327.
3. Приходько Е.А., Зуков Р.А. Лекция, как одно из главных звеньев обучения // Актуальные проблемы и перспективы развития российского и международного медицинского образования. Вузовская педагогика: материалы конф. Красноярск: Версо, 2012. С. 116-118.

УДК 616-002.5

Воронец О.А.
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Республика Беларусь

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

В статье представлены показатели инвалидности населения вследствие туберкулеза легких, рассмотрены контингент инвалидов, тяжесть инвалидности и нуждаемость в реабилитации.

Ключевые слова: туберкулез легких, инвалидность, реабилитация.

Voronets O.A.
National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, Minsk, Republic of Belarus

PRIMARY DISABILITY DUE TO PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF BELARUS

The article presents the indicators of disability due to pulmonary tuberculosis, considered a contingent of disabled people, defined a severity of disability and needs in rehabilitation.

Key words: *pulmonary tuberculosis, disability, rehabilitation.*

В настоящее время туберкулез легких является серьезной медико-социальной проблемой во всем мире в связи с высокими показателями заболеваемости и смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире [2].

По оценкам ВОЗ в 2015 г. произошло 10,4 миллиона случаев заболевания туберкулезом, но лишь 6,1 миллиона случаев выявлены и зарегистрированы, то есть 4,3 миллиона случаев остались упущенными [1]. ВОЗ разработала стратегию, направленную на ликвидацию глобальной эпидемии туберкулеза.

Следует отметить, что туберкулез относят к так называемым социальным заболеваниям, так как на его развитие большое влияние оказывает ряд социальных факторов (условия жизни, образ жизни, вредные привычки и др.). Говоря о туберкулезе, основное внимание уделяется показателям заболеваемости и смертности вследствие данного заболевания. Но следует отметить еще один немаловажный показатель – инвалидность.

При проведении исследования анализировались данные информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» за период с 2011 г. по 2015 г. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel.

За период наблюдения (5 лет) в Республике Беларусь впервые признано инвалидами 2444 человек в возрасте 18 лет и старше, в том числе 2257 пациентов в трудоспособном возрасте (или 92,3% от общего числа признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше). Женщин в возрасте 18 лет и старше первично признанных инвалидами по данной причине было 478 человек (19,6%), мужчин той же возрастной группы – 1966 человек (80,4%). В трудоспособном возрасте (18-54(59) лет) первично было признано инвалидами вследствие туберкулеза легких: женщин – 391 человек (81,8%), мужчин − 1866 человек (94,9%).

Анализ возрастной структуры первичной инвалидности взрослого населения вследствие туберкулеза легких показал, что чаще всего инвалидность устанавливалась в возрасте 30-59 лет (84,4%), пик первичной инвалидности отмечается в возрасте 45-54 года включительно (32,9%). У мужчин пик первичной инвалидности также приходится на возраст 45-54 года (35,9%), у женщин – на возраст 35-44 года (29,9%). Самые низкие показатели первичной инвалидности выявлены в возрасте старше 75 лет (0,9%).

Среди лиц впервые признанных инвалидами туберкулеза легких высшее образование имеют только 4,2 % пациентов. Подавляющее большинство имеет среднее образование – 65,6% и среднее специальное образование – 27,7%. Незначительную часть занимают пациенты с неоконченным высшим образованием (0,5%), начальным образованием (1,2%) и неграмотными являются – 0,7%.

В среднем ежегодно 489 пациентам с туберкулезом впервые устанавливалась группа инвалидности, при этом крайние значения вариационного ряда за исследуемый период с 2011 по 2015 гг. были в пределах от 354 в 2015 г. до 578 в 2012 г. Следует отметить снижение числа лиц, впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза легких с 567 человек в 2011 г. до 354 человек в 2015 г. Снижение численности инвалидов вследствие туберкулеза легких наблюдалось как среди мужского (с 469 в 2011 г. до 281 в 2015 г.), так и среди женского (с 98 в 2011 г. до 73 в 2015 г.) населения. Также снижение показателей наблюдалось среди городского (с 334 в 2011 г. до 212 в 2015 г.) и сельского (с 233 в 2011 г. до 142 в 2015 г.) населения.

В течение всех лет наблюдения в структуре первичной инвалидности вследствие туберкулеза легких превалировало мужское население (среднегодовой показатель: мужчины – 80,4%, женщины – 19,6%). Большинство лиц, признанных инвалидами, проживали в городах – 59,2%, в сельской местности – 40,8% .

Тяжесть первичной инвалидности вследствие рака бронхов и легкого составил 89,0%. В структуре преобладает II группа инвалидности – 87,4%, I группа установлена в 1,6% случаях, а III группа – в 11%.

Анализ структуры тяжести показал, что удельный вес инвалидов I группы снизился с 1,6% в 2011 г. до 1,4% в 2015 г., а инвалидов II группы с 87,7% в 2011 г. до 85,6% в 2015 г., удельный вес инвалидов III группы увеличился с 10,8% в 2010 г. до 13,0% в 2015 г.

Нуждаемость инвалидов в мероприятиях медицинской реабилитации составила 89,4%. Среди инвалидов I группы нуждаемость в медицинской реабилитации составила 84,2%, среди инвалидов II группы – 89,4%, среди инвалидов III группы – 90,3%.

Нуждаемость инвалидов в мероприятиях социальной реабилитации составила 38,2%. Среди инвалидов I группы нуждаемость в социальной реабилитации составила 68,4%, среди инвалидов II группы – 39,3%, среди инвалидов III группы – 25,3%.

Таким образом, проведенный анализ показал, что подавляющее большинство лиц, признанных инвалидами вследствие туберкулеза легких находятся в трудоспособном возрасте (92,3%). Пик первичной инвалидности приходится на возрастные категории от 45 до 54 лет. Обращает на себя внимание уровень образования пациентов, подавляющее большинство из них имеют среднее и среднее специальное образование, то есть трудятся (или трудились) в рабочих профессиях. Подавляющее большинство среди инвалидов следствие данного заболевания являются мужчины. Несмотря на положительную тенденцию в динамике численности инвалидов вследствие туберкулеза легких внимания заслуживает высокая тяжесть инвалидности (89,0%) и высокая нуждаемость в мероприятиях медицинской реабилитации (89,4%).

Список литературы:

1. Туберкулез: информационный бюллетень ВОЗ, октябрь 2016 г. [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int/mediacentre /factsheets/fs104/ru/ (дата обращения: 10.11.2016)
2. 10 фактов о туберкулезе (ВОЗ) [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/ru/ (дата обращения: 10.11.2016).

УДК 364:316.36(571.54)

Вторушина А.В.
Научный руководитель: д.и.н., доцент Гельман В.А.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

РАЗВИТИЕ ИНСТИТУТА ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ В МУХОРШИБИРСКОМ РАЙОНЕ

В статье рассматриваются развитие приемных семей в Мухоршибирском районе.

***Ключевые слова**: семья, усыновление.*

Vtorushina A. V.
Supervisor: ***Gelman V.A.***
East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

DEVELOPMENT OF INSTITUTE OF FOSTER HOMES IN THE MUKHORSHIBIRSKY AREA

In article are considered development of foster homes in Mukhorshibirsky district.

***Keywords:** family, adoption.*

В любом государстве и любом обществе всегда были, есть и будут дети-сироты и дети, которые по разным причинам остаются без попечения родителей. И в этом случае общество и государство берет на себя заботу по развитию и воспитанию таких детей.

Ребенок, потерявший родителей - это особый, по-настоящему трагический мир. Потребность иметь семью, отца и мать - одна из сильнейших потребностей ребенка.

Первые приёмные семьи начали образовываться в Мухоршибирском районе в 2002 году, но их было мало, всего 3 семьи, в то время пережив «лихие» 90-ые, многие семьи только «вставали на ноги». К концу 2005 года их стало 7, в течение 2006 года прибавилось ещё 9 приёмных семей в основном эти семьи проживали в селе Бар. В дальнейшем, благодаря работе специалистов органа опеки и попечительства, специалистов службы сопровождения замещающих семей и СМИ, популяризующих в районе институт приёмного родительства количество семей резко возросло.

В 2007 году сразу в двух поселениях МО СП «Барское» и МО СП «Бомское» на сельском сходе педагоги школ выдвинули предложения коллективно стать приёмными родителями и тем самым спасти школы от закрытия и помочь обездоленным сиротам обрести семьи. В тот год было образовано 12 приёмных семей, в 2008 году к ним прибавилось ещё 9 приёмных семей. Начиная с 2009 года стали образовываться семьи в улусе Хошун-Узур, там инициативу проявили работники реабилитационного центра, после того как 15 октября 2009 года в нащем районе был открыт Хошун-Узурский филиал «Республиканского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних».

В 2010 году «Республиканскую специальную (коррекционную) школу-интернат VIII вида для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» возглавила неутомимый педагог, фанатик своего дела Галина Пурбаевна. В школе создали и реализовали проект «Гостевая семья», впервые на время летних каникул, работники школы разобрали детей по семьям. После этого резко сократились побеги детей из интерната, а 4 работника, после летних каникул подали заявления в ООиП, с просьбой разрешить им организовать приёмные семьи, в 2011 году количество приёмных семей в улусе Галтай увеличилось сразу на 14 семей.

В данное время, на 01 октября 2016 года в районе на регистрационном учёте состоит 91 приёмная семей, в котрых воспитывается 204 приёмных ребёнка. Мухоршибирский район по праву считается лидером среди всех районов Республики Бурятия по количеству приёмных семей. Для сравнения: на втором месте Октябрьский район г. Улан-Удэ – 75 семей, в них воспитывается 121 приёмный ребёнок, Железнодорожный район 59 семей / 81 ребёнок и Советский район 35 семей/ 55 приёмнх детей, соответственно. Из сельских районов на втором месте Джидинский район: 50 приёмных семей, в которых воспитывается 78 приёмных детей и Бичурский район: 43 приёмных семьи в которых воспитывается 74 приёмных ребёнка (данные на январь 2016 г.) В остальных районах количество образованных приёмных семей и воспитывающихся в них детей значительно меньше.

С 01.07.2015 г., году после вступления в силу указа президента Республики Бурятия В.В. Наговицина «О дополнительных льготах приёмным семьям» по которому семьям имеющим 5 и более приёмных детей выплачивается ежемесячное вознаграждение в сумме 24025 рублей ежемесячно, движение приёмных родителей стало приобретать новые очертания: процесс образования новых приёмных семей стабилизировался, но стало расти число семей имеющих 5 и более приёмных детей.

Если в 2014 году таких семей было всего 3: семьи Балдановой Е.А., и Махаевой А.Р. и семья Нетёсовой М.В., в начале 2015 г. к ним добавились ещё 2 семьи: Номтоевой Д.В., Цыдыповой С.Б. На конец декабря 2015 года таких семей уже насчитывалось 11: прибавились семьи: Дамбиевой Д.Н., Тагаровой Р.Д., Дармаевой Ц.Д., Дашидоржиевой Е.Д., Мухутарова О.А., семья Пшеничниковой С.Ф.,. С января 2016 года к ним добавились ещё 3 семьи: семья Благушиной Л.Н., и семьи Бадмацыреновой Ж.Б.. и Дашиевой Ц.Б. и приёмная семья Эрдынеевой О. А. Всего в районе в настоящее время 15 приемных семей с 5-ю и более приёмными детьми.

На данный момент прошли школу приёмных родителей ещё 8 кандидатов, желающих взять в свои семьи ещё приёмных детей, в апреле 2016 года на прохождение школы приёмных родителей записались 16 человек, которые уже имеют положительный опыт воспитания приёмных детей. По сути мы наблюдаем процес образования семейных детских домов, в которых дети –сироты приобретают навыки семейного устройства, которые пригодятся им в дальнейшем для социализации в социуме.

Также имеет место тенденция к усыновлению приёмных детей проживших в приёмных семьях не менее 5 лет: в течении 2015 года подали заявления и прошли процедуру усыновления трое приёмных родителей, несовершеннолетние Андрей, Людмила и Алексей из

приёмных детей стали родными. На начало 2016 года о желании усыновить приёмных детей заявили ещё трое приёмных родителей, им была оказана консультативная помощь специалистами опеки и попечительства, выданы списки документов необходимыхдля получения заключения о возможности стать усыновителями и подачи в суд. Несовершеннолетние Елизавета, Денис и Валерия отныне стали полноправными членами теперь уже родных семей.

Важно отметить тот факт, что дети, уже ставшие совершеннолетними, не порывают связей со своими бывшими приёмными родителями, даже уехав учиться в учебные заведения других районов, приезжают на каникулы в ставшие родными приёмные семьи. Приёмные родители помогают им в оформлении документов при устройстве на работу и обустройстве собственного жилья, как это происходит обычно с родными детьми, что само по себе говорит о необходимости и целесообразности дальнейшего развития института приёмных семей в районе и республики в целом. Так как основной целью данного проекта является социализация и адаптация детей сирот в обществе, укрепление связей с социумом, привитие им навыков в построении в дальнейшем своих семей в соответствии с жизненным опытом, которые они получили в приёмных семьях.

Несмотря на разнообразие имеющихся форм устройства и воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, число таких детей постоянно растет. Государство отстает от инициатив граждан в разработке и принятии новых законодательных актов, регламентирующих новые формы устройства детей. Большая доля детей-сирот воспитывается в условиях, далеких от семейных, и это одна из причин проблем адаптации молодых людей к самостоятельной жизни после окончания учебного заведения. Кроме этого, большинство сирот сталкиваются с проблемами трудоустройства, получения жилья, создания семьи.

Таким образом, проблема сиротства в России остается актуальной и требующей внимания, как государства, так и общества в целом.

УДК 36; 1400

Вяткина Н.В.

Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями Ленинского района, г. Нижний Тагил, Россия

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В ОТДАЛЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

В статье описываются проблемы обеспечения доступности социальных услуг в отдаленных территориях для семей, воспитывающих детей с проблемами в развитии, рассматриваются возможные пути решения данной проблемы. Путем межведомственного взаимодействия, ежемесячных выездов и результатов выездных приемов определен комплекс действий и мер, направленных на обеспечение раннего вмешательства и социальной поддержки семей, воспитывающих детей с проблемами в развитии.

Ключевые слова: *социальная помощь в отдаленных территориях, выездная бригада, раннее вмешательство, доступность социальных услуг.*

Vyatkina N.V.

Rehabilitation center for disabled children and adolescents of Leninsky district of Nizhny Tagil" Russia

PROVISION OF SOCIAL SERVICES AVAILABILITY IN THE REMOTE RURAL AREAS WITH AN AIM OF EARLY INTERVENTION AND SOCIAL SUPPORT FOR THE FAMILIES, WHO HAVE KIDS WITH DEVELOPMENT DISORDERS

The article covers the problems of social services availability in the remote areas for the families, who have kids with development disorders and their possible solutions. By the means of interdepartmental interaction, monthly visits and their results, set of measures and actions has been defined with an aim of provision early intervention and social support for the families, who have kids with development disorders.

Key words: *social assistance in the remote areas, on-site team, early intervention, social services availability.*

Согласно Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы, утвержденной Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 ключевыми принципами являются:

- защита прав каждого ребенка
- партнерство во имя ребенка;
- особое внимание уязвимым категориям детей;
- технологии помощи, ориентированные на развитие внутренних ресурсов семьи.

В современных социально-экономических условиях актуальной проблемой нашего общества является реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в сельской местности.

Если в городах создаются условия для реабилитации детей с ограниченными возможностями и их интеграции в общество, то такие дети из сельской местности выступают одной из наименее социально защищенных групп населения. Причиной этого является удаленность сельских пунктов от городской инфраструктуры, в том числе, и реабилитационных учреждений. Слабая транспортная доступность затрудняет для сельского населения обращение в социальные службы и учреждения, расположенные в городах.

В то же время вызывает особую обеспокоенность сокращение на селе сети образовательных и медицинских учреждений. Семья, воспитывающая ребенка с проблемами в развитии и проживающая в сельской местности, остается наедине со своими трудностями. Где и у кого получить квалифицированную помощь по вопросам лечения и реабилитации? Как адаптироваться к новым условиям жизни, связанным с инвалидностью ребенка, какой стиль воспитания выбрать и как создать развивающую среду в домашних условиях?

Отсутствие возможности заниматься с узкими специалистами: педагогом-психологом, дефектологом, логопедом и низкий уровень информированности родителей об особенностях развития ребенка, признаках детской патологии приводит к позднему обращению за квалифицированной помощью семей, воспитывающих детей с задержкой в развитии, что, в конечном итоге, ведет к более серьезным проблемам.

В связи с этим среди технологий, реализуемых в нашем учреждении, востребованным является выездной прием семей и детей бригадой специалистов на месте, в отдаленных населенных пунктах.

Такие выездные мероприятия стали очень востребованными среди населения и практика решать проблемы детей с отклонениями в развитии с помощью квалифицированных специалистов Центра прижилась в каждом поселке и селе.

На территории Пригородного района находится около 42 населенных пунктов, зарегистрировано 177 детей-инвалидов.

При приеме специалисты выездной бригады решают следующие задачи:

- выявление социально запущенных детей, не готовых к обучению в школе;
- обогащение воспитательного и развивающего потенциала семей, дети которых не охвачены дошкольными учреждениями;
- комплексное изучение проблемы ребенка и семьи с целью определения возможностей и потребностей ребенка в медицинской, психологической, коррекционно-педагогической и социальной помощи;
- оказание ранней помощи детям с выявленными нарушениями в развитии;
- проведение консультации, обучения родителей (законных представителей) с целью активного включения в осуществление реабилитационных мероприятий.
- оказание помощи специалистам в сельских территориях по работе с детьми с особыми потребностями.

Бригада специалистов в составе педагога-психолога, логопеда-дефектолога, социального педагога проводят работу по двум направлениям:

- *с семьями* - для родителей проводятся индивидуальное консультирование по проблемам семейного воспитания, психологических особенностей детей. Раздаются памятки – рекомендации по воспитанию детей, разъясняется порядок поступления в Центр для реабилитации.

Цель этого направления - выявление и решение специфических проблем семьи на ранней стадии;

- *со специалистами сельских образовательных учреждений* - проводятся «круглые столы», тематические информационные встречи по обмену опытом работы по вопросам: «Эффективное взаимодействие с ребенком с ОВ», «Гиперактивный ребенок», «Способы конструктивного взаимодействия с агрессивным ребенком», «Психологическая подготовка ребенка к школе», «Преодоление детских страхов», «Развитие познавательных способностей детей с ОВ».
- *с населением* - специалистом по социальной работе проводятся информационные встречи по темам: «Профилактика ВИЧ-инфекции», «Основные положения ФЗ- 442 «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», «Действия должностных лиц при выявлении фактов жестокого обращения с детьми в семьях», «Детский телефон доверия», «Профилактика жестокого обращения с ребенком в семье».

Цель этого направления работы – обеспечение доступности социальных услуг в едином профессиональном и реабилитационном пространстве, распространение опыта работы с детьми с проблемами в развитии.

Технология оказания помощи выездной бригадой предусматривает следующую последовательность этапов:

- выезд специалистов Реабилитационного центра в соответствии с планом, составленным совместно ГАУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения Пригородного района»;
- первичная оценка развития ребенка и потребностей семьи;
- обсуждение результатов первичной оценки с родителями;
- индивидуальная консультация по работе с ребенком в домашних условиях;
- приглашение на реабилитацию в Центр (по показаниям).

При подготовке каждого «визита» прорабатываются формы межведомственного взаимодействия между всеми участниками выездного приема: ГАУ СО «Комплексный центр социального обслуживания населения Пригородного района», образовательного или дошкольного учреждения, фельдшерского пункта, учреждения культуры (клуба) конкретного населенного пункта, территориальной комиссией по делам несовершеннолетних. Осуществляя межведомственное взаимодействие и стараясь приблизить предоставление услуг к месту проживания сельских жителей, приемы организуются и проводятся на базе сельских школ и детских садов.

Следует отметить, что сельские образовательные учреждения зачастую становятся инициаторами данных выездов, приглашая специалистов и напрямую связываясь с Центром, что говорит о значимости и актуальности проводимой работы для жителей сельской местности.

За три года работы выездной бригады удалось охватить порядка 600 семей, проживающих в сельской местности. Так,
- в 2014 году состоялось 12 выездных приемов, на которых принято 230 человек, поставлено на учет и реабилитировано 19 детей;
- в 2015 году выехали в 10 сельских территорий, принято 299 человек, впоследствии поступило на реабилитацию 27 детей;
- в 2016 году организовано 7 выездных приемов, на которых принято 164 чел, реабилитацию в Центре прошли 9 детей.

Как показывает практика, для родителей и педагогов особенно ценны рекомендации наших специалистов для продолжения занятий с детьми в домашних условиях и в детском учреждении. Максимальный результат, который бы хотелось достичь - это привлечение клиента в Центр для предоставления комплексной реабилитации.

УДК 373.5.091.313:36-051(430)

Гаврии О. Г.
Краматорський економіко-гуманітарний інститут, м. Краматорськ, Україна
Ковальова О.В.
Донбаський державний педагогічний університет, м. Слов'янськ, Україна

ГРУПОВА ФОРМА РОБОТИ ЯК ОДНА ІЗ ГОЛОВНИХ ФОРМ РОБОТИ СОЦІАЛЬНИХ ПЕДАГОГІВ У ШКОЛАХ НІМЕЧЧИНИ

У статті описано особливості використання групових форм та основних методів роботи соціальних педагогів у різних типах середніх освітніх закладів Німеччини.

Ключові слова: *групова форма, груповий метод, метод проектів, шкільний соціальний педагог, діти.*

Gavrysh O.G.
Kramatorsk institute of economics and humanities, Kramatorsk, Ukraine
Kovalova O.V.
State Higher Educational Establishment «Donbas State Pedagogical University», Slovyansk, Ukraine

GROUP WORK AS ONE OF THE MAIN FORMS OF WORK OF SCHOOL SOCIAL EDUCATORS IN GERMANY

In the article the peculiarities of using of group forms and main methods of social specialists' work at different kinds of middle schools in Germany are carried out.

Keywords: *a group form, a group method, a project method, a school social educator, children.*

У Німеччині друга половина XX століття ознаменувалась різкою зміною соціальної політики країни та реформами освітньої галузі. Постійне зростання соціально-економічних проблем вимагало від фахівців соціальної сфери країни знаходити нові шляхи вирішення цих питань, особливо це стосувалось найбільш незахищених верст населення таких, як діти та учнівська молодь. Саме тому, починаючи з кінця 70-тих років, у Німеччині активно розвивається шкільна соціальна робота. Особливе місце у роботі шкільних соціальних педагогів при цьому займає групова робота.

Розкриваючи питання форм та методів роботи німецьких шкільних соціальних педагогів, необхідно підкреслити, що у більшості випадків дуже важко їх розмежувати. Так, соціальна робота з групою чи групова соціальна робота у Німеччині визначається як метод соціальної роботи і як форма соціальної роботи, якщо за критерій береться кількість об'єктів соціального впливу [4].

Аналізуючи практичний досвід роботи соціальних педагогів у різних типах шкіл у Німеччині, підкреслимо, що фахівці соціальної сфери при роботі з учнями формують групи по-різному. Групою може бути: окремий клас, частина класу; тільки дівчата або хлопці з одного класу або з паралелі, декілька невеликих класів, які близькі за віком (наприклад, 5-6 класи, 7-8 класи тощо).

У початковій школі шкільний соціальний педагог дуже часто працює з окремим класом, маючи на меті познайомити дітей один з одним, здружити клас, сформувати стійкі правила дисципліни протягом уроку та на перерві тощо. Для досягнення поставленої мети фахівці соціальної сфери у школах Німеччини зазвичай використовують довготривалі тренінги (від 2 днів до 2 тижнів), протягом яких учні початкової школи звільняються від занять і займаються тільки зі шкільним соціальним педагогом. Популярними є також різноманітні соціальні ігри, елементи театралізації, спільні екскурсії, приймає участь у підготовці та проведенні шкільних свят («Веселе Різдво», «День матері», «Щасливого Великодня!», літні свята, присвячені закінченню школи тощо).

Починаючи з 5 класу, для проведення групових форм роботи керівництво школи включає у розклад уроків соціальні заняття (Sozialtrainingsunterricht) для тих класів, які потребують постійної роботи з фахівцями соціальної сфери. Відвідування цих занять є обов'язковим для всіх учнів класу. На соціальних заняттях піднімаються різноманітні теми та проблемні ситуації такі, як спілкування без насильства, взаємодопомога та взаємодія серед однолітків, подолання забобонів; розвиваються емпатійні вміння; вивчаються соці-

альні норми поведінки, наприклад, ввічливість, тактовність, надійність, а також демократичні правила спілкування один з одним (расова та релігійна терпимість, толерантність тощо) [3].

Для роботи соціальних педагогів у неповних середніх школах, реальних та об'єднаних школах характерним є групова робота за гендерною приналежністю. За для кращого розуміння проблем один одного в цей період більшість шкільних соціальних педагогів використовують метод «День дівчат» та «День хлопців». Фахівці соціальної сфери призначають спеціальні дні тижня у плані групових занять (наприклад, кожен вівторок – день дівчат, кожен четвер – день хлопців), в які діти змінюють свої ролі. Так, дівчата на перервах грають у футбол чи баскетбол, обговорюють машини, а хлопці у свій призначений день вишивають, плетуть, обговорюють модні тенденції тощо. В ці дні представники протилежної статі не можуть приходити до шкільного соціального педагога. Метою таких експериментів є показати особливості кожної статі, так би мовити, з середини.

Різні групові форми соціальної роботи використовують також у професійних школах та гімназіях. Шкільні соціальні педагоги проводять екскурсії по місту та за його межами (наприклад, поїздки до Берліну, Франкфурту- на- Майні, Штутгарту тощо), відвідують з учнями музеї, художні галереї, виставки тощо. З учнями старших класів проводяться профілактичні тренінги з попередження раннього сексуального досвіду, бесіди щодо шкідливості алкоголю та паління, профілактичні програми «Підліток-підлітку», молодіжні «Інтернет-кафе».

Але найпоширенішим методом, який використовують шкільні соціальні педагоги при роботі з групами школярів усіх типів шкіл, є метод проектів. Фахівці соціальної сфери використовують різні проекти. Вони можуть бути тільки на 1 заняття у школі (наприклад, проект «Дружба та кохання», присвячений до Дня св. Валентина), на день поза межами школами (наприклад, сплавляння на байдарках, поїздка до лісу, скелелазіння, проект «Готування» у кафе чи ресторані), на декілька днів (наприклад, проект «Зниження порогів» розраховано на 5 днів) та довготривалі проекти типу «Школа без насильства», реалізація яких здійснюється протягом усього навчального року.

Описавши різні форми групової роботи та деякі методи роботи соціальних педагогів з учнями, нагадаємо, що групову роботу у Німеччині розглядають також як метод соціальної роботи. При цьому необхідно зауважити, що завдяки такому методу відбувається допоміжна діяльність через групові форми взаємодії. Сутність групової роботи полягає у пріоритеті спілкування з іншими дітьми, які мають дещо спільне. Спільна риса усіх груп - взаємодія між дітьми та підлітками, які мають подібні проблеми. У груповій роботі основним засобом впливу виступає група (2-10 особи).

Доктор, професор методики та концепції соціальної роботи (спеціальна вища школа у м. Франкфурті-на-Майні) Мікаель Беніш (Michael Behnisch) у своїх дослідженнях підкреслює, що групи використовують для розв'язання проблем, надання емоційної підтримки та розвитку впевненості в собі. Разом з тим вони можуть бути сповнені фрустрації й напруження. Факторами, що сприяють виникненню таких явищ, можуть бути як індивідуальні риси учня - відлюдькуватість, сором'язливість, замкненість або небажання обговорювати свої проблеми у великому колі однолітків, - так і таке явище, як розподіл ролей, що притаманне будь-якій групі [1].

В останні десятиріччя завдяки реформам у навчанні (впровадження шкіл подовженого дня, обов'язкове соціальне обслуговування дітей у притулках, прийняття законів з соціального захисту дітей у школі та поза її межами) сучасні німецькі дослідники з групової соціальної роботи, а саме Маріане Шмідт-Грунерт (Marianne Schmidt-Grunert), Ебергард Шталь (Eberhard Stahl), Вальтер Лотц (Walter Lotz), Гудрон Майєрхоф (Gudrun Maierhof), Юрген Калчер (Jürgen Kalcher) та інші піднімають у своїх роботах питання щодо впровадження методу групової соціальної роботи у діяльність фахівців соціальної сфери у школі. Вони говорять про те, що такий метод шкільної соціальної роботи сприяє індивідуальному та соціальному визріванню дитини, допомагає розвивати вміння дітей та молоді спілкуватися у суспільстві та будує своєрідний тренувальний майданчик для кооперативної соціальної взаємодії та соціалізації школярів поза межами родини [2].

Отже, можемо зробити висновок, що на сучасному етапі розвитку шкільної соціальної фахівці соціальної сфери Німеччини у своїй роботі з учнями дуже активно використовують групову роботу як форму та як метод роботи. Це допомагає їм надавати більш якісну допомогу та підтримку дітям та учнівській молоді.

Список літератури:

1. Behnisch M. Annährungen an soziale Gruppenarbeit / M. Behnisch //Sozial Extra. Durchblick Soziale Gruppenarbeit. - Berlin, 2014.- H.1. - S.37-40.
2. Kalcher J. Gruppe und Stationäre Erziehung / J. Kalcher // Standpunkt: Sozial. - Frankfurt am Main, 2013. - H. 17.- S.17-22.
3. Maierhof G. Soziale Gruppenarbeit in Ausbildung und Lehre /G. Maierhof // Sozial Extra. Durchblick Soziale Gruppenarbeit. - Bonn, 2014. - H. 1. - S. 41-45.
4. Schmidt-Grunert M. Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung / M. Schmidt-Grunert. - [2., veränderte Auflage]. - Wiesbaden, 2002. - 303 S.

УДК 614:616-084-085

Газиева А.С., Саидхонова А.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В статье рассматриваются вопросы заболеваемость школьников, обследование проводилось болезни дыхательной системы, органов пищеварения, нервной системы, эндокринной и костное мышечной системы. Полученные данные сравнены с результатами изучения заболеваемости учащихся 2001 года.

Ключевые слова: *заболеваемость школьников, детей школьного возраста.*

Gaziyeva A S., Saidkhonova A.M

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

INCIDENCE SCHOOL-AGE CHILDREN

The article examines the incidence of schoolchildren, a survey was conducted of the disease of the respiratory system, digestive system, nervous system, endocrine and musculoskeletal systems. The data obtained are compared with the results of the study of the incidence of students in 2001.

Key words: *incidence of schoolchildren, school-age children.*

Одним из основных принципов сохранения и укрепления здоровья детей и подростков является своевременное определение морфофункциональной зрелости, готовности растущего организма к новым для него условиям и видам деятельности, и организация ее с учетом возраста ребенка, профилактических и оздоровительных мероприятий [1.2.5].

В последние годы за рубежом активизировались научные исследования, касающиеся проблемы здоровья школьников. Наиболее важными представляются исследования, посвященные изучению состояния здоровья детей школьного возраста, в которых определяется влияние на здоровье детей особенностей воспитания, новых форм и методов обучения, микро- и макросоциальных условий, характера производственной деятельности подростков; исследуется роль факторов внешней и внутренней среды в возникновении и предупреждении каких-либо отклонений в состоянии здоровья, особенно аллергических заболеваний, эндокринных нарушений, заболеваний органов дыхания, нервно-психических и других расстройств [4.7].

Цель: Изучена заболеваемость школьников. Полученные данные сравнены с результатами изучения заболеваемости учащихся 2001 года [3.6].

Материалы и методы исследований. Ообследованно 805 детей школьного возраста, обучающихся в школе №28 Алмазарского района города Ташкента. Проведен аанализ физического развития школьников (ф.026), аантропометрия: вес, рост стоя, окруж-

ность груди и соотношение основных показателей физического развития. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с учетом современных требований.

Изучено функциональное состояние органов и пяти основных систем организма, которое оценивалось по результатам анкетирования учащихся. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Анализ полученных данных показывает, что у учащихся преобладают функциональные расстройства со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой системы, органов ЖКТ, аллергическая настроенность.

Таблица 1 - Частота встречаемости функциональных отклонений у обследованных учащихся

Признаки	Учащиеся (n=212)	
	Абс.число	%
1. Головные боли (беспричинные, при волнении, после школы, после физической нагрузки)	128	60,4±4,3
2. Раздражительность, чувство страха	48	22,6±2,7
3. Слабость, утомляемость	123	58,0±3,9
4. Нарушение сна	31	14,6±1,2
5. Головокружения, обмороки	34	16,0±1,8
6. Метеочувствительность	56	26,4±2,7
7. Боли в области сердца, сердцебиение, перебои	35	16,5±2,1
8. Повышение АД	27	12,7±1,5
9. Снижение АД	31	14,6±2,3
10. Частые простуды	33	15,5±2,9
11. Расстройства дыхания (неполный вдох, затрудненный выдох)	47	22,1±3,1
12. Боли в животе	42	19,8±2,8
13. Отрыжка, тошнота, изжога	36	17,0±2,0
14. Нарушения стула (поносы, запоры)	59	27,8±3,4
15. Аллергические реакции на пищу, пыль, лекарства, запахи	17	8,0±1,6

Так, если у детей младших классов на первом месте стоят функциональные отклонения со стороны ЦНС (30,9%), то в средних классах на первое место выходят функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (25,1%). У старшеклассников удельный вес функциональных отклонений со стороны ЦНС 43,1% и ССС 32,7%.

На втором месте у учащихся младших классов стоят функциональные нарушения со стороны ССС (21,4%), а у учащихся средних классов функциональные отклонения со стороны ЦНС (25%). Третью позицию у учащихся младших и средних классов занимают функциональные отклонения со стороны органов пищеварения (11,9 и 19,2% соответственно), а у старшеклассников – нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата (36,2%). На четвертом месте у всех учащихся находятся отклонения со стороны органов зрения: у учащихся младших классов – 4,8%, средних классов – 5,8%, старших классов – 12,3%.

Изучение динамики здоровья является самым объективным критерием оценки воздействия факторов риска на состояние здоровья учащихся. Для обеспечения единства и сопоставимости материалов о состоянии здоровья детей, для описания заболеваемости использовалась международная классификация болезней (МКБ-10).

Изучение динамики заболеваемости школьников (рис.1.) показывает, что в школьные годы идет рост заболеваний нервной системы с 24,6% в начальных классах до 55,7% в старших классах; болезней органов пищеварения с 16,3% в начальных классах до 44,3% старших классах; болезней системы кровообращения с 10,8% до 27,4%.

Комплексная оценка здоровья школьников показывает, что от I-го к IX-му классу уменьшается численность учащихся, относящихся к 1 и 2 группам здоровья, одновременно увеличивается число детей с хроническими заболеваниями, что свидетельствует о

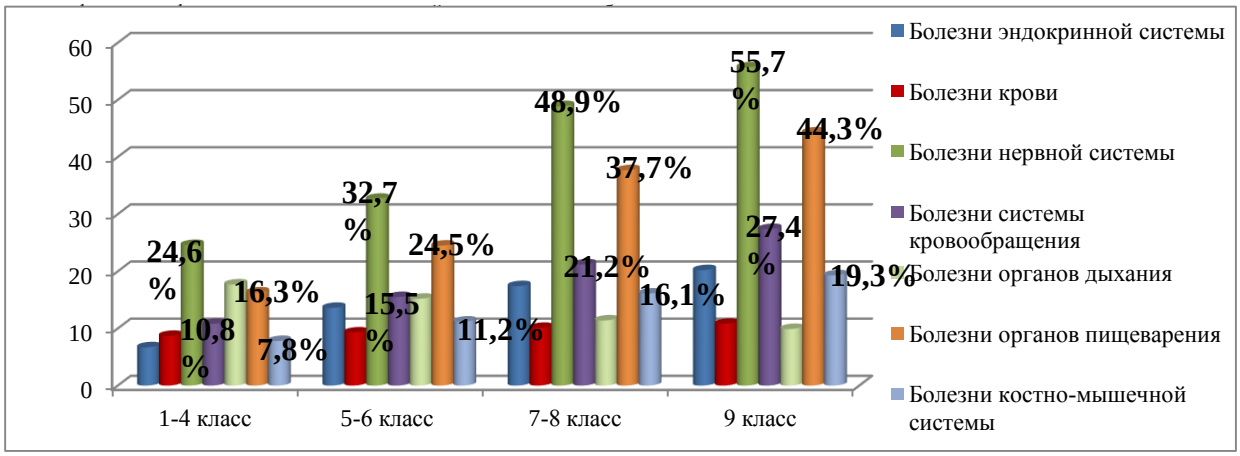


Рис.1. **Динамика заболеваемости школьников**

Таблица 2 - Сравнительные данные состояния здоровья школьников (распределение по группам здоровья) (в %)

Группа здоровья	Данные 2001года	Наши данные
I	43,5	23,1
II	55,3	47,6
III	1,2	29,2

Как видно из таблицы, имеется значительная разница между результатами 2001 года и полученными нами данными: в два раза больше детей, относящихся к первой группе здоровья и в 24 раза меньше удельный вес детей, относящихся к третьей группе здоровья. Сравнительные данные состояния здоровья школьников представлены в табл. 2.

Вывод: Сравнительный анализ структуры заболеваемости учащихся в школьные годы показывает, что на первом месте стоят болезни нервной системы и органов чувств (примерно половину чего составляет ВСД – 42,1 %); на втором месте заболевания органов пищеварения (в основном за счет высокого удельного веса кариеса – 74 %); на третьем месте болезни сердечно - сосудистой системы 27,4%, из которых 2 учащихся были с ВПС, остальные с функциональной кардиопатией, на четвертом месте стоят болезни эндокринной системы (20,2%, из которых составляет гипертрофия щитовидной железы). Высоким являются также показатели заболеваемости крови и кроветворения и органов дыхания. Обращает на себя внимание также высокий удельный вес патологии костно-мышечной системы, складывающийся в основном за счет нарушений осанки и плоскостопия.

Список литературы:
1.Айходжаева М.Б. Факторы риска формирования отставания физического и полового развития детей при хронических заболеваниях органов пищеварения// Патология-Ташкент, 2009 г., № 4 –С. 73-74
2.Алифанова Л. А. Реализация системного подхода к здоровье сбережению и гармоничному развитию школьников // Педиатрия – М., 2007, том 86, №2. – С. 106-109
3.Ахмедова Д.И., Ашурова Д.Т. Охрана здоровья и пути снижения заболеваемости детей в Узбекистане //5 съезд педиатров Узбекистана: Тез.докл. Респ.науч.конф.– Ташкент, 2004. – С. 12-14
4. Камилова Р.Т. Заболеваемость детей г.Ташкента по данным первичных медицинских документов лечебно-профилактических учреждений //Педиатрия. – Ташкент, 2000. - № 2-3. – С. 128
5. Панков Д.Д., Панкова Т.Б. Состояние здоровья школьников выпускных классов (данные профилактических осмотров)//Росс.педиатр.журнал, 2006, №6, С. 10-12.
6. Fantuzzo J, Fusco R Children's direct sensory exposure to substantiated domestic violence crimes //Violence Vict. – 2007. – V. 22. – N 2. – P. 158-71.
7. Grebniak N.P., Nikolaenko V.V., Koktyshev I.V. Standards of health services at child day care centers //Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniiai Istor Med. – 2013. – N 4. – P. :35-8.

УДК:616-073-007.19: 613.955-312

Газиева А.С., Саидхонова А.М
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

СОСТОЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ШКОЛЬНИКОВ ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

В статье рассматриваются определение физического развития школьников по показателей вес, рост стоя, окружность груди и полученные данные сравнены с результатами изучения физического развития учащихся 2001 года.

Ключевые слова: *физического развития, антропометрия.*

Gaziyeva A.S., Saidkhonova A.M.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

STATE OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN SCHOOLCHILDREN THE LAST DECADE

The article deals with the definition of the physical development of schoolchildren indicators weight, standing height, chest circumference and the data obtained compared with the results of the study of the physical development of students in 2001.

Keywords: *physical development, anthropometry.*

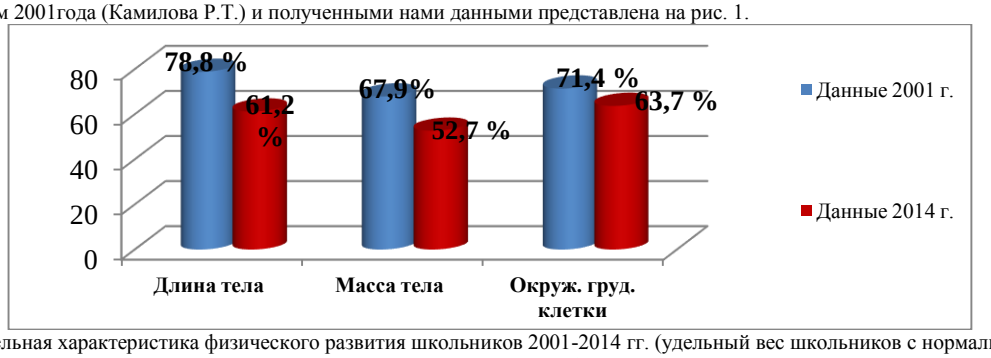
Одним из основных принципов сохранения и укрепления здоровья детей и подростков является своевременное определение морфофункциональной зрелости, готовности растущего организма к новым для него условиям и видам деятельности и организация ее с учетом возраста ребенка, профилактических и оздоровительных мероприятий[***3,*** 1, 2]. Определение морфофункциональной зрелости базируется в первую очередь на оценке соответствия возраста и гармоничности физического развития ребенка[***4***].

Изучение физического развития, как одного из ведущих показателей состояния здоровья школьников и заболеваемости, изыскание методов лечения и профилактики заболеваемости среди них является одной из актуальнейших задач на современном этапе[***5,6, 7***].

За последнее десятилетие в динамике физического развития школьников отмечается следующие изменения: удельный вес школьников с нормальной длиной тела уменьшился на17,6%±1,9, с нормальной массой тела – на 15,2%±1,4, с нормальной окружностью грудной клетки – на 7,7%±0,8 по сравнению с показателями 2001 года [8].

Целью работы: изучение состояние физического развития школьников в последнее десятилетие.

Материалы и методы исследований. Обследовано 805 детей школьного возраста, обучающихся в школе №28 Алмазарского района города Ташкента. Проведен анализ физического развития школьников (ф.026), антропометрия: вес, рост стоя, окружность груди и соотношение основных показателей физического развития. Полученные данные сравнены с результатами изучения физического развития учащихся 2001 года. Сравнительная характеристика удельного веса школьников с нормальным физическим развитием, по данным 2001года (Камилова Р.Т.) и полученными нами данными представлена на рис. 1.



Сравнительная характеристика физического развития школьников 2001-2014 гг. (удельный вес школьников с нормальным физическим развитием)

Анализ удельного веса школьников с отставанием физического развития показывает, что число отстающих увеличилось по всем параметрам физического развития: по длине тела на 14,0%, по массе тела на 14,9%, по окружности грудной клетки на 12,5%. (Рис.2).

Удельный вес школьников с опережением физического развития за последнее десятилетие не претерпел существенных изменений. Отмечается увеличение на 3,6% числа детей с опережением по длине тела и на 4,8% - по окружности грудной клетки.

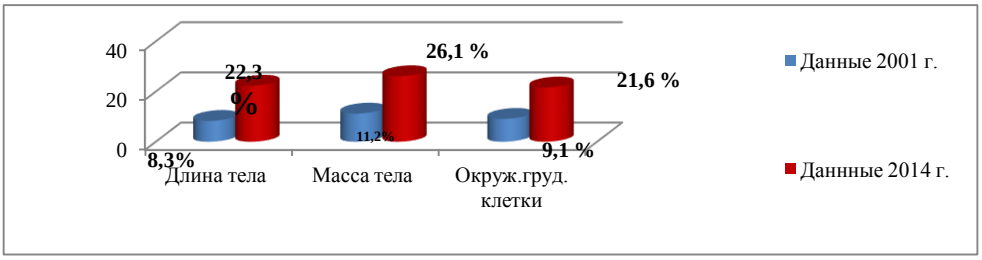


Рис.2. Сравнительная характеристика физического развития школьников 2001-2014 гг. (удельный вес школьников с отставанием физического развития)

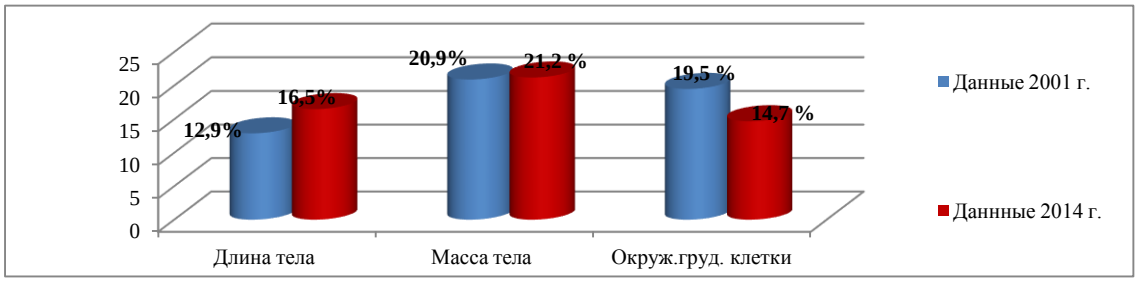


Рис.3. Сравнительная характеристика физического развития школьников 2001-2014 гг. (удельный вес школьников с опережением физического развития)

Резюмируя динамику физического развития школьников за последнее десятилетие можно сделать вывод, что возрастает доля учащихся с дисгармоничным физическим развитием, что согласуется с результатами исследования отечественных и зарубежных исследователей о ретардации физического развития детей.

Выводы: по всем параметрам физического развития у нынешних школьников отмечаются более худшие результаты. Так удельный вес школьников с нормальной длиной тела уменьшился на17,6%, с нормальной массой тела – на 15,2%, с нормальной окружностью грудной клетки – на 7,7% по сравнению с показателями 2001 года. Оценка уровня физического развития учащихся с I по IX классы показывает ухудшение основных показателей физического развития: 61,2%±4,6 учащихся имеют нормальные показатели длины тела, нормальные показатели массы тела у 67,2%±5,1, нормальные показатели окружности грудной клетки -73,8%±6,9.

Список литературы:

1. Ахмедова Д.И. Физическое развитие и состояния здоровья детей, занимающихся спортом//Сб. тезисов VI съезда педиатров Республики Узбекистан, 2009.- С. 109-110
2. Новые подходы к мониторингу здоровья школьников /А.Г. Румянцев, Д.Д. Панков и др.// Российский педиатрический журнал. – М., 2004. - № 3.- С. 4-7
3. Тухтаева О.Т.Особенности состояния здоровья и адаптационных возможностей учащихся в критические школьные годы автореф. канд. дисс. г.Ташкент, 2004-22 с.
4. Баранов А.А., Сухарева Л.М. Особенности состояния здоровья современных школьников//Вопросы современной педиатрии.- 2006.- №5.- С. 4-7.
5. Физиолого-гигиенические аспекты сохранения индивидуального здоровья школьников /Н.П. Сетко, Н.Н. Кузько и др. // Российский педиатрический журнал. – М., 2013. - № 2. – С. 48-49.
6. Физическое развитие и заболеваемость школьников, проживающих в йоддефицитном регионе /А.С. Калмыкова, Н.В. Зарытовская и др.// Российский педиатрический журнал. – М. 2013. - № 6. – С. 10-12.
7. Turck D. Comite de nutrition de la Societe francaise de pediatrie. Breast feeding: health benefits for child and mother. [Article in French]// Arch. Pediatr.- 2005.- 12S3:S.145-S.165.
8. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Family structure variations in patterns and predictors of child victimization //Am J Orthopsychiatry. – 2007. – V.77. – N 2. – P. 282-95.

УДК 316

Ганбаатар Ж., Батсурэн Д., Хоролноров О.
Институт химии и химической технологии, г. Улан-Батор, Монголия

ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛЬНЯНКИ БУРЯТСКОЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ В МОНГОЛИИ

Фитохимическое изучение надземной части Льнянки бурятской привело к выделению и установлению структуры пектолинарина, линариина, метиллинолеата, апигенина, маннитола и пектолинаригенина. Все выделенные соединения идентифицированы спектральными методами.

Ключевые слова: *Linaria buriatica, Scrophulariaceae, ЯМР.*

Ganbaatar J., Batsuren D., O. Khorolnorov
Institute of Chemistry and Chemical Technology, Ulaanbaatar, Mongolia

THE PHYTOCHEMICAL STUDY OF LINARIA BURIATICA GROWING IN MONGOLIA

The phytochemical study on the aerial parts of Linaria buriatica led to isolation and structural elucidation of pectolinarin, linariin, methyl linoleate, apigenin , mannitol and pectolinarigenin. These compounds were identified by spectral analysis.

Keywords: *Linaria buriatica.; Scrophulariaceae, NMR.*

INTRODUCTION

The genus *Linaria*, one of 220 genus of the Scrophulariaceae family, comprises about 200 species [1]. Several *Linaria* species are used in folk medicine in many areas for treatment of various diseases, for example fresh or dried flowers of *L. vulgaris* are used internally to help digestive problems and urinary disorders. Externally, the plant is applied in the treatment of hemorrhoids, ulcus cruris, for ablution of festering wounds, and skin rashes. It is also reported to have anti-inflammatory effect [12] and to treat coughs and asthma [3]. *L. japonica* known under the name “unran” is used as diuretic, purgative [10] and laxative [6]. *L. cymbalaria* is used for its diuretic, tonic and antiscorbutic effects [13].

Previous phytochemical studies on this genus showed the presence of iridoids [7], flavonoids [2], diterpenoids [8], monoterpenoids [11], triterpenoids [5], alkaloids [4] and phenylethanoids [10]. Many biological effects have been reported for some isolated compounds from *L. saxatilis* and *L. reflexa* such as neo-clerodane diterpenoids and flavonoids [14].

As a part of our on-going program of research on Mongolian medicinal plants, we report our results on the phytochemical investigation of the aerial parts of *L. buriatica*, a mongolian folk medicine herb used for the treatment of certain skin diseases [9]. In the present work on the chemical constituents the ethanolic extract of the aerial parts, we have obtained 6 compounds. Mannitol and pectolinarigenin are reported for the first time from this spice. The structures were established by spectral analysis.

MATERIALS AND METHODS

Plant Material

The aerial parts of *Linaria buriatica* were collected in Arkhangai province, Mongolia. The plant was identified by Dr. Urgamal. A voucher specimen has been deposited in the Herbarium of the Institute of biology, Mongolian academy of sciences. Melting points of pure compounds were determined on Stuart SMF-38 instrument. The IR spectra were recorded on a Vector 22 spectrometer in KBr tablet, UV spectra were measured on a Specord UV-Vis spectrophotometer in ethanol ($c = 10^{-4}$ mol/l). NMR spectra of compounds in $CDCl_3$ or CD_3OD were obtained on Bruker AV-300 (operating frequency 300.13 MHz for ^1H and 75.47 MHz for ^{13}C and AV-600 (600.13 and 150.96 MHz, respectively) spectrometers. Proton-proton and carbon-proton shift correlation spectroscopy COSY, COLOC, NOESY were used for structure elucidation of substances. The multiplicity of resonances in ^{13}C NMR spectra was determined by recording spectra in J-mode. A DFS Thermo-

scientific high-resolution mass spectrometer (ionizing electron energy 70 eV, vaporizer temperature 230-280 °C) was used to record mass spectra and determine molecular weights and elemental compositions. Specific rotation $[\alpha]_D$ was measured on PolAAr3005 polarimeter.

RESULTS AND DISCUSSION

Air-dried aerial parts of *Linaria buriatica* (3 kg) were macerated with 70% ethanol at room temperature three times. After filtration, a yellow precipitate appeared in the solution. This precipitate which was filtered, led to the isolation of pectolinarin (40 mg). The filtrate was concentrated and dissolved in H_2O (600 ml). The resulting solution was successively extracted with petroleum ether, $CHCl_3$, EtOAc and *n*-BuOH. In the EtOAc phase yellow needles appeared giving after filtration the linariin (700 mg). The $CHCl_3$ extract (5 g) was further fractioned by silica gel column chromatography, eluted with *n*-hexane containing increasing percentages of EtOAc to obtain ten fractions (F1-F10). F1 (45 mg) and F2 (27 mg) were purified on preparative plates of silica gel *n*-hexane/EtOAc 7:3 and *n*-hexane/EtOAc 8:2 respectively, to obtain methyl linoleate (5 mg) and apigenin (4 mg) respectively. During the concentration, the *n*-BuOH extract gave a white precipitate which was filtered to obtain mannitol (48 mg). Pectolinarigenin was obtained as the result of the acid hydrolysis of linariin. Mannitol and pectolinarigenin are reported for the first time from this spice.

Isolated and identified compounds

Pectolinarin: $C_{29}H_{34}O_{15}$; ^{1}HNMR (400 MHz, DMSO-d_6, δ_{ppm}, *J*/Hz): 12.96 (1H, s, OH-5), 8.05 (2H, d, *J*=8.8, H-2', H-6'), 7.18 (2H, d, *J*=8.8, H-3', H-5'), 6.95 (1H, s, H-3), 6.94 (1H, s,H-8), 5.13 (1H, d, *J*=6.9, H-1"Glc), 4.58 (1H, br. s, H-1'"Rhm), 3.87 (3H, s, 4'-OCH), 3.70 (3H, s, 6-OCH), 1.07 (3H, d, *J*=6.2, CH); ^{13}C NMR (DMSO-d , $_m$) 164.1 (C-2), 103.4 (C-3), 182.4 (C-4), 152.5 (C-5), 132.7 (C-6), 156.5 (C-7), 94.3 (C-8), 152.2 (C-9), 105.9 (C-10), 122.7 (C-1'), 128.4 (C-2', C-6'),114.8 (C-3', C-5'), 162.4 (C-4'), 100.4 (C-1"), 37.1 (C-2"), 75.7 (C-3"), 69.5 (C-4"), 76.4 (C-5"), 65.9 (C-6"), 100.4(C-1'"), 70.4 (C-2'"), 70.8 (C-3'"), 72.0 4'"),(C- 68.3 (C-5'"), 17.7 (C-6'"), 55.6 (4'-OMe), 60.31 (6-OMe); *m/z* 645.1810 $[M+Na]^+$ corresponding to $C_{29}H_{34}O_{15}Na$ (calculated: 645.1795).

Linariin: $C_{31}H_{36}O_{16}$; ^{1}HNMR (400 MHz, DMSO-d_6, δ_{ppm}, *J*/Hz): 12.83 (1H, s, OH-5), 7.92 (2H, d, *J*=9.2, H-2', H-6'), 7.40 (2H, d, *J*=9.2, H-3', H-5'), 6.88 (1H, s, H-3), 6.74 (1H, s, H-8), 5.12 (1H, d, *J*=7.2, H-1"Glc), 4.59 (1H, br. s, H-1'"Rhm), 3.81 (3H, s, 4'-OCH),$_3$ 3.80 (3H, s, 6-OCH_3), 1.91 (3H, s, CH_3CO), 0.77 (3H, d, *J*=6, CH_3Rhm); ^{13}C NMR (DMSO-d_6, 100 MHz, δ_{ppm}) 164.1 (C-2), 103 (C-3), 182.2 (C-4), 152.1 (C-5), 132.7 (C-6), 156.1 (C-7), 94.4 (C-8), 152.3 (C-9), 105.8 (C-10), 122.4 (C-1'), 128.2 (C-2', C-6'),114.6 (C-3', C-5'), 162.4 (C-4'), 99.9 (C-1"), 73.1 (C-2"), 76.2 (C-3"), 69.1 (C"),-4 75 (C-5"), 65.3 (C-6"), 99.7 (C-1'"), 70(C.2-2'"), 68.1 (C-3'"), 73.7 (C-4'"), 66.7 (C-5'"), 20.6 (CHCO), 16.9 (C-6'"), 170.3 (CO), 55.4 (4'-OCH), 60.3 (6-OCH). HRESI-MS (+): *m/z* 687.1899, corresponding to $C_{31}H_{36}O_{16}Na$ (calculated: 687.1901).

Methyl linoleate: $C_{19}H_{34}O_2$; ^{1}HNMR (400 MHz, $CDCl_3$, δ_{ppm}, *J*/Hz): 5.35 (4H, m, H-9, H-10, H-12, H-13), 3.65 (3H, s, OCH_3), 2.80 (2H, m, H_2-11), 2.29 (2H, t, H_2-2), 2.05 (4H, m, H_2-8, H_2-14), 1.61 (2H, m, H_2-3), 1.24 (14H, br. s, H_2-4, H_2-5, H_2-6, H_2-7, H_2-15, H_2-16, H_2-17), 0.9 (3H, t, H_3-18); ^{13}C NMR ($CDCl_3$, 100 MHz, δ_{ppm}) 174.1 (C-1), 127.5 (C-9, C-10, C-12, C-13), 51.3 (OCH_3), 33.7 (C-2), 29.2 (C-4, C-5, C-6, C-7, C-15, C-16), 26.6 (C-8, C-14), 25.3 (C-11), 24.9 (C-3), 23.1 (C-17), 12.9 (C-18).

Apigenin: $C_{15}H_{10}O_5$; ^{1}HNMR (400 MHz, MeOH-d_4, δ_{ppm}, *J*/Hz): 7.89 (2H, d, *J*=8.8, H-2', H-6'), 7.00 (2H, d, *J*=8.8, H-3', H-5'), 6.52 (1H, s, H-3), 6.45 (1H, d,*J*=1.6, H-8), 6.18 (1H, d, *J*=1.6, H-6); ^{13}C NMR (MeOH-d_4, 100 MHz, δ_{ppm}) 163.3 (C-2), 101.2 (C-3), 179.5 (C-4), 162.2 (C-5), 100.3 (C-6), 172.7 (C-7), 95.1 (C-8), 158.23 (C-9), 102.1 (C-10), 118.4 (C-1'), 127.6 (C-2', C-6'), 115.9 (C-3', C-5'), 164.4 (C-4'); *m/z* 269 $[M-H]^-$.

Mannitol: $C_6H_{14}O_6$; ^{1}HNMR (400 MHz, D_2O, δ_{ppm}, *J*/Hz): 4.40 (2H, d, *J*=5.6, 2OH), 4.31 (2H, t, *J*=5.6, 2OH), 4.13 (2H, d, *J*=7.1, 2OH), 3.60 (2H, m, H-1a, H-6a), 3.54 (2H, m, H-3, H-4), 3.46 (2H, m, H-2, H-5), 3.38 (2H, m, H-1b, H-6b); ^{13}C NMR (D_2O, 100 MHz, δ_{ppm}) 71.3 (C-2, C-5), 69.7 (C-3, C-4), 63.8 (C-1, C-6); *m/z* 205.0689 corresponding to $C_6H_{14}O_6Na$ (calculated: 205.0688).

Pectolinarigenin: $C_{17}H_{14}O_6$; ^{1}HNMR (400 MHz, MeOH-d_4, δ_{ppm}, *J*/Hz): 7.94 (2H, d, *J*=8.8, H-2', H-6'), 7.08 (2H, d,*J*=8.8, H-3', H-5'), 6.64 (1H, s, H-3), 6.58 (1H, s, H-8), .88 (6H, s, 2OCH_3); ^{13}C NMR (MeOH-d_4, 100 MHz, δ_{ppm}) 164.4 (C-2), 102.2 (C-3), 182.8 (C-4), 152.5 (C-5), 131.3 (C-6), 157.3 (C-7), 94.1 (C-8), 153.2 (C-9), 104.4 (C-10), 122.8 (C-1'), 128.5 (C-2', C-6'), 114.1 (C-3', C-5'), 164 (C-4'), 59 (6-OCH_3), 54.7 (4'-OCH_3) [39].

REFERENCES

1. Handjieva N. V., Ilieva E. I., Spassov S. L., Popov S. S., *Tetrahedron*, 1993, 49(41), P. 9261-9266.
2. Harborne J. B., Valdes B., *Phytochemistry*, 1971, 10(11), P. 2850-2851.
3. Hua H., Cheng M., Pei X. Li, Y., *Chem. Pharm. Bull*., 2002, 50(10), P. 1393-1394.
4. Hua H., Piao F., Wang S., Qiao X. Li *Shenyang Pharmaceutical University*, 1997, 14(3), P. 219-220.
5. Hua H., Zhang X. Li, H ., *J. Shenyang Pharmaceutical University*, 2000, 17(1), P. 40-42, 48.
6. Kitagawa I., Tani T., Akita K., Yosioka I., *Chem. Pharm. Bull*., 1973, 21(9), P. 1978-1987.
7. Kitagawa I., Tani T., Akita K., Yosioka I., *Tetrahedron Lett*., 1972, 5, P. 419-422.
8. Kitagawa I., Yoshihara M., Tani T., Yosioka I., *Tetrahedron Lett*., 1975, 1, P. 23-26.
9. Khaidav T., Altanchimeg B., Varlamova T.S. (1985), Medicinal plants in Mongolian medicine. Ulaanbaatar
10. Otsuka H., *Phytochemistry*, 1993, 32(4), P. 979-981.
11. Otsuka H., *Phytochemistry*, 1994, 37(2), P. 461-465.
12. PDR for Herbal Medicines (1st ed.). New Jersey: Medical Economics Company, 1998, 1, P. 683-684.
13. San Feliciano A., Gordaliza M., Miguel Del Corral J. M., *Phytochemistry*, 1993, 33(3), P. 631-633.
14. Tundis R., Deguin B., Loizzo M. R., Bonesi M., Statti G. A. *Bioorg. Med. Chem. Lett*., 2005, 15(21), P. 4757-4760.

УДК 364.3

Ганхуяг Г., Д. Нямаа, Г. Цогзолмаа, Ж. Сэргэлэнцэцэг, С. Оюунцэцэг)

Монгол улс, АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургууль

СУВИЛАХУЙН ОЮУТНУУДЫН СЭТГЭН БОДОХ ШИЙДВЭР ГАРГАХ ЧАДВАРЫГ ХАРЬЦУУЛСАН НЬ

Gankhuyag. G., Nyamaa.D, Tsolmontuya. G, Sergelentsetseg. J, Oyuntsetseg. S.

School of Nursing, Mongolian National University of Medical Sciences

TO COMPARE THE CRITICAL THINKING ABILITY OF NURSING STUDENTS

Үндэслэл: Орчин үед хурдацтай хөгжиж буй сувилахуйн шинжлэх ухаанд эмчлүүлэгчийг сувилахад мэдлэг, сэтгэн бодох ур чадварыг хөгжүүлэх болон шинийг эрэлхийлэх шаардлага хэрэгцээ байна.

Зорилго: Сувилахуйн сургуулийн сувилахуйн бакалавр, диплом болон туслах сувилагчийн ангийн оюутнуудын сэтгэн бодох шийдвэр гаргах чадварыг харьцуулсан.

Арга аргачлал: Судалгааг дискрептив correlation загвараар хийсэн бөгөөд судалгаанд төгсөлтийн өмнөх нийт 236 оюутан оролцсон. Судалгааны хэрэглэгдэхүүнд хувь хүний талаарх мэдээлэл болон Watson & Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA) асуумжаар авсан бөгөөд WGCTA асуумжийн найдвартай байдлын коэффицент нь 92% байсан. Судалгааны мэдээллийг SPSS 21 программыг ашиглан хийж гүйцэтгэсэн.

Үр дүн: Бакалаврын ангийн оюутнуудын сэтгэн бодох шийдвэр гаргах чадварын дундаж оноо нь 10.69 байсан. Энэ нь туслах болон дипломын сувилагчийн ангийн оюутнуудын сэтгэн бодох шийдвэр гаргах чадварын дундаж онооноос статистик ач холбогдол бүхий өндөр үзүүлэлттэй байна ($p = 0.018$).

Дүгнэлт: Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд сэтгэн бодох шийдвэр гаргах ур чадварыг сувилахуйн аль ч түвшиний хөтөлбөрт түлхүү оруулж, оюутны сэтгэн бодох шийдвэр гаргах чадварыг хөгжүүлэх шаардлагатай байна.

Түлхүүр үг: сэтгэн бодох шийдвэр гаргах чадвар, сувилахуйн оюутнууд, харьцуулалт

Background: The changing nature of nursing today requires ability in thinking skills to ensure knowledgeable, creative, and sensitive decisions regarding patient care. Critical thinking is the basis of professional nursing practice and is essential in the current complex health care delivery system. The need for critical thinking in nursing has been accentuated in response to the rapidly changing healthcare environment. Nurses must think critically to provide effective care while coping with the expansion in role associated with the complexities of current healthcare systems. However, critical thinking ability has never been studied in Mongolia.

Objectives: The purpose of this study was to compare the critical thinking ability of nursing students enrolled in associate, diploma and baccalaureate programs in Mongolia.

Method: A descriptive correlation design was used and the participants were 236 undergraduate nursing students in School of Nursing, MNUMS in Mongolia. Research instruments included the Demographic Data Form and the Watson & Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA). The Chronbach alpha coefficients of the WGCTA was .92 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, one way ANOVA, and analysis of variance with Scheffe's multiple comparison.

Results: The average critical thinking ability score was 9.69. Bachelor of Science in Nursing (BSN) students scored significantly higher on critical thinking than other 2 groups ($p = 0.018$).

Conclusion: The results of this study would be a valuable contribution for nurse educators to understand critical thinking skills as perceived by nursing students in different program and promote educational strategies to develop the abilities of critical thinking for nursing students.

Key words: critical thinking, nursing students, compare

УДК 378.147:37.013.42

Гарань Н. С., Стрюкова Ю. А.

Донбасский государственный педагогический университет, г. Славянск, Донецкая область, Украина

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

В статье рассматривается проблема подготовки студентов к социальной работе в высших учебных заведениях педагогического профиля. Сделан краткий анализ научно-педагогических работ по исследуемой проблеме.

Ключевые слова: *студенты, социальная работа, система образования.*

Garan N., Stryukove Y.

Donbass State Pedagogical University, Slovyansk, Donetsk region, Ukraine

PREPARATION OF STUDENTS OF PEDAGOGICAL UNIVERSITY IN SOCIAL WORK

The article considers the problem of preparing students for social work in higher educational institutions of pedagogical profile.

Key words: *students, social work, education system.*

Евроинтеграционные процессы, происходящие в Украине, предопределяют глубокие социально-экономические и культурные изменения, а также влекут за собой обновление образовательной парадигмы и выдвигают принципиально новые требования к подготовке специалистов социально-педагогической сферы. Особую значимость на современном этапе развития и реформирования высших учебных заведений приобретает гуманизация учебно-воспитательного процесса, оптимизация обучения, воспитание гармоничной личности, с высоким духовным потенциалом, способной к успешной профессиональной реализации.

Проведенный нами анализ научных работ, педагогической литературы и периодических изданий последних лет подтверждает актуальность рассматриваемой темы. Так, в монографии Безпалько О. были рассмотрены теоретико-методические основы организации социально-педагогической работы с детьми и молодежью в территориальном объединении [3]. Карпенко О. изучала научно-методический и организационно-технологический аспекты профессиональной подготовки социальных работников в условиях университетского образования [6]. Ряд диссертационных работ также был посвящен некоторым аспектам данной проблемы: Абашина А. исследовала вопрос интегративной подготовки студентов к социальной работе с безнадзорными несовершеннолетними [1]; Базаева О. изучала практику социальной работы как социокультурный и педагогический феномен становления будущего специалиста [2]; Бурковская Т. освещала проблему социокультурной адаптации подростков из семей мигрантов [4]; Костєва Т. рассматривала процесс формирования информационной компетентности магистрантов социальной работы в университете [7]; темой научного поиска Пятунина В. стала подготовка студентов факультета социальной педагогики к работе с подростками девиантного поведения [10].

Анализ публикаций в научных изданиях свидетельствует о том, что исследуемая проблема освещалась в следующих направлениях: статья Мартыновой Т. посвящена изучению профессионального становления специалистов по социальной работе; были представлены экспериментальные данные о влиянии ряда социальных и психологических факторов на процесс профессионального становления специалистов [8, С. 183-191]. В работе Гревцова Е. раскрыты возможности образовательной среды ВУЗа для успешного профессионального становления будущих социальных работников. Особое внимание уделено организации профессионального самообразования будущих социальных работников, описанию возможностей курса по выбору в профессиональном становлении студентов [5, С. 249-256]. Степанова Н и Федоров И. исследовали проблемы профессионального становления студентов-психологов и социальных работников. Изучены представления образа профессии «клинический психолог» и «социальный работник» у студентов 1 курса соответствующих специальностей [11, С. 19-22]. Мельниковым Д. была проанализирована проблема ценностей и становления профессиональной философии социальной работы [9, С. 49-52].

При подготовке будущих специалистов в области социально-педагогической работы необходимо формировать у студентов готовность к реальной практической деятельности, навыки самостоятельной работы и профессионального самосовершенствования, умение учитывать условия социальной среды. В связи, с чем возникает насущная проблема формирования профессиональной готовности будущих социальных педагогов к работе в условиях интеграции социальных институций и результативного взаимодействия в решении социальных вопросов.

Заметим, что многое зависит от личности будущего социального педагога, в связи с тем, что его профессиональная деятельность, в первую очередь, ориентирована на практическую работу с различными категориями детей и взрослых. Кроме того, социальные педагоги должны создать систему действенной социальной помощи во всестороннем развитии личности.

Эффективное выполнение профессиональных задач социальным педагогом связано не только с наличием теоретических знаний, практических умений и навыков, но и личностных качеств. Главным является способность работать в команде, сотрудничать со всеми звеньями социальной инфраструктуры, а также первостепенными считать интересы своего подопечного. Для будущего специалиста социально-педагогической сферы необходима готовность к выполнению профессиональной деятельности, что предусматривает решение узкоспециальных вопросов, с учетом существующих социальных проблем, возможностей, компетенций и достижений различных субъектов социальной работы. Такая установка нацеливает преподавателей ВУЗа на подготовку будущих социальных педагогов к межведомственному сотрудничеству, овладение ими содержания и технологий интегрированной, скоординированной социально-педагогической деятельности.

Список литературы:

1. Абашина А. Интегративная подготовка студентов к социальной работе с безнадзорными несовершеннолетними / автореф.дис… канд. пед. наук : 13.00.08 – теория и методика профессионального образования. – М., 2006. – 19 с.
2. Базаева О.Н. Практика социальной работы как социокультурный и педагогический феномен становления будущего специалиста / дис. на соиск. уч. степ. канд. пед. наук: 13.00.08. – теория и методика профессионального образовани. – Брянск, БГПУ, 2001. – 195 с.

3. Безпалько О.В. Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю в територіальній громаді: теоретико-методичні основи: монографія. – К. : Науковий світ, 2006. – 363 с.
4. Бурковская Т.В. Социокультурная адаптация подростков из семей мигрантов / автореф.дис… канд. пед. наук : 13.00.01 – общая педагогика история педагогики и образования. – Брянск, 2003. – 20 с.
5. Гревцова Е Потенциал образовательной среды ВУЗа в профессиональном становлении будущих социальных работников // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. – № 1-2. – 2012. – С. 249-256.
6. Карпенко О. Професійна підготовка соціальних працівників в умовах університетської освіти : науково-методичний та організаційно-технологічний аспекти : монографія. – Дрогобич : Коло, 2007. – 374 с.
7. Костєва Т. Формування інформаційної компетентності магістрантів соціальної роботи в університеті : дисертація канд. пед. наук : 13.00.04 теорія і методика професійної освіти. Хмельницький, 2013. – 200 с.
8. Мартынова Т. Социально-психологические аспекты профессионального становления специалистов по социальной работе / Вестник КГУ. № 3. – 2010. – С. 183-191.
9. Мельников Д. Становление профессии социальной работы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. № 1. – 2013. – С. 49-52.
10. Пятунин В. Подготовка студентов факультета социальной педагогики к работе с подростками девиантного поведения : дис. на соиск. степени канд. пед. наук.(13.00.08) Магнитогорск, 2000. – 176 с.
11. Степанова Н., Федоров И. Образ профессии «клинический психолог» и «социальный работник» у студентов первого курса соответствующих направлений подготовки // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – № 1. – 2015. – С. 19-22.

УДК 316.36 (571.54)

Гарбаева Д.Н., Мантурова С.Ч.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ПРОФИЛАКТИКА СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В статье рассматриваются меры по предупреждению семейного насилия в Бурятии.

Ключевые слова: *семья, домашнее насилие, жертва насилия, технология.*

Garbaeva D. Manturova S.
East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

PREVENTION OF DOMESTIC VIOLENCE IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

The article deals with measures to prevent domestic violence in Buryatia.

Keywords: *family, domestic violence, the victim, technology.*

В Республике Бурятия проблема домашнего насилия стоит остро и при этом прослеживается тенденция роста числа проявлений физического насилия, что объясняется, прежде всего, деморализацией, снижением образовательного, культурного уровня части населения, ростом числа психических расстройств, алкоголизмом.

По данным Министерства Внутренних Дел по Республике Бурятия за 2013 г. зарегистрировано 1301 преступление в сфере семейных и бытовых отношений, в том числе в отношении женщин – 680 (52,3 %). Более 60 % погибших от насилия в семье женщин ранее обращались в органы полиции по месту жительства. Ярко выражена связь между пьянством, наркоманией и преступностью на бытовой почве.

В Республике Бурятия государственным органом исполнительной власти, призванным осуществлять реализацию государственной политики в области социальной защиты семьи и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации является Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия, в структуре которого функционирует комитет по делам семьи и детей. Основными задачами комитета являются:

- осуществление мер по защите и восстановлению прав и законных интересов несовершеннолетних, выявлению и устранению причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям несовершеннолетних;

- осуществление мер, предусмотренных федеральным законодательством и законодательством Республики Бурятия, по координации деятельности органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;

- государственная поддержка семьи и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- развитие оптимальной системы комплексной социальной поддержки и обслуживания семьи и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- оптимизация социальной инфраструктуры, обеспечивающей профилактическую работу с семьей и развитие семейных форм жизнеустройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В Программе социально-экономического развития Республики Бурятия на период до 2020 г. установлено, что основной целью социальной поддержки и обслуживания семьи и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, является предупреждение социального неблагополучия семей с детьми и профилактика социального сиротства, опека и попечительство несовершеннолетних, защита их прав и законных интересов.

Если в прежние годы большая часть усилий государственных структур была направлена на помощь детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, то на современном этапе – на профилактику раннего кризиса в семье.

Министерство социальной защиты населения РБ приступило к внедрению новых подходов в работе с семьей и детьми по следующим направлениям:

1. раннее выявление и сопровождение семей с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации.

2. развитие, укрепление и поддержка всех форм семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

3. создание межведомственной системы подготовки кадров по инновационным программам.

Выявление и поддержка семей на раннем этапе кризиса являются более эффективными мерами, чем оказание помощи на поздних этапах. Развитие соответствующих служб приведет к уменьшению числа детей из хронически неблагополучных семей, помещенных в специализированные учреждения, специалисты органов системы профилактики безнадзорности несовершеннолетних будут своевременно выявлять неблагополучные семьи, корректировать их проблемы на возможно более ранних стадиях для того, чтобы семья не распадалась, и не росло число детей, оставшихся без родительского попечения. Необходимо укоренить в обществе идеал семьи, ее значимость для каждого ребенка.

В экспериментальных районах Республики Бурятия проведен конкурс на лучший опыт по профилактике социального сиротства.

Новые профилактические услуги детям и семьям, находящимся на ранней стадии кризиса, апробированы на базе учреждений социального обслуживания семьи и детей, образования и здравоохранения: реабилитация неблагополучных семей, социальная гостиная в школах, разработка программ реабилитационного досуга, независимого проживания.

В настоящее время в Республике Бурятия ведется целенаправленная работа по модернизации системы социальной защиты детства с целью создания необходимой инфраструктуры профилактической работы, комплексной системы реабилитации детей, находящихся в социально опасном положении, испытывающих домашнее насилие.

Постановлением Правительства Республики Бурятия была утверждена новая республиканская программа «Тоонто нютаг: традиция жива» по профилактике социального сиротства и организации семейного жизнеустройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на 2009-2012 гг.» с общим объемом финансирования в размере 120,0 млн. рублей в виде гранта из российско-

го Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Ее реализация внесла в жизнеустройство детей ощутимые положительные результаты.

Функционируют службы семейного устройства и сопровождения замещающих семей на базе 16-ти учреждений, работающих с семьей и детьми, которые стали победителями республиканского конкурса социальных проектов.

Организована работа по созданию сети методических центров на базе учреждений социального обслуживания семьи и детей, образования и здравоохранения для профессиональной поддержки специалистов служб семейного устройства и сопровождения, замещающих семей.

Формируется система методического сопровождения, создан республиканский информационно-методический центр, разработан пакет методических материалов.

На базе информационно-методического центра открыт бесплатный республиканский «телефон доверия», который служит своего рода индикатором раннего выявления семейного неблагополучия. Всего принят 2471 звонок: 33% звонков – от несовершеннолетних, 36% – по фактам возможного жестокого обращения. Последние сразу были переданы в органы опеки и попечительства по месту жительства для принятия соответствующих мер.

В Республике Бурятия самый высокий показатель соотношения разводов к бракам среди районов республики за отчетный период в Северо-Байкальском районе – 100% (на 1 брак приходится 1 развод), самый низкий – в Окинском районе – 13,0 % (на 7,7 брака приходится 1 развод). В г. Улан-Удэ соотношение разводов к бракам ниже среднего показателя по республике и составляет 46,4 % (на 2,2 брака приходится 1 развод).

По распоряжению Минсоцзащиты Республики Бурятия на базе гостиницы центра социальной адаптации «Шанс» открыт центр для женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, или подвергшихся насилию выделена отдельная трехместная комната со всеми бытовым удобствами.

Обратившиеся могут быть зарегистрированы у социального работника, а при необходимости для них предусмотрена бесплатная психологическая помощь и консультация юриста.

Поводом для создания кризисного центра послужили неоднократные обращения данной категории граждан в органы социальной защиты населения о содействии в поиске мест для временного пребывания. В ситуации, когда женщины оказываются в состоянии близком к отчаянию, виноваты, прежде всего, семейные конфликты и разводы. Обстоятельствами, усложняющими положение, зачастую являются наличие малолетних детей, отсутствие поддержки со стороны родственников, друзей и знакомых.

Таким образом, в настоящее время уровень знаний о природе семейного насилия недостаточен, что обусловливает необходимость проведения развернутых комплексных (с применением системного подхода) социологических, социально-психологических и психолого-педагогических исследований семейной сферы, посвященных как практическим, так и теоретическим вопросам. Однако можно констатировать, что в Республике Бурятия созданы предпосылки для организации эффективной системы социальной помощи пострадавшим от семейного насилия.

Список литературы:

1. Бадонов, А.М. Социальная помощь пострадавшим от домашнего насилия в Республике Бурятия [Текст]/ А.М Бадонов // Вестник БГУ. – 2011. – №5. – С. 275-278.
2. Бадонов, А. М. Проблемы выявления жестокого обращения в условиях семьи [Текст] / А.М. Бадонов // Вестник Бурятского ун-та. – 2013. - №5. – С. 196-200.
3. Бадараев, Д.Д. К проблеме браков и разводов Республике Бурятия (социологический аспект) [Текст] /Д.Д. Бадараев, Н.Г. Лагойда // Социальная защита семьи в условиях модернизации современного общества. – Улан-Удэ, – 2013. – С. 210-218.
4. Осинский, И.И. Некоторые проблемы современной российской семьи [Текст] / И.И Осинский, М.И. Добрынина // Молодая семья в условиях трансформации российского общества: тезисы докладов IV Межнациональной Байкальской науч.-практ. конф. - Улан-Удэ, 2001. – С.53-56.
5. Республиканская программа «Тоонто Нютаг: традиция жива» по профилактике социального сиротства и организации семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на 2009-2012 гг. / Утверждена Постановлением Правительства Республики Бурятия от 9 июля 2009 г. № 264.
6. Статистические материалы Республиканского агентства по делам семьи и детей. – Улан-Удэ, 2010.
7. Постановление от 6 марта 2014 г. № 88 г. Улан-Удэ «О министерстве социальной защиты населения Республики Бурятия» (в ред. Постановлений правительства РБ от 03.06.2014 г. № 253, от 24.10.2014 г. № 521, от 10.12.2014 г. № 625) // Бурятия. – 2014. – № 208.

УДК 364.465 (571.54)

Гармаева С.Б.

Улан-Удэнский комплексный центр социального обслуживания населения «Доверие», г. Улан-Удэ, Россия.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ АУСО «УЛАН-УДЭНСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР «ДОВЕРИЕ»)

В статье рассматриваются основные направления деятельности АУСО «Улан-Удэнский комплексный центр «Доверие» по социальной реабилитации пожилых людей и инвалидов.

Ключевые слова: *пожилые люди, инвалиды, социальная реабилитация.*

Garmaeva S.B.

SOCIAL REHABILITATION OF THE ELDERLY AND DISABLED IN SOCIAL SERVICE INSTITUTIONS (FROM THE EXPERIENCE OF AUSO "ULAN-UDE COMPLEX CENTRE "TRUST")

The article discusses the main directions of activities of AISS "Ulan-Ude complex "Trust" center for social rehabilitation of elderly and disabled people,

Key words: *elderly people, disabled people, social rehabilitation.*

Улан-Удэнский комплексный центр социального обслуживания населения «Доверие» - современное и динамически развивающееся учреждение. Основная особенность комплексного центра в том, что он создан путем объединения двух форм социального обслуживания граждан – стационарной и социального обслуживания на дому. Необходимость создания учреждения в таком виде была вызвана стремлением максимально эффективному использованию существующей материально-технической базы для проведения комплексной реабилитации пожилых граждан и инвалидов не только находящихся в стационаре и обслуживаемых на дому, но и живущих в г.Улан-Удэ и в районах республики.

Учреждение предназначено для проживания пожилых граждан и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, реабилитационных услугах, а также для социального обслуживания граждан г. Улан-Удэ. В учреждении проживают 304 человека**,** 611 клиентов обслуживаются на дому, 9 человек проживают по договору пожизненного содержания с иждивением.

АУСО «Улан-Удэнский комплексный центр социального обслуживания населения «Доверие» в рамках стационарного социального обслуживания осуществляет социальную реабилитацию и уход за пожилыми гражданами и инвалидами.

Для поддержания социальной, трудовой, образовательной, творческой активности клиентов в учреждении работают клубы по интересам:

- клуб «Белая ладья», занятия шахматно-шашечного клуба положительно влияют на совершенствование многих психических процессов и таких качеств, как восприятие, внимание, воображение, память, мышление. Благодаря занятиям расширяется круг общения, появляются возможности полноценного самовыражения, самореализации;

- клуб «Люблю караоке», данное клубное формирования способствует созданию благоприятных условий для живого человеческого общения, изучения достижений отечественной и мировой культуры, литературы, искусства, формируют мировоззрение, воспитывает эстетический вкус.

Также на базе центра создан кабинет компьютерной грамотности, оборудованный специальными устройствами для инвалидов с нарушениями слуха и зрения. Безусловно, данная социальная функция позволяет взглянуть на компьютерную грамотность, не только технической стороны. Компьютерная грамотность придает определенный смысл в жизни для пожилого человека и инвалида, позволяя ему почувствовать себя владеющим тем же багажом знаний, что и современный человек.

В проведение культурно-досуговых мероприятий входит работа библиотеки учреждения. Библиотека оснащена разнообразной литературой, журналами, периодическими изданиями, аудиокнигами, в функциональные обязанности библиотеки входит доставка книг лицам находящихся на постельном режиме.

Для клиентов центра проводятся занятия по гимнастике ушу, которая представляет собой комплекс упражнений, включающих в себя физическую и дыхательную практику, исключая духовную и медитативную. Она направлена на достижение гибкости, развитие мышц и суставов, поддержание выносливости и оздоровление организма, что особенно важно для людей преклонного возраста. Занятия по ушу гимнастике для пожилых проводятся в особом стиле, более спокойном и умеренном.

Клиентами осваиваются современные виды творчества: квиллинг, японская техника канзаши, роспись на камнях, модульное оригами, бисероплетение и др.

Одной из форм социальной реабилитации клиентов центра является трудотерапия. Трудовая терапия осуществляется в комплексе с другими методами реабилитации, закрепляя эффект их воздействия. Она способствует физическому и интеллектуальному развитию, коррекции двигательных функций и нормализации общих физиологических параметров организма (обмена веществ, состояния сердечнососудистой, дыхательной и иммунной систем), улучшению сна, настроения, аппетита. Трудовые движения и операции стимулируют физиологические процессы, мобилизуют волю, дисциплинируют, приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, направляют активность в русло предметной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Занятие трудом раскрывает перед гражданами пожилого возраста и инвалидами перспективу восстановления способностей общения в процессе труда, формирует осознание причастности к общей деятельности.

В рамках трудотерапии клиенты центра занимаются общественно полезным трудом (уборка территории, гарденотерапия, помощь на огороде, кулинария), также клиенты центра вяжут теплые вещи для воспитанников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированный психоневрологический дом ребенка «Аистенок».

Одним из направлений деятельности центра является социальный туризм. Организуются:

- Однодневные туры по различным маршрутам;
- 2-, 3-хдневные туры для граждан с районов республики;
- Религиозный, паломнический туризм.

Туры выходного дня «Сибирская тропа», «Путь к здоровью» предусматривают проведение социально-медицинской реабилитации в течение двух или трех дней на базе учреждения. Программа тура включает: общее медицинское обследование в Центре здоровья, ознакомительную экскурсию, досуговые мероприятия, комплексный обед, предоставление туристических услуг по определенным маршрутам на транспорте учреждения. Участники туров обеспечиваются комфортными условиями проживания в учреждении, полноценным питанием, вниманием обслуживающего персонала.

В последнее время отмечается повышенный интерес к религиозному (паломническому) туризму. Главное в этом виде туризма — знакомство с историей святых мест, архитектурой и природой родного края. Были разработаны экскурсионные маршруты к святому лику богини Янжимы (Баргузинский район), Эгитуйский дацан (Еравнинский район).

За этот год было проведено 25 туров выходного дня, приняли участие 309 любителей активного отдыха.

Учреждение также предоставляет полноценный отдых с лечением в профилактории «Родничок». Здесь предоставляются 2-местные номера, четырехразовое питание, всем желающим предлагаются целительные ванны, тренажерный зал, культурно-досуговые мероприятия, бильярдный и теннисный зал. Всего за летний период в профилактории прошли оздоровление 597 человек.

Не менее важным направлением работы с клиентами является заключение договоров пожизненного содержания с иждивением с одинокими пенсионерами. По выбору клиента в счет ренты ему либо предоставляются условия проживания повышенной комфортности и социальное обслуживание в учреждении, либо ежемесячно выплачивается непосредственно рента. На сегодняшний день таких в учреждении девять человек.

Также внедрена услуга - временное пребывание. Целевой аудиторией являются граждане пожилого возраста, сохранившие полностью или частично способность к самообслуживанию, проживающие в семьях, в которых им временно по объективным причинам не может уделяться должный уровень внимания. В частности, к таким причинам могут быть отнесены командировки, поездки в отпуск членов семьи, ремонтные работы в квартире, где проживает пожилой человек или инвалид. Услуга создает условия для реализации, основных жизненных потребностей и обеспечивает надлежащий уход за гражданами пожилого возраста, снижает социальную напряженность в семьях, где проживают граждане пожилого возраста и инвалиды. Данная услуга предоставляется на платной основе. На период пребывания клиентам предлагается проживание в комнатах с необходимой мебелью и 4-разовым питанием. Комнаты подразделяются на 2 типа - повышенной комфортности и эконом класса. Круглосуточно осуществляется наблюдение и уход дежурного персонала.

Также АУСО «Улан-Удэнский комплексный центр социального обслуживания населения «Доверие» совместно с ГБУЗ «Городская поликлиника №3» осуществляет медицинскую реабилитацию, направленную на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней или травм. Основная цель медицинской реабилитации – предупреждение инвалидности, восстановление и продление активной жизнедеятельности, социальной интеграции и обеспечение приемлемого качества жизни.

В настоящее время помимо решения вопросов по улучшению качества обслуживания клиентов учреждения внедрены инновационные технологии лечения и реабилитации: аромафитотерапия, фитобар, спелеогалокамера.

За последние годы в Улан-Удэнском комплексном центре «Доверие» выработана стратегия на активное внедрение инноваций и развитие у персонала мотивации на успех и конечный результат. В основе деятельности центра – создание условий для достойной жизни пожилых граждан находящихся на стационарном и нестационарном обслуживании, работа с населением города, расширение возможности социальной коммуникации и социальной активности граждан старшего поколения.

Список литературы:

1. Басов Н. Ф. Социальная работа с людьми пожилого возраста. – Ростов- н/Д. : Феникс, 2009. – 346 с.
2. Бутуева З.А. Проблемы ценностных ориентаций пожилых и старых людей.- Улан-Удэ: Изд-во Бурят. гос. ун-та, 2000.
3. Ткаченко В.С. Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов. – М. : Дашков и Ко, 2012. – 384 с.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".
5. Фирсов М. В. Студенова Г. Е. Теория социальной работы. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 432с..

УДК 331.526

Гармаева М.С. Чукреева Л.Н.
Восточный Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ОСОБЕННОСТИ РЫНКА ТРУДА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

(на примере Кижингинского района Республики Бурятия)

В статье рассматривается ситуация на рынке труда в сельской местности и приводятся данные социологического исследования, цель которого заключалась в изучении мнения безработных о технологиях трудоустройства.

Ключевые слова: *безработные, рынок труда, технологии трудоустройства.*

Garmaeva M.S. Chukreeva L.N.
East Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

FEATURES OF THE LABOUR MARKET IN RURAL AREAS

The article discusses the situation on the market of labor in rural areas and the data of sociological research about the technologies employment.

Key words: *unemployed, market of labor and employment technologies/*

Безработица объективно существующее социально-экономическое явление в условиях рыночной экономики. Согласно ФЗ № 1032-1 «О занятости населения» безработными признаются граждане, которые: были «без работы», т.е. не работали за плату по найму или на собственном предприятии; готовы приступить к работе, т.е. начать работать по найму или на собственном предприятии в течение отчетного периода; искали работу, т.е. предпринимали конкретные шаги найти оплачиваемую работу по найму или на собственном предприятии; зарегистрированы в органах службы занятости» [2].

Характер и виды безработицы, а также ее классификация зависят в первую очередь от социокультурной, экономической и личностной подсистем общества. Каждый из этих факторов в зависимости от страны и времени накладывает свой отпечаток на систему реального поведения индивидов (в том числе безработных).

Экономические и социальные последствия безработицы свидетельствуют о том, что это достаточно опасное для общества и личности явление, требующее проведения активной политики занятости либо пассивной, нацеленной не только на ликвидацию последствий безработицы, но и на профилактику и предупреждение ее неконтролируемого роста сверх минимально допустимого уровня [1].

Для решения проблем безработицы был создан центр занятости населения 1991 г в Республике Бурятия, в том числе с. Кижинга. В задачи центра входит: содействие трудоустройству и занятости безработных граждан; социальная поддержка граждан испытывающих трудности в поиске работы.

В соответствии с ежегодной программой «Содействия занятости населения Республики Бурятия» реализуются следующие технологии: содействие в подборе подходящей работы и трудоустройстве; получении услуг профориентации и психологической поддержки; переподготовка и повышение квалификации; содействие самозанятости населения.

С целью изучения состояния рынка труда в Кижингинском районе было проведено собственное социологическое исследование в июне 2015 г. В данном исследовании генеральную совокупность – составляли 130 граждан, не имеющих работу и зарегистрированные в центре занятости района, проживающие в с. Кижинга. По данным центра занятости регистрируемое число безработных составило 130 человек. Выборочная совокупность составила 80 единиц (61,5% от генеральной совокупности). Из них 57% женского и 43% мужского пола, в соответствии с распределением признака в генеральной совокупности.

Опрос включал три блока: изучение причин безработицы в сельской местности; способы и критерии поиска работы; субъективные оценки технологий, применяемых для снижения напряженности на рынке труда.

По мнению респондентов, основными проблемами села являются безработица (32%), алкоголизм (23%) и бедность (21%), последние, чаще всего, являются негативным последствием растущего уровня безработицы.

Основными причинами увольнения ныне безработных граждан, по их мнению, были: низкая заработная плата (35%), сокращение или ликвидация предприятия (40%), «по собственному желанию» (10%), истечение срока трудового договора (7%), инициатива работодателя (8%). Такая причина как сокращение и ликвидация предприятия является объективной, граждане не могут повлиять на нее. Таким образом, случаи вынужденной безработицы среди опрашиваемых регистрировался у 48%, а естественной – 52%.

Чтобы минимизировать негативные последствия сокращения или ликвидации предприятий необходимо стимулировать среднее и малое предпринимательство, что позволит относительно быстро создать новые рабочие места (субсидии для предпринимателей, налоговые каникулы, поддержка сельхозпредприятий).

Социально-экономическое развитие района во многом определяет стратегии граждан на рынке труда. Мотивом обращения большинства безработных в центр занятости населения являлись: желание ознакомиться с базой вакансий и подыскать работу (39%), получить временную работу (19%), пройти переобучение или повысить квалификацию (27%) и получить пособие по безработице (15%). Среди причин отказа от услуг центра занятости по трудоустройству были названы «поскольку предлагалась малооплачиваемая работа» и «не было работы по специальности» В 83% случаев безработные рассчитывали на поддержку и помощь со стороны государства.

Одним из аспектов исследования касался, способов поиска работы. Большинство респондентов искали работу через центр занятости населения (42%), помимо этого, они искали подходящую работу через друзей (31%), 15% – через средства массовой информации, и только 12% использовали другие способы.

Исходя из этого, можно сказать, что особенностью способов поиска работы в селе является ограниченность ресурсов поиска подходящей работы, поэтому в большинстве случаев безработные граждане обращаются центр занятости населения.

В сложившихся социально-экономических условиях и ограниченных возможностях рынка труда сельской местности возникают трудности при поиске работы по специальности, поэтому многие люди ищут работу, где больше заработная плата. Тем не менее, среди опрашиваемых 2% были ориентированы на дружный коллектив и 4% на интересную работу. Это свидетельствует о низкой мотивации на профессиональную самореализацию.

Итак, если говорить о критериях выбора работы в целом, то, по данным опроса, для большинства безработных граждан главным критерием является размер оплаты труда.

В исследовании также стояла задача изучить мнение респондентов об условиях, которые позволили бы найти работу. По мнению опрашиваемых, условием, гарантирующим получение желаемой работы, является стаж / опыт работы. В основном данный пункт выбрали молодые люди в возрасте 18-24 лет – 29%, 25-29 лет – 20%. Наличие опыта работы и желательно по специальности, на данный момент является одним из существенных требований к кандидатам на замещение предлагаемых должностей на рынке труда. Соответственно, не имеющие опыта работы, испытывают трудности при трудоустройстве. В качестве вариантов решения этой проблемы можно: во-первых, внедрять гибкий график работы для студентов дневной формы обучения и стажировки студентов, с целью получения практических знаний; во-вторых, необходимо оказывать государственную поддержку предприятиям, которые принимают молодых специалистов. Такие условия как: престижность вуза (2%) практические не имеет значения при трудоустройстве; личные способности имеют значение только у $^1/_5$; и 22% выбрали наличие высшего образования. Подобное распределение ответов свидетельствует об ориентации граждан на получение высшего образования и его ценности как инструмента достижения целей и значимости опыта работы при ее поиске.

В третьем блоке исследования представлены субъективные оценки респондентов о мерах содействия трудоустройства безработных граждан. На вопрос «Ощущаете ли Вы поддержку властей в решении проблем занятости?» были получены следующие резуль-

таты: 41% ответили «да», 1/3 – не ощущают, 26% – затруднились ответить. Тем не менее, государство всегда проводит активную, пассивную политику занятости.

В настоящее время граждане получают поддержку со стороны государства в виде: пособия по безработице (83%), бесплатного обучения, им выплачивают субсидии, оказывают психологическую поддержку, организуются ярмарки вакансий. В 2016 г. центром с. Кижинга 33 безработных были направлены на профессиональное обучение, из них большую часть составляли женщины. По оценкам исследования, 27% незанятых готовы были повысить свой уровень квалификации и изменить невостребованную на рынке труда профессию в целях повышения своих возможностей при трудоустройстве и адаптации на рынке. Это обусловливает необходимость детальной разработки образовательных программ и внедрение новых форм, методов обучения безработных. Данные технологии важны как меры профилактики социального иждивенчества. Среди безработных также существуют группы, у которых наблюдается усиление психологического дискомфорта. Эти респонденты отмечали, что чем дольше они находятся без работы, тем менее активно они ищут возможности для трудоустройства. Около 12% отмечают усталость от поиска работы и находятся в состоянии безысходности. Этим гражданам оказывается психологическая поддержка.

Одним из видов социальной помощи малообеспеченным гражданам, является выделении субсидии (на оплату жилого помещения и коммунальных услуг), к которым относятся и безработные граждане, поскольку их доходы ниже прожиточного минимума.

Подводя итог, отметим, что рынок труда в сельской местности имеет ряд особенностей: ограниченность возможностей выбора подходящей работы, низкая ориентация на профессиональную самореализацию, высокий риск роста иждивенческих настроений.

Список литературы:

1. Далгатов Б. Д. Безработица и методы борьбы с ней [Текст] / Б. Д. Далгатов // Актуальные проблемы и естественных наук. – 2014. – №1-1. – С. 54-57.

2. Федеральный закон № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации», глава 1 статья 3 [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=194987&fld=134&dst= 1000000001,0&rnd=0.2524178560087974#0 (дата посещения 11.11 2016)

УДК 364.04

Гармаева Ю.В., Emanuela Emilia Rinaldi

Университет Удине, г. Удине, Италия

О ПРОБЛЕМАХ ДЕТЕЙ-ИНОСТРАНЦЕВ БЕЗ СОПРОВОЖДЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ В ИТАЛИИ

В статье рассматриваются вопросы миграционной и социальной политики в отношении детей-иностранцев без сопровождения взрослых в Италии.

Ключевые слова: *социальная защита, государственная политика, дети-иностранцы без сопровождения взрослых.*

Garmaeva I.V., Emanuela Emilia Rinaldi

University of Udine, Udine, Italy

ON THE PROBLEM OF UNACCOMPANIED FOREIGN CHILDREN IN ITALY

The article deals with issues of migration and social politics for unaccompanied foreign children in Italy.

Keywords*: social security, public policy, unaccompanied foreign children.*

World crisis events in recent years (local wars, terrorism, transnational social conflicts, technogenic emergency situations and others) has led to the destruction of traditional social life and of categories of the population such as refugees, internally displaced persons, among which, unfortunately, many children.

The concept of categories of foreign children is still not clearly defined. In this regard, the results of many modern studies revealed the need for differentiation of the concept and analysis based on factors such as the legal status of the child, the country of origin of his parents, his birth place, mode of arrival in the host country, etc.

In Italy, foreign children are divided into the following categories:

- migrant children who arrived with their families;
- unaccompanied foreign minors, who arrived in Italy (as a rule, illegally entered the country);
- refugee children or asylum-seekers;
- children of mixed couples and others. [5, p. 15]

In modern society one of the most vulnerable among the above groups of foreign minors are unaccompanied foreign minors.

They are defined by international law as a «third-country nationals under 18 years of age who enter the territory of the EU without their parents or other legal representatives until the establishment of guardianship over them» (EU Regulation (1997)).

Despite the fact that the phenomenon of unaccompanied minors already exists in Italy, it is not the first decade, the first legal definition of this category of children has been given at the end of the 90s. XX century. Thus, unaccompanied foreign children («minori stranieri non accompagnati» - hereinafter «MSNA») are foreign minors (under 18) who are in Italy without the assistance and representation of their parents or other legal representatives, legally responsible for them in accordance with Italian law. [1]

According to United Nations statistics for 2014 it was filed about 34300 applications for asylum in 82 countries by the unaccompanied and separated children with their parents (the bulk from Afghanistan, Syria, Somalia and Eritrea). This index has become one of the highest since when UNHCR started to record such data in 2006. [4]

On April 30, 2016 in Italy the number of unaccompanied foreign minors rose to 5099 (92,8% of young people aged 15 to 17 years) according to monitoring Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione - Div. II of the Ministry of Labour and Social Policy. Most are from Somalia (23,5%), Egypt (23,3%) and Eritrea (21,1%) [3]. The highest rate of unaccompanied children observed in the Italian regions of Sicily, Calabria and Puglia.

Thus, Italy has become a kind of «hostage» for its geographical position. Often the proximity to the coast of Africa, the Balkans and Eastern Europe, a large length of maritime boundaries dictate the course of migration and ethnic composition of arriving.

Certainly, there are several key factors that influence the decision to migrate children in another country. These include:

- the socio-political situation in the country (war, persecution, social and political instability, etc.);
- socio-economic conditions (poverty, unemployment, low levels of education system, etc.);
- psychosocial preconditions (desire to improve the quality and conditions of life, integration with relatives, a favorable image of Europe in the media, mass exodus from their country in search of a new life, curiosity, etc.) [6]. Along with the above reasons that push children to change their place of residence, there is also another factor is crime impact. So, immediately children are victims of the criminal world after their arrival in Italy (human trafficking, prostitution, theft, etc.) [5, p. 29]. According to various estimates, there are about 1200000 children in the world who are victims of illegal exploitation. Dramatically, the actual number is much different from the recorded data [7].

Also, in 2015, the Head of Police Administration of the European Union (Europol) Brian Donald noted in his interview with The Observer «European authorities do not know anything about the location of about 10 thousand children». The authorities in Italy in May 2015 reported that in the summer 2014 the reception centers for refugees lost 5000 children [8]. It should be taken into account that not all of them have been victims of criminal gangs, many have been reunited with their relatives. But the fact of large number of missing MSNA is the fact.

Thus, unaccompanied foreign children are among the most vulnerable and dependent categories of the population. They need help and support, not only for physical survival, but also for psycho-social well-being, successful adaptation to the new environment. That is why foreign minors require special attention from the state and society as a whole.

Table 1 - Distribution by Italian region for the reception of unaccompanied foreign minors present [2]

DATI AL 30/04/2016			DATI AL 31/12/2015		
REGIONE	v.a.	%	REGIONE	v.a.	%
SICILIA	4.258	36,6	SICILIA	4.109	34,5
LAZIO	913	7,8	CALABRIA	1.126	9,4
LOMBARDIA	872	7,5	PUGLIA	1.102	9,2
PUGLIA	852	7,3	LAZIO	934	7,8
CALABRIA	851	7,3	LOMBARDIA	931	7,8
EMILIA ROMAGNA	839	7,2	EMILIA ROMAGNA	783	6,6
CAMPANIA	531	4,6	TOSCANA	521	4,4
TOSCANA	509	4,4	CAMPANIA	510	4,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	498	4,3	FRIULI VENEZIA GIULIA	463	3,9
PIEMONTE	353	3,0	PIEMONTE	345	2,9
VENETO	284	2,4	VENETO	322	2,7
SARDEGNA	252	2,2	SARDEGNA	220	1,8
LIGURIA	163	1,4	LIGURIA	174	1,5
BASILICATA	146	1,3	MARCHE	96	0,8
MARCHE	118	1,0	BASILICATA	92	0,8
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	77	0,6	PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	69	0,6
ABRUZZO	48	0,3	ABRUZZO	42	0,3
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	40	0,4	PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	35	0,3
UMBRIA	21	0,2	MOLISE	22	0,2
MOLISE	19	0,2	UMBRIA	20	0,2
VALLE D'AOSTA	4	0,0	VALLE D'AOSTA	5	0
TOTALE	**11.648**	**100**	**TOTALE**	**11.921**	**100**

Bibliografy:

1. Articolo 1, comma 2, Decreto del Presidente del Consiglio dei ministry 535/1999.
2. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Report di monitoraggio minori stranieri non accompagnati in Italia (30-04-2016).
3. Report di Monitoraggio Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione. Dati al 30 aprile 2016 I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA) IN ITALIA http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Pagine/Datiminori-stranieri-non-accompagnati.aspx [Treatment date: 12.07.2016].
4. Report of the High Commissioner of the United Nations for Refugees: the Report United Nations A/70/12. - New York: United Nations, 2015.
5. Bertozzi R., Le politiche sociali per i minori stranieri non accompagnati. Pratiche e modelli locali in Italia, Franco Angeli, Milano, 2010. – P. 15. P. 29.
6. http://zagrandok.ru/migraciya-v-rf/migracionnyi-uchet/prichiny-migracii-naseleniya.html [Treatment date: 11.07.2016].
7. http://www.meltingpot.org/Save-the-Children-rapporto-su-tratta-e-sfruttamento-In.html#.WAC034-LTIU [Treatment date: 11.09.2016].
8. http://www.bbc.com/russian/international/2016/01/160131_europe_missing_child_migrants [Treatment date: 10.07.2016].

УДК 364(571.54)

Гельман В.А.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управлении, Улан-Удэ, Россия

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЖИЗНЬ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В статье рассматриваются социальные преобразования в Республике Бурятии и возникшие социальные проблемы в период экономического реформирования страны.

***Ключевые слова**: социальные преобразования; уровень жизни; занятость населения.*

Gelman V. A.

East-Siberian State University of Technology and Management , Ulan -Ude , Russia

INFLUENCE OF SOCIAL TRANSFORMATIONS ON SOCIAL LIFE IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

In article social transformations in the Republic of Buryatia and the arisen social problems during economic reforming of the country are considered.

***Keywords:** social transformations; level of living; employment of the population.*

В результате социально-экономические преобразований в конце XX века в Республике Бурятия изменилась социальная структура общества, происходит усиление социального неравенства по всем показателям и маргинализация значительной части населения. В годы реформ происходит падение уровня жизни и доходов населения, увеличивается смертность и заболеваемость населения, алкоголизация и наркоманизация, остро стоит вопрос занятости населения, увеличивается количество социально незащищенных слоев населения. Именно поэтому обращение к этой важнейшей стороне проблемы позволит создать реальную картину социальных изменений. Однако выявить качественную сторону жизни населения весьма сложно. К сожалению, официальная статистика не дает полной информации по этому вопросу.

В ходе реформ 1990-х годов не уделялось должного вниманиясоциальным проблемам и, в первую очередь здоровью населения. Врезультате показатель смертности в 1999 году составил 14,8 человек на 1000 населения против 9,8 человек в 1992 году. В трудоспособном возрастеона достигла 46%. При этом, как свидетельствует статистика, в Россиив конце XX века произошло в 14 раз больше самоубийств, чем 100 летназад. Еще в 1990 году на 100 тысяч населения было 2,7 суицидов, вконце 90-х – уже 37. [2] Причинами этих показателей, в основном, является не удовлетворенность жизненных потребностей человека. Показатель смертности трудоспособного населения в Бурятии выше сибирского, и общероссийского уровней. Высокая смертность населения трудоспособного возраста является актуальной проблемой для республики. Причины кроются в социальных сложностях и жизненных ситуациях, обусловленных отсутствием работы, перспектив, безденежьем.

В январе - марте 2012 года умерло 3100 человек, и коэффициент смертности в республике составил 12,8 умерших в расчете на 1000 населения. Основными причинами смерти населения в республике являются болезни системы кровообращения (48,2%), несчастные случаи, отравления и травмы (20,1%), новообразования (13,5 %), болезни органов дыхания (5,9%) и болезней органов пищеварения (4,9%). [3]

В 2015 году умерло 2762 человека, и коэффициент смертности в республике составил 11,3 умерших в расчете на 1000 населения. Основными причинами смерти населения в республике по прежнему остаются болезни системы кровообращения (44,3%), новообразования (15,6 %), несчастные случаи, отравления и травмы (15,3%). В результате тенденций последних лет, вызванных, в том числе и активными мерами государственного стимулирования рождаемости, в Бурятии с 2006 г. отмечается небольшой естественный прирост, в 2015 году коэффициент рождаемости составил 16,3 % на 1000 жителей. [4] Здесь важным показателем является средняя продолжительность жизни в Республике Бурятия, у мужчин она составляет 59,3 года, у женщин — 71,6. С 2005-2009 год продолжительность жизни всего населения увеличилась на 3,4 года и составляет 65,3 года (РФ 2008г. – 67,8 лет), в том числе у мужчин – на 4,2 года, у женщин – на 1,7 года. При этом разница в продолжительности жизни мужчин и женщин стабильно равняется 12-13 годам, мужчины не достигают границы пенсионного возраста, и доживают лишь до 58,5 лет. [1] Одной из основных причин — алкоголизм. В структуре причин смертности населения 21,6% занимают внешние причины, где доля «алкогольных» составляет 61,6%. [1]

При этом к 2016 году удалось добиться снижения смертности за счет борьбы с заболеваниями нервной системы, дыхательных органов, органов кровообращения и злокачественными образованиями. Теперь медики собираются работать и с другими причинами. Например, со скрытыми депрессиями, что является причиной самоубийств. Мероприятия предпринимаемые для борьбы с основными причинами смерти населения Бурятии не достаточно эффективно решают эту проблему. Необходимо бороться с причинами, подвигнувшими человека на суицид. Основные причины кроются в нищенском существовании большинства людей, неспособных прокормить свою семью. Низкий уровень жизни характеризуется подверженностью большинства населения разным приобретённым и хроническим заболеваниям.

Особую тревогу вызывают факты самоубийств детей и подростков. В 2002 году добровольно ушли из жизни 17 детей в возрасте 10-14 лет и 70 подростков в возрасте 15-19 лет. Сейчас Бурятия находится на 6-м месте по суицидам по России с показателем 10,3 случаев на 100 тысяч населения. И во многом это связанно и с ростом числа психических заболеваний, так как в Республике Бурятия растет число детей страдающих детским слабоумием. [5]

Последствия реформ повлияли на сокращении рабочей силы, её качественных характеристик, что привело к замедлению экономического роста. Ведь одной из самых болезненных проблем является уровень занятости населения в республике. Основой трудового потенциала Бурятии является экономически активное население, численность которого в 2014 года в возрасте 15-72 лет составила, по оценке, по итогам обследований населения по проблемам занятости 459,3 тыс. человек. В численности экономически активного населения 420,3 тыс. человек – лица, имеющие работу или доходное занятие, 39,0 тыс. человек – лица, не имеющие работу или доходного занятия, ищущие работу и готовые приступить к ней, которые, в соответствии с критериями МОТ, классифицируются как безработные (8,5 % экономически активного населения). [5] В государственных учреждениях службы занятости населения на конец февраля 2016 года зарегистрировано в качестве безработных 6935 человек.

В экономике происходил процесс перераспределения рабочейсилы между отраслями. Наблюдалось снижение численности работающих во всех отраслях, кроме кредитования, финансов и страхования, аппарата органов управления. Наибольшее сокращение работников было отмечено в промышленности и строительстве. Очень высок уровень скрытой безработицы, который не позволяет увидеть глубину проявления экономического кризиса. В результате этих изменений в республике сложилась крайне серьезная ситуация с экономически активным населением, которая зачастую не имеет возможности работать. В сравнении с соседними регионами Бурятия одна из лидеров по безработице, где найти работу проблематично, особенно лицам имеющих высшее образование.

Важными показателями изменений в уровне жизни являютсяденежные доходы и расходы населения. Если рассматривать денежные доходы населения, то среднемесячная начисленная заработная плата в Бурятии в январе-марте 2016 г. составляет 27803 рублей.[6] В целом сумма приличная, но здесь не в полной мере учитываются инфляционные процессы, рост цен на продукты, товары и услуги. В целом не изменилась в Бурятии динамика расходования заработной платы, большая ее часть тратится на продукты, и на обязательные платежи и взносы. Уровень жизни позволяет более всего характеризовать состояние экономики и социальных отношений на данном этапе.

Социальные проблемы республики связаны с периферийным расположением региона; затянувшимся выходом из сильного экономического кризиса; продолжительным миграционным оттоком населения; плохим состоянием здоровья населения, сопряженное с проблемой качества и доступности социальных услуг, особенно в малых городах и селах; повышенным уровнем бедности, как следствие безработица и низкая заработная плата; натурализация экономики сельских домохозяйств.

В годы рыночных реформ возникли и обострились экономические и социальные противоречия, усилилась борьба за сохранение достигнутого в советское время жизненного уровня населения. В настоящее время обострило кризисное состояние экономики республики и сокращение финансирования из центра, что не позволило жителям республике возможность достойно жить, а не просто существовать.

Социально-экономические и политические преобразования в стране, проводимые в девяностые годы, способствовали коренному изменению в структуре общества, породили многие социальные проблемы и привели к маргинализации населения. Прежде всего, произошло ухудшение социально-экономических параметров жизнедеятельности жителей республики. Рыночные реформы способствовали серьёзному ухудшению социально-экономического развития Бурятии, переместив её за годы реформ в группу наиболее кризисных регионов нашей страны. Имея низкий социальный уровень развития, не подкреплённый развитой экономической базой, республика в девяностые годы ещё сильнее отстала от большинства регионов России. Господствующий в стране правовой хаос, отсутствие достойной работы, социальных гарантий, резкое социальное расслоение привело, в том числе и Бурятию к социальной и экономической нестабильности. Решение данных проблем возможно только благодаря экономическим, политическим, социальным реформам, в том числе и развитие малого и среднего предпринимательства.

Таким образом, можно характеризовать, что изменения уровня жизни населения характеризовались серьезными негативными последствиями прошедших реформ. Снижение уровня жизни одних, рост благосостояния других и кризисные явления в экономике в настоящее время привели к обострению социальной дифференциации, увеличении числа населения, живущий за чертой бедности, ухудшение демографических показателей с распространением социальных заболеваний. Задача правительства Республике Бурятии состоит в том, что бы переломить данную тенденцию и обеспечить устойчивый рост по всем показателям, ведь усиление внимания к социальным и демографическим аспектам со стороны государственной власти во многом будет определять развитие Бурятии в XXI веке.

Список литературы:

1. Социальное положение и уровень жизни населения России. – М., Федеральная служба статистики РФ, 2010.
2. Митупов К.Б.-М. Социальные процессы в Бурятии (90-е гг. XX века). Улан-Удэ. : Изд-во ВСГАКИ, 2001. 91 с.
3. Пресс-релиз «Естественное движение населения в Республике Бурятия в январе–июне 2016 года» [Электронный ресурс] URL: http://burstat.gks.ru (дата обращения: 10.11.2016);
4. Пресс-релиз «Естественное движение населения в Республике Бурятия в январе–июне 2016 года» [Электронный ресурс] URL: http://burstat.gks.ru (дата обращения: 10.11.2016);
5. «О распределении численности населения по экономической активности во 2 квартале 2014 года». [Электронный ресурс] URL: http://burstat.gks.ru (дата обращения: 10.11.2016);
6. Пресс-релиз «Социально – экономическое положение регионов Сибирского федерального округа в январе-марте 2016 года» [Электронный ресурс] URL: http://burstat.gks.ru (дата обращения: 10.11.2016);

УДК 364.465:316.346.3(571.54)

Гельман В.А. Дегтярева Т.В.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управлении, Улан-Удэ, Россия

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В статье рассматриваются становление государственно-частное партнерство в Республике Бурятии в социальной сфере.

***Ключевые слова**: партнерство; частные инвестиции; проект.*

Gelman V. A. Degtyareva T. V.

East-Siberian State University of Technology and Management , Ulan -Ude , Russia

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN RESPUB-LIKE BURYATIA

In article are considered formation public-private partnership in the Republic of Buryatia in the social sphere.

***Keywords:** partnership; private investments; project.*

Для развития и управления объектами государственной собственности у любого государства возникает потребность в частных инвестициях, предпринимательской инициативе и менеджерских талантах. При этом передача этих объектов в частную собственность неприемлема. В связи с этим обстоятельством в последние годы во всем мире происходят значительные институциональные изменения в отраслях, которые раньше всегда находились в государственной собственности и государственном управлении: образовании, здраво-

охранении, социальной сферах и т. д. Правительства многих государств передают частному бизнесу во временное долго- или среднесрочное пользование объекты этих отраслей, оставляя за собой право регулирования и контроля их деятельности. Партнерство государства и частного сектора, обозначаемого обычно термином Public-Private Partnership (PPP). В российской литературе принят термин «государственно-частное партнерство» (ГЧП).

В современном понимании ГЧП - это институциональный и организационный альянс между государством и бизнесом в целях реализации национальных и международных, масштабных и локальных, но всегда общественно значимых проектов в широком спектре сфер деятельности: от развития стратегически важных отраслей промышленности и научно-исследовательских конструкторских работ до обеспечения социальных услуг. Как правило, каждый такой альянс является временным, поскольку создается на определенный срок в целях осуществления конкретного проекта и прекращает свое существование после его реализации.

В последние годы области применения различных форм ГЧП стремительно расширяются, в настоящее время они получили распространение в таких сферах, как, образование, здравоохранение, социальная сфера. В ряде стран частный бизнес проектирует и строит больницы, школы и другие общественные объекты, а затем управляет ими.

В Республике Бурятии для реализации проектов ГЧП в 2012г. принимается закон № 2625-IV «О Государственно-частном партнерстве в Республики Бурятия», где четко прописаны обязательства органов государственной власти и местного самоуправления и частных партнеров, т.е предпринимателей.

Основными принципы ГЧП являются:

1) законность;

2) эффективное использование государственного имущества и бюджетных средств, предоставляемых для целей реализации проектов государственно-частного партнерства;

3) участие Республики Бурятия, муниципальных образований в проектах государственно-частного партнерства на равных началах с иными участниками указанных отношений;

4) выбор частного партнера для реализации проекта государственно-частного партнерства на конкурсной основе;

5) равный доступ участников конкурса на право заключения соглашений;

6) соблюдение прав и законных интересов участников соглашений;

7) добросовестное и взаимовыгодное сотрудничество сторон соглашений.

В рамках реализации проекта происходит передача объектов государственной или коммунальной собственности частному партнеру для выполнения договора, заключенного в рамках ГЧП, но не предусматривает переход права собственности на эти объекты к частному партнеру. Такие объекты подлежат возврату государственному партнеру после прекращения действия договора, заключенного в рамках ГЧП. К сожалению, в Законе о ГЧП отсутствуют гарантии ГЧП с возмещением всех экономически обоснованных расходов частного партнера. Также не прописаны риски, возникающие при выполнении этих договоров, заключенных в рамках ГЧП, между государственными и частными партнерами.

Закон предусматривает следующие договорные формы реализации ГЧП: концессия; договор о совместной деятельности; соглашение о распределении продукции; другие договорные формы.

Условия договоров, заключаемых в рамках ГЧП, должны соответствовать требованиям законодательства Российской Федерации.

ГЧП для Бурятии не является чем-то существенно новым, так как еще в начале 90-х годов, начинают появляться государственно-частные предприятия в экономической сфере. Одной из таких форм ГЧП в Бурятии являются арендные (лизинговые) отношения, возникающие в связи с передачей государством в аренду частному сектору своей собственности - зданий, сооружений, производственного оборудования. Существование данной формы ГЧП в условиях полного политического и экономического хаоса в российской Федерации начала 90-х годов стало платформой для первичного накопления капитала многими бизнесменами. Главным препятствием в развитие ГЧП тогда, стало отсутствие законодательной базы, где лишь с принятием федеральных и региональных законов появилась возможность расширения ГЧП.

Расширение сфер применения ГЧП дало возможность и развитию социальная сферы в республике Бурятия, особенно в дошкольном образовательной сфере. В сфере здравоохранения с принятием нового Федерального закона № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» позволило предоставлять услуги по обязательному социальному страхованию граждан не только государству, но и частным социальным службам. В реестре поставщиков социальных услуг на стационарное социальное обслуживание в Республики Бурятия стоит только ООО «Забота».

ООО «Забота», расположена по адресу Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Задорная, д.128а и рассчитан на 45 стационарных мест. На 01 ноября по путевкам Министерства социальной защиты Республики Бурятия ООО «Забота» было выделено 26 путевок на стационарное социальное обслуживание, что позволило сократить очередность получения социальных путевок.

ООО «Забота» предоставляет социальных услуг в соответствии с индивидуальными и групповыми программами социальной реабилитации, такие как: социально-бытовые услуги, социально-медицинские услуги, социально-педагогические услуги; социально-психологические услуги; социально-трудовые услуги и услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения в жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов.

Благодаря государственно-частному партнерству происходит эффективное использование имеющихся ресурсов, что позволяет открыть дорогу к инновациям и обеспечить высокий уровень оказания социальных услуг населению.

УДК 614.2:616–082:364:616–08–039.75(476)

Глинская Т.Н., Щавелева М.В.

Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий, Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В статье представлена информация о нормативном обеспечении и организации оказания социальной, медико-социальной и паллиативной помощи в Республике Беларусь

Ключевые слова: *социальная помощь, медико-социальная помощь, паллиативная помощь*

Glinskaya T.N., Schaveleva M.V.

THE ORGANIZATION OF SOCIAL CARE, MEDICAL AND SOCIAL CARE AND PALLIATIVE CARE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

This article is devoted to the questions of the regulatory support and organization of social care, medical and social care and palliative care in the Republic of Belarus

Keywords: *social assistance, medical and social care, palliative care.*

В 2014 г., в соответствии с новой редакцией Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (от 16.06.2014 N 164-З), уточнены виды оказываемой в республике медицинской помощи (МП), в т.ч. впервые выделены высокотехнологичная помощь, медико-социальная помощь (МСП) и паллиативная МП (статья 16). Затем Законом Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» (с изменениями от 24.12.2015 г. №331-З) в государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения включены «услуги по оказанию …. высокотехнологичной и паллиативной МП, МСП, за исключением платных медицинских услуг, оказываемых государственными учреждениями здравоохранения по перечню и в порядке, установленным Правительством Республики Беларусь».

Социальное обслуживание (СО) - деятельность по организации и оказанию социальных услуг, содействию активизации собственных усилий граждан по предупреждению, преодолению трудной жизненной ситуации и (или) адаптации к ней. Оказание социальной помощи нуждающимся категориям населения гарантировано в рамках государственных минимальных социальных стандартов в области СО малообеспеченных и находящихся в трудной жизненной ситуации граждан, к которым относятся: «перечень бесплатных и общедоступных социальных услуг государственных учреждений СО; нормы и нормативы обеспеченности граждан услугами государственных учреждений СО…».

Под МСП понимают оказание МП при наличии у пациента хронических заболеваний, требующих постоянного круглосуточного медицинского наблюдения и ухода и не требующих интенсивного оказания МП.

Под паллиативной МП понимают вид оказания МП при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания МП, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания МП исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента.

Социальные услуги гражданам и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в Беларуси предоставляют 146 территориальных центров социального обслуживания населения (далее – центры). На 01.10.2016 на учете в центрах состояло более 1,8 млн. граждан, из них: одиноких нетрудоспособных граждан – 154,5 тыс. человек, одиноко проживающих граждан пожилого возраста и инвалидов – 606,7 тыс. человек. Для оказания содействия инвалидам в восстановлении или компенсации нарушенных или утраченных вследствие заболевания способностей к самообслуживанию и в подготовке к самостоятельной жизни в центрах функционируют 152 отделения, обеспечивающие дневное пребывание (их посещают 4732 инвалида). Для нетрудоспособных граждан, которые не могут проживать самостоятельно, в центрах функционируют 63 отделения круглосуточного пребывания (2214 мест для проживания) [1].

Основным направлением деятельности службы сестер милосердия Белорусского Общества Красного Креста (БОКК) является оказание МСП уязвимым категориям граждан на дому и в центрах МСП БОКК. Такая помощь включает в себя МП, индивидуальный уход, социальную и хозяйственно-бытовую помощь, которые осуществляются согласно перечню кодов видов деятельности по МСП. К сожалению, численность сестер милосердия в Республике Беларусь невелика (в 2016 – 159 сестер милосердия и младших сестер милосердия), частично недостаток компенсируется волонтерами – 22566 человек (2016 г.) [2].

В системе здравоохранения организация МСП и паллиативной МП регламентируется следующими документами. Так, МСП в стационарных условиях и паллиативная МП в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях отделений дневного пребывания и вне организации здравоохранения оказываются на безвозмездной основе. Данные виды помощи входят в Перечень основных бесплатных медицинских услуг по оказанию первичной, специализированной, высокотехнологичной и паллиативной медицинской помощи, медико-социальной помощи гражданам Республики Беларусь государственными учреждениями здравоохранения (утвержден Постановлением Совмина Республики Беларусь от 29.03.2016 №259 «О некоторых вопросах государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения»).

Во исполнение новой редакции Закона «О здравоохранении» утверждено постановление Минздрава Республики Беларусь «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи» (от 24.12.2014 № 107). Документ утверждает перечень медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания МСП и паллиативной МП, Инструкцию о порядке оказания МСП и паллиативной МП. В частности, МСП оказывается в больницах сестринского ухода (БСУ), отделениях сестринского ухода, отделениях МСП, созданных в государственных больничных организациях здравоохранения, и в иных организациях независимо от формы собственности, имеющих специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности. Сроки оказания МСП в стационарных условиях определяются в соответствии с назначенным курсом лечения (но не более 4,5 месяца в календарном году).

Паллиативная МП оказывается государственными больничными организациями здравоохранения и иными организациями: в стационарных условиях; в амбулаторных условиях - в кабинетах паллиативной МП; в условиях отделения дневного пребывания; вне организаций здравоохранения - выездной патронажной службой паллиативной МП организации здравоохранения. Краткосрочная паллиативная МП оказывается пациентам с ближайшим неблагоприятным прогнозом для жизни, при предполагаемой продолжительности жизни не более 1 года. В стационарных условиях она осуществляется в специальных клиниках для безнадежно больных людей (хосписах), в отделениях (палатах) паллиативной МП для детей, отделениях паллиативной МП. Долгосрочная паллиативная МП оказывается пациентам с ближайшим благоприятным прогнозом для жизни, при предполагаемой продолжительности жизни более 1 года. В стационарных условиях она осуществляется в БСУ, отделениях сестринского ухода, отделениях МСП, в отделениях (палатах) паллиативной МП для детей. Оказание паллиативной МП осуществляется на основании клинических протоколов, утвержденных приказами Минздрава Республики Беларусь от 19.07.2013 №811 "Об утверждении клинических протоколов оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению" и от 10.11.2011 №1092 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению Республики Беларусь». Во всех центральных поликлиниках городов, в центральных районных больницах, в городских поликлиниках имеются ответственные за оказание паллиативной МП, назначаемые приказами по организации [3].

По состоянию на 31.12.2015 в стране функционировало 4543 койки (4,8 на 10 тыс. населения) сестринского ухода, 359 медико-социальных коек и 351 койка паллиативной МП (0,4 на 10 тыс. населения). Койки паллиативной МП функционируют во всех областных регионах страны и в столице, представлены девятью хосписами и паллиативными койками на базе двух отделений с функциями хосписов. В 2015 году на койках паллиативной МП пролечено 5893 пациента (2010 – 2021 пациент), на медико-социальных койках – 1166 пациентов, на койках сестринского ухода – 12223 пациента. При этом уровень койко-дней на 1000 жителей составил для коек паллиативной медицинской помощи – 8,71. Потребность в данных видах МП достаточно велика. Число дней занятости койки сестринского ухода, медико-социальных коек и коек паллиативной МП в 2015 г. составило 328,3 дня, в том числе сестринских коек – 340,4 дня. Развитие данных видов МП в Республике Беларусь является одним из приоритетов, учитывая постарение населения и рост заболеваемости неинфекционными болезнями.

Список литературы:

1. Развитие социального обслуживания населения [Электронный ресурс] URL: http://mintrud.gov.by/ru/gosudarstvennaya-socialnaya-podderzhka / (дата обращения: 13.11.2016).
2. Белорусское Общество Красного Креста [Электронный ресурс] URL:http://redcross.by /(дата обращения: 13.11.2016).
3. Антоненкова, Н.Н. Организационная структура, виды и объемы оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологической патологией в Республике Беларусь / Н.Н. Антоненкова // Онкологический журнал. – 2013. – №3 (27). – С. 9-20.

УДК 378.172

Голуб Е.В.

Кировоградский государственный педагогический университет им. Владимира Винниченко, г. Кропивницкий, Украина

Общественный союз «Международная научная школа универсологии», г. Одесса, Украина

УНИВЕРСАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

В статье рассматривается универсальная модель формирования здорового образа жизни студентов педагогического университета по программе физического воспитания и оздоровительной физической культуре.

Ключевые слова: *студенты, здоровье, здоровый образ жизни, универсальная модель.*

Golub E.V.

Kirovograd State Pedagogical University named after V.Vynnychenko, Kropivnycky, Ukraine

Public Union «Internashional Scientific School Universology», Odessa, Ukraine

UNIVERSAL MODEL A HEALTHY LIFESTYLE IN THE COMPLEX PROGRAM OF PHYSICAL EDUCATION STUDENTS

The article deals with the universal model forming to the healthy lifestyle of students of pedagogical university the program of Physical Education and Physical Culture.

Keywords: *students, health, healthy lifestyle, universal model.*

Вопросы общественного здоровья и здравоохранения давно стали предметом исследования разных наук и темой сотрудничества разных министерств, ведомств, отраслей и в т.ч. в сфере образования. На вопрос «От чего зависит здоровье человека?» сейчас профессионально отвечают: врачи, педагоги, психологи, социологи, экологи, демографы, деятели культуры и искусства, экономисты и даже политики [2]. Каждый по-своему правильно подходит к решению вопроса, но до сих пор в системе образования не предусмотрено общей технологии и единой комплексной модели формирования здорового образа жизни.

Всемирная организация здравоохранения еще в 1946 году дала определение здоровья как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [1], однако, по-прежнему большинство молодых людей не видят взаимосвязи всех этих трех составляющих здоровья, их взаимообусловленности и взаимовлияния: физического на душевное и социальное, и наоборот. Нет понимания, что счастье, успех, отношения с людьми, необходимо тренировать как и физическое тело, доводить до совершенства сознательными усилиями. У молодежи отсутствуют знания того, что правильно поставленные мечты и жизненные цели формируют здоровую центральную нервную систему организма, что в целом укрепляет и физическое и душевное и социальное здоровье.

Таблица 1 - Модель «Здоровый образ жизни» (по Полякову В.А.) [3,5]

Уровни отношений человека с окружающим миром	Уровни развития	Потребности человека	Уровни исследования психологической системы-человек
Человек и мир общечеловеческих отношений	Уровни общественного развития	Потребность в мировоззренческом совершенствовании	Психо-концептуальный
Человек и мир общественных отношений		Потребность в благотворительности и служении обществу	Психо-энергетический
Человек и мир коллективных отношений		Потребность в самоактуализации в коллективных отношениях	Психосоциальный
Межличностные отношения	Переход от индивидуального к общественному	Потребность в признании и уважении	Психогенетический
Человек и информационный мир	Уровень индивидуального развития	Потребность в интеллектуальном развитии	Психокогнитивный
Человек и эмоционально-чувственный мир		Потребность в эмоциональном проявлении	Психо-эмоциональный
Человек и материальный мир		Психофизические и психофизиологические потребности	Психофизический и психофизиологи-ческий

В сентябре 2016 года мы провели опрос студентов 1-2 курса разных факультетов педагогического университета, которые посещают факультативные занятия по программе физического воспитания и оздоровительной физической культуре. Мы поставили два вопроса: «Что такое здоровье?» и «Что такое здоровый образ жизни?». Цель опроса: выяснить осведомленность студентов на предмет здоровья для последующего формирования здорового образа жизни. Опрос проводился письменно, с просьбой писать произвольно, искренне, так, как они это понимают.

На первый вопрос мы получили следующие ответы: здоровье - это отсутствие болезней, когда ничего не беспокоит, когда хорошо себя чувствуешь, состояние бодрости и достаточности физических сил, жизнь без лекарств, когда живешь и не думаешь о болезнях и т.п.

На второй вопрос поступили следующие ответы: здоровый образ жизни - это соблюдать режим дня, высыпаться, правильно питаться, поддерживать физическую форму, заниматься спортом, «не пить и не курить», вести активный образ жизни, путешествовать и быть в форме...

Как видно, в обеих случаях, все ответы описывают состояние физического благополучия, и нет ответов, раскрывающих душевную и социальную составляющие определения здоровья. Это подтвердило наше предположение о неосведомленности молодых людей о взаимовлиянии физического самочувствия на настроение, душевных переживаний на мысли и поступки, социальной реализации на способности мечтать и ставить цели. То есть о глубинных причинах здоровья. Дать эти знания молодежи – значит вооружить их новым мышлением, отвечающим на острые вопросы в сфере человеческого здоровья.

Одна из важных задач кафедры физического воспитания и оздоровительной физической культуры Кировоградского государственного педагогического университета им. В.Винниченко - формирование стойкой мотивации к занятиям физической культурой и формирование здорового образа жизни студентов. Чтобы формировать образ, надо каждому его создать в своем сознании.

Просвещение студентов на тему здоровья стало нашей стратегической задачей: дополнить во время занятий физических их знания о сути душевного и социального благополучия. Знать и применять широкий диапазон инструментов тела, души и духа своей индивидуальности должен каждый человек. Поэтому, дополнительно к комплексу физических упражнений и спортивных занятий, мы уделяем внимание тематическим психологическим заданиям, упражнениям с элементами социального тренинга, релакс-практикам и ментальному моделированию образа будущего. Отвечая на вопрос: «Ради чего мы тренируем тело? Зачем нам здоровье?», мы знакомим студентов с единой картиной мира и местом человека в нем, включаем беседы на тему природоориентированного развития и обсуждения комплексной модели здорового образа жизни.

Причиной здоровья является сама жизнь. Образ жизни человека, который формируется на основе раскрытия его предназначения и знания универсальных законов Природы, мы называем здоровым, ведь незнание законов не освобождает от ответственности за их нарушения.

Междисциплинарный и системный подход к решению проблем общественного здоровья наилучшим образом, на наш взгляд, синтезирован в модели «Здорового образа жизни», которую предлагают новаторы международной научной школы универсологии [4], и которая легла в основу наших тематических дополнений к физическому воспитанию студентов.

Универсальная модель здорового образа жизни включает 7 задач или 7 универсальных направлений развития, на основе которых мы разработали комплексную программу занятий. Теперь программа физического воспитания и оздоровительной физической культуры включает базовые упражнения для тренировки физического тела, и дополнительные упражнения для эмоционально-чувственных состояний, ментальной активности, социальной адаптации, раскрытия творческих способностей. Студенты решают коллективные задачи в процессе сотворчества, проявляют альтруизм общественного служения, участвуют в формировании здоровых стратегий будущего, что позволяет реализовывать личные задачи, нарабатывать опыт коллективного сотворчества и формировать сознание здорового активного инициативного гражданина общества.

Список литературы:

1. Как ВОЗ определяет здоровье? [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int/suggestions/faq/ru/ (дата обращения: 05.11.2016).
2. Мы за здоровый образ жизни [Электронный ресурс] URL: http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/ (дата обращения: 05.11.2016).
3. Поляков В.А. Моделирование системы здорового образа жизни.- Мн.: ВЭВЭР, 2000. - 136с.
4. Поляков В.А. Универсология. – М.: Амрита-Русь, 2004. – 320 с.

5. Полякова И.Ю., Поляков В.А. Психосистемология. Причинно-системная психология: теория и практика. – Мн.: 2003.-244 с.

УДК 364.3

Горошко О.М., Драчук В.М.
Буковинский государственный медицинский університет, г. Черновцы, Украина

ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В АСПЕКТЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

В статье освещены вопросы становления самоподготовки студентов в процессе обучения, роль преподавателя в процессе самостоятельной работы, а также значение ее в формировании специалиста и в процессе его практической деятельности.

Ключевые слова: *студент, самоподготовка, самообразование.*

Goroshko O.M., Drachuk V.M.
Bukovina State Medical University, Chernovtsy, Ukraine

PROBLEMS OF PREPARATION OF PHARMACEUTICAL SPECIALISTS IN THE ASPECT OF INDEPENDENT WORK

The article highlights the issues of formation of self-study of students in the learning process, the role of the teacher in the process of self-study, as well as its importance in the formation of a specialist, and in the process of practice.

Keywords: *student, self-study, self-education.*

Учитывая быстрое развитие фармацевтической практический фармацевт стоит перед требованием времени - постоянное самосовершенствование. Практика указывает на то, что значительное количество специалистов является демотивированым, это ведет к снижению стандартов труда. На сегодняшний день остро стоит вопрос реформирования в системе образования с целью оптимизации соответствия между сложившимися традициями в высшей школе и новыми тенденциями развития мирового образовательного пространства для обеспечения соответствующей конкурентоспособности на рынке труда.

Период обучения является важным этапом профессионального самоопределения специалиста. Профессиональное самоопределение является процессом формирования в личности отношение к себе как к субъекту будущей профессиональной деятельности, поможет в дальнейшем адаптироваться к жизни в новых социально-экономических условиях [2].

Актуальность данной проблемы обусловлена недостаточной теоретической и методической разработанностью форм и методов организации изучения учебного материала и материала вынесенного на самостоятельное изучение, но и организацией самостоятельной работы студентов вузов, а также перспективности ее развития.

Цель государственной политики в области образования - это создание условий для развития личности, творческой самореализации каждого студента, воспитания поколения профессионалов, которые будут эффективно работать и учиться в течение жизни. Поэтому, основная задача высшего учебного заведения заключается в вооружении студентов теоретическими знаниями и практическими навыками, с которыми им, вероятно, придется столкнуться в будущем. Однако, не менее важным этапом является научить студентов самосовершенствоваться, развить у студента способность использовать знания, умения и навыки для поиска, обработки и использования информации в конкретной ситуации и для решения конкретных профессиональных проблем. Решением данной проблемы является самостоятельная работа студента в период обучения.

Самостоятельная работа, как составной компонент процесса обучения спланированная и методично направлена на личную деятельность без прямой помощи преподавателя и является определенной реакцией современной системы образования на информационный взрыв, поэтому самостоятельность и самостоятельная работа является неотъемлемой составляющей профессиональной компетентности специалиста, основы которой закладываются в процессе непосредственного обучение в ВУЗе [1]. Самостоятельная работа студента является основным средством овладения учебным материалом, которая выполняется в свободное от обязательных учебных занятий и требует проводить работу в библиотеке и интернете, осуществляя небольшие научные поиски.

Однако, следует отметить, что самостоятельная работа студентов один из самых сложных видов учебной деятельности студента с точки зрения его организации том, что результативность выполнения работы зависит от самого студента, его воли, настойчивости, трудолюбия, общей подготовки, способностей, умение выделять цель и содержание работы, организовывать собственную самообразование. Мыслящий студент, стремится к самореализации, в зависимости от поставленных целей, должно направлять свою работу на разработку стратегий обучения и определения показателей успеха, как связующего звена для осуществления цели. Сегодня, во время новых информационных технологий, мыслящий человек обязан наблюдать, анализировать, вносить предложения, отвечать за принятые решения и уметь преодолевать конфликты и противоречия. В условиях скоростной изменения видов и форм информации от высококомпетентного специалиста требуют активного и адекватного процесса ее переработки. Это в свою очередь требует, чтобы самостоятельная научно-информационная деятельность органично встраивалась в учебный процесс на любом этапе и при любой форме организации.

Ведущей задачей современной системы образования возникает формирование у студентов способность к компетентности самообразования и способности к эффективному осуществлению самообразования с использованием новейших форм с опорой на электронные учебно-информационные и образовательные ресурсы сети Интернет для непрерывного самосовершенствования по реализации социальных, личностных и профессионально-педагогических функций [4].

При изучении учебной дисциплины выделяют такие виды самостоятельного учения студента как слушание лекций, участие в семинарских занятиях, выполнение практических и лабораторных работ; подготовка рефератов и курсовых работ, написание дипломной работы; подготовка к модульному контролю и испытаний; работа с литературой и др.

Задача педагога в этом инновационном процессе стимулирования долга и ответственности. Важно правильно организовать этот вид деятельности студента, создать условия для качественной самостоятельной работы. Самостоятельная работа является основным способом овладения материалом в свободное от обязательных учебных занятий время, но ее содержание определяется рабочей программой, методическими материалами, задачами и указаниями преподавателя. Наличие задач по всем темам самостоятельной работы позволяет студенту планировать и распределять свое время. Преподаватель ставит требования и контролирует выполнение этих требований, указывая на недостатки, делая правильные замечания, чтобы вызвать более ответственное отношение к учебе. При необходимости, для направления студента на правильность решения этой или иной работы, студентам предоставляются индивидуальные консультации. При оценке теоретические знания учитываются выполнения задач вынесенных на самостоятельную проработку по каждой дисциплине в частности. Результаты самостоятельной работы могут существенно влиять на заключительную оценку студента, а публичность результатов является стимулом для улучшения качества обучения как среди студентов одной группы, так и между группами. Работы студентов, имеющих научную основу, могут развиваться на научных студенческих кружках. Индивидуальные работы студентов заслушивались на заседаниях научного общества оцениваются дополнительно.

Однако реалии жизни доказывают, что сегодня недостаточно творчества и проектирования в современной молодежи. Проблемным камнем эффективного обучения является то, что студенты находятся в свободе собственного обучения. Но особенности человеческой психики сформированы так, что требуют определенного времени на осознание и усвоение информации, а в результате самообучения «игнорируется» контакт с преподавательским составом вузов, существенно снижает качество обучения. Роль педагога сводится к развитию студенческой самостоятельности, предоставляя возможность до, во время и после обучения осуществлять определенный контроль над своими знаниями и умениями. Особое внимание следует уделить реализации принципа самоорганизации, которая возможна только при условии смещения акцентов учебно-воспитательного процесса на самостоятельную работу субъектов обучения.

Итак, процесс вузовского обучения необходимо построить так, чтобы шло развитие творческой самостоятельности специалиста, осуществлялась его подготовка к дальнейшей непрерывного самообразования и самосовершенствования, поскольку только тот который обладает достаточной суммой знаний и умений, может заявить о себе как о неплохого профессионала и реализовать себя через собственную деятельность, что в итоге принесет определенный реальный состояние, достижения.

Список литературы:
1. Коджаспирова Г.М., Коджаспиров А.Ю. Педагогический словарь: Для студ. высш. и сред.пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр ―Академия, 2003. - 176 с.
2. Валаханович С. А., Психолого-педагогические особенности развития личности студента и их влияние на самоуправление в учебной деятельности // за матеріалами сайту: http://charko.narod.ru/index63.htm 4. Ростопшин П. Психо- логия и педагогика. - М.: ПРИОР, 2000. - 96 с.
3. Кисельова О. Б. Формування компетентності самоосвіти у майбутніх педагогів в умовах інформаційно-навчального середовища : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.09 «Теорія навчання» / О. Б. Кисельова. – Х., 2011. – 20 с.

УДК 37.376

Григорова Ю.А.
РЦ «Талисман» города Екатеринбурга, г. Екатеринбург, Россия

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ, В УСЛОВИЯХ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ И ЛЕКОТЕКИ

В статье рассматриваются формы работы с семьей, воспитывающей ребенка с особыми потребностями, способствующие профилактике детской инвалидности.

Ключевые слова: *дети с особыми образовательными потребностями, служба ранней помощи, профилактика инвалидности, сопровождение семьи.*

Grigorova, Y. A.
RC "Talisman" Ekaterinburg" , Ekaterinburg, Russia

SOCIO-PEDAGOGICAL SUPPORT OF FAMILIES RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES, IN TERMS OF EARLY INTERVENTION SERVICES AND LEKOTEK

The article discusses the forms of family work with families raising a child with special needs, contributing to the prevention of childhood disability.

Key words: *children with special educational needs, the service of the early help, prevention of disability, support of the family.*

Проблема ранней помощи детям с особыми потребностями в настоящее время является чрезвычайно актуальной, т.к. доля первичной заболеваемости в структуре общей заболеваемости составляет почти 80 %. Около 40 % детей заболевают в период первых трех лет жизни. На стабильно высоком уровне, с тенденцией к увеличению, держится процент заболеваемости детей в перинатальный период, что оказывает существенное влияние не только на общее состояние здоровья, но и влечёт за собой риски нарушений и задержки развития жизненно важных функций.

Очевидно, что проблема сохранения и укрепления здоровья и развития детей приобрела особую, не только медико-социальную, но и национальную, стратегическую значимость. Таким образом, мы имеем общественно значимую проблему, связанную с необходимостью ранней профилактики нарушений развития в более расширенной форме и требующую иных технологических решений.

На современном этапе в реабилитологии и образовании идет постоянный поиск новых форм и методов оказания комплексной помощи детям с особыми образовательными потребностями. Как показывает практика, многие дети с ограниченными возможностями здоровья, особенно в возрасте от полутора до двух лет, не имеют статуса «ребенок-инвалид» и, соответственно, права на установленные законом меры социальной поддержки, хотя остро нуждаются в реабилитации и специализированной помощи. Оказать эффективную поддержку данной категории детей возможно при включении в деятельность реабилитационных центров программ поддержки детей с устойчивыми функциональными нарушениями (службы ранней помощи и лекотеки).

В ГАУ «РЦ «Талисман» города Екатеринбурга» сделаны первые шаги в создании системы ранней помощи детям от 0 до 3 лет и их семьям – с 2008 года в учреждении проводится активная работа с детьми раннего возраста, имеющими нарушения развития различной степени выраженности, в 2010 г. создана Служба профилактики нарушений развития детей раннего возраста (далее СПНР), а с декабря 2012 года, реализуется совместный проект «Я буду учиться» Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, Министерства Социальной Политики Свердловской области, компании «Амвей». В рамках этого проекта в реабилитационном центре открыта первая на Урале лекотека - служба психолого-педагогического сопровождения детей с проблемами в развитии и их родителей.

Опыт работы специалистов нашего центра с детьми раннего возраста показывает, что, чем раньше выявлены нарушения в развитии ребенка, тем эффективнее помощь специалистов в преодолении этих нарушений, поскольку первые годы жизни ребенка (от рождения до 3 лет) являются самыми благоприятными для формирования личности ребенка и развития его мозга. Проведение адекватного систематического лечения и реабилитации с первых дней жизни ребенка позволяют исключить или максимально минимизировать тяжесть инвалидности.

В программы СПНР и лекотеки включаются дети с ограниченными возможностями с 2 месяцев до 7 лет, которые нуждаются в непрерывном психолого-педагогическом и социальном сопровождении.

Основной целью деятельности специалистов является создание благоприятных условий для развития личности ребёнка и психологической поддержки его семьи. В планировании деятельности специалистов применяется командный подход: с семьей работает команда специалистов – руководитель, педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог, инструктор по двигательному развитию.

В ходе выполнения программ ранней помощи и лекотек специалисты реализуют индивидуально-ориентированные программы, разрабатываемых исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников; проводят психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями развития при наличии согласия родителей (законных представителей); проводят обучение родителей (законных представителей) методам игрового взаимодействия с детьми, имеющими нарушения в развитии; оказывают помощь родителям (законным представителям) в подборе адекватных средств общения с ребенком;

Деятельность специалистов, оказывающих помощь данной категории семей направлена на:
1. поддержку усилий родителей по развитию личности ребенка;
2. налаживание эффективного общения ребенка с другими членами семьи;
3. формирование предпосылок к обучению;
4. гармонизацию родительско-детских отношений.

Деятельность специалистов направлена на стимуляцию игровой деятельности детей с нарушениями развития. Игра – ведущий вид деятельности ребенка дошкольного возраста, приносящий ребенку удовольствие и создающий условия для формирования средств общения и социально ориентированного поведения, усложняется по мере его развития. Игра для ребенка – это добровольно выбранная активность, в которой ребенок чувствует себя безопасно, успешен, испытывает удовольствие. Благодаря игре, организованной и поддержанной взрослым, малыш накапливает свой эмоциональный и социальный опыт, получает знания об окружающем мире.

Специалисты при проведения абилитации с помощью игры придерживаются следующих принципов:
1. стимуляция и поддержка игровой деятельности;
2. недирективность в игровом взаимодействии с ребёнком;
3. уважительное отношение к игре ребёнка и к самому ребёнку;
4. адекватность игр и игрушек уровню и особенностям развития ребёнка;
5. оптимальная организация игровой среды.

Для обеспечения полноценного вовлечения ребенка с ограниченными возможностями в игровую активность специалистами Лекотеки используются вспомогательные средства: оборудование для развития общих движений; игрушки для развития движений рук и ручных навыков; игрушки для развития тактильного, зрительного, слухового восприятия, мышления; игрушки для развития речи и языка, средства альтернативной коммуникации; игрушки для социально – эмоционального развития; средства для музыкального развития;

Важным условием является активное участие родителей. Равноправное партнерство специалистов и родителей – одно из важных условий эффективной работы. Перед специалистом стоит важная задача – вовлечение родителей в работу по развитию ребенка. В работе с семьей специалисты стремятся создать условия для того, чтобы родители сами формулировали запрос к специалисту, принимали активное участие в диагностике ребенка, вместе со специалистами планировали индивидуально-ориентированную программу работы с семьей и участвовали в реализации этой программы.

Родители детей с ограниченными возможностями нуждаются в квалифицированной психолого-педагогической помощи. В ходе совместной работы родители получают всю необходимую информацию о том, как организовать занятия в домашних условиях для максимального развития ребенка в зависимости его индивидуальных возможностей.

Внедрение данных форм работы в реабилитацию позволяет расширить пути помощи семьям, воспитывающих детей с особыми образовательными потребностями. Родители и ребёнок получают квалифицированную индивидуально-ориентированную помощь специалистов, основанную на игре, как основном методе обучения знаниям, навыкам и преодоления проблем развития.

Список литературы:

1. Казьмин А.М., Петрусенко Е.А., Чугунова А.И., Ярыгин В.Н. ,отв. Ред. Цапенко М.М. Организация деятельности лекотек и служб ранней помощи // Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, Москва, 2011 г.
2. Казьмин А.М., Казьмина Л.В.Дневник развития ребенка от рождения до трех лет. – М, Когито-центр, 2001 г.

УДК 364.3

Гудуева Э.В., Будаев Б.С.
Республиканский базовый медицинский колледж им. Э.Р. Раднаева, г. Улан-Удэ, Россия

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Создание индивидуальной социально-благополучной среды для студента – одна из актуальных проблем социальной педагогики и образовательного учреждения. В современных условиях образовательное учреждение по важности и места в жизни молодых людей занимает главенствующую роль наряду с семьей, как институт формирования личности молодых людей.

Ключевые слова: *образовательное учреждение, социальный педагог, воспитание, социальная активность.*

Gudueva E.V., Budaev B.S.
Republican Base Medical Collegethem. E.R. Radnaeva , Ulan-Ude, Russia

THE ROLE OF SOCIAL TEACHER IN AN EDUCATIONAL INSTITUTION

Creation of individual socially-friendly environment for the student is one of the most urgent problems of social pedagogics and educational institution. Educational institution plays a central role in young people's lives, greatly contributing to maturing their personalities, along with the family.

Key words: *educational institution, social teacher, upbringing, social activity.*

Развитие и социальное формирование личности является одной из задач деятельности человека. Социальная педагогика направляет к социальной активности. Современное образовательное учреждение представляет собой социально - личностно развивающую, образовательно-воспитательную систему, создающую условия для становления человека, развитие разносторонней и творческой личности, включенную в систему общественных отношений.

И.Э.Петрова, Е.С. Сироткина определяют понятие социального педагога - нам специалиста, осуществляющий следующие виды профессиональной деятельности: научно - методическую; социально-педагогическую; культурно - просветительскую; коррекционно - развивающую и управленческую.[3]

Круг вопросов, которые решает социальный педагог в различные периоды обучающегося в образовательном учреждении (адаптация, сдача аттестационных экзаменов, перевод на новую ступень обучения и др.) широк и многообразен. В свою очередь требует от специалиста высоких профессиональных качеств, знаний и умений.[4]

В настоящее время осмысление деятельности социальных педагогов в научной литературе и специальных рекомендаций Министерства образования (например, Методическое письмо Министерства образования РФ от 27 февраля 1995г. №61/20-11 «О социально-педагогической работе с детьми») к важнейшим составляющим профессии социального педагога относят образовательно-воспитательную функцию. Социальный педагог обеспечивает целенаправленное педагогическое влияние на поведение и деятельность студентов, содействует интеграции педагогических потенциалов.

Не менее значима в профессиональной деятельности социального педагога диагностическая функция. Она предполагает постановку социального диагноза, для чего проводится изучение личностных особенностей и социально-бытовых условий жизни студентов, семьи и социального окружения; выявляются позитивные и негативные влияния на студента, а также различного рода проблемы. Социальный педагог совместно с психологом содействуют выявлению одаренных студентов.

Многие специалисты, исходя из многоплановой деятельности социального педагога, к его диагностической функции относят также психологическую диагностику, используя ее результаты он может определить социально-педагогические последствия заболеваний и признаки их влияния на формирование личности. Психологическая диагностика, проводится с целью - использования результатов поставленного диагноза о состоянии психологических особенностей личности в работе социального педагога. Социальная диагностика с целью научно обоснованного заключения о состоянии социального здоровья студента; педагогическую диагностику, включающую изучение личности студента и студенческого коллектива для обеспечения в дальнейшем индивидуального подхода в процессе воспитания; социально-педагогическую диагностику, в процессе которой происходит сбор информации о влиянии на личность и социум социально-психологических, педагогических, экологических и социологических факторов.

Социальный педагог изучает психолого-педагогические особенности личности и ее микросреды, условия жизни, выявляет интересы и потребности, трудности и проблемы, конфликтные ситуации, отклонения в поведении и своевременно оказывает социальную помощь и поддержку обучающимся, выступает посредником между личностью и образовательным учреждением, семьей, средой, органами власти. [1]Специалист способствует социальной защите обучающихся, реализации прав и свобод, обеспечению охраны жизни и здоровья, пропаганде здорового образа жизни. [2]

Содержание практической деятельности социального педагога можно представить, в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих» закреплены должностные обязанности и требования к квалификации социального педагога:

- осуществляет комплекс мероприятий по воспитанию, образованию, развитию и социальной защите личности;
- своевременно оказывает социальную поддержку и помощь нуждающимся в опеке и попечительстве, с ограниченными физическими возможностями, девиантным поведением, попавшим в экстремальные ситуации;
- выступает посредником между обучающимися и учреждением, семьей, средой, специалистами различных социальных служб и т.д.
- участвует в подготовке родительских собраний и консультативной помощи родителям и т.д.

Можно представить, как реализацию социальных ролей: посредника, помощника, наставника, защитника, эксперта, советчика, исследователя.

В ГАПОУ «Республиканский базовый медицинский колледж им. Э.Р.Раднаева» эти функции выполняют педагог-психолог и заведующий по воспитательной работе и социальным вопросам. Как показывает списочная численность, что к лицам не достигшим совершеннолетия относятся большая часть обучающихся первого курса. По результатам проведённого анализа посещаемости и опозданий студентов на 1 октября 2016г., было выявлено, что 3% студентов не достигших совершеннолетия пропускали пары и 7% из числа этих студентов опаздывали на занятия. Образовательным учреждением в целях профилактической работы были проведены собрания со студентами, индивидуальные беседы с родителями по вопросам успеваемости, обучения и воспитания. Во время индивидуальных бесед, был проведен опрос, где выявлено, что большая часть студентов опаздывают на занятия, в связи с тем, что живут в отдаленных районах г. Улан-Удэ, студенты не посещающие занятия большая часть, которых являются семейными и имеют детей. По результатам проведенной работы, а именно собрание и индивидуальные беседы со студентами и родителями показали свою эффективность. В настоящее время при проведенных дежурствах опоздавших сократилось на 6%, посещаемость выросла на 2%.

Таким образом, должность социального педагога является важной составляющей частью в образовательном учреждении.

Согласно плана на 2016-2017г. проводятся мероприятия, как посвящение в студенты, «Алло мы ищем таланты», «День здоровья», а также различные совместные проекты в рамках городского и республиканского уровня. Студенты медицинского колледжа принимают активное участие в мероприятиях, где адаптируются и раскрывают свои творческие, спортивные способности и проявляют интерес к общественной деятельности (волонтерство, взаимопомощь, социальная помощь и т.д.).

В сентябре 2016г. было проведено исследование целью, которого стало выявление среди студентов первого курса показателей на адаптацию, удовлетворенность предоставления образовательных услуг, социально - бытовыми условиями, проживанием в общежитии и питанием в столовой. Полученные результаты показали, что 97% респондентов довольны предоставляемыми услугами и учебным процессом в целом.

Таким образом, важное место в образовательном учреждении занимает должность социального педагога, который способен к каждодневному саморазвитию, что дает возможность для раскрытия индивидуального потенциала студентов, формированию и готовности к социальной и профессиональной адаптации, так как образование целостно охватывает процесс целенаправленного формирования личности студента.

Список литературы:

1. Басов Н.Ф. Социальный педагог: Введение в профессию: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2006.С.32
2. Никитина Н.И. Методика и технология работы социального педагога. - М.: Гуманитар. Изд. Цент ВЛАДОС, 2007. С.25
3. Петрова И.Э, Сироткина Е.С.. Актуальные проблемы социальных педагогов в образовательном учреждении // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевевского. Серия Социальные науки - 2012.-№4.-С.130.
4. Среднее профессиональное образование: ежемесячный теоретический и научно-методический журнал. – Москва: № 5, 2010.

УДК 364.3

Гырылова О.А., Будаев Б.С.
Республиканский базовый медицинский колледж им. Э.Р. Раднаева, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК АКТИВНАЯ ФОРМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТУДЕНТОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Необходимость социального партнерства в области здравоохранения в свете современных подходов к проблеме актуальна, так как социальное партнерство должно представлять интересы всех участников образовательного пространства, в том числе работодателей, что является важнейшим условием обеспечения качественного профессионального образования и обучения.

Ключевые слова: *социальное партнерство, образовательное пространство, практика совместного взаимодействия, профессиональная деятельность.*

Gyrylova O.A., Budaev B.S.
Republican Base Medical Collegethem. E.R. Radnaeva , Ulan-Ude, Russia

SOCIAL PARTNERSHIP AS ACTIVE FORM OF INTERACTION OF STUDENTS IN THE EDUCATIONAL SPACE

The questions of social partnership. The need for social partnership in education in accordance with contemporary theoretical perspectives on education. Social partnership should represent the interests of all participants in the educational space, as well as employers, which is essential to ensure quality vocational education and training.

Keywords: *social partnership, educational space, the practice of joint cooperation, professional activity.*

Образование в современном мире выступает важнейшим фактором национальной безопасности, социальной стабильности и развития общества. Выступая одной из важнейшей сферой подготовки человека к продуктивной жизнедеятельности и профессиональной самореализации, образование несет в себе системообразовательный ресурс социального, экономического и политического развития общества в целом. Одним из условий развития общества в образовательном пространстве является социальное партнёрство как активная форма взаимодействия студентов с работниками системы образования и различных социальных субъектов здравоохранения. По мнению И.М. Реморенко, социальное партнерство по отношению к образованию следует понимать как:

- партнерство внутри системы образования между социальными группами данной профессиональной общности;
- партнерство, в которое вступают работники системы образования, контактируя с представителями иных сфер общественного воспроизводства;
- партнерство, которое инициирует система образования как особая сфера социальной жизни, делающая вклад в становление гражданского общества.

Само понятие социального партнёрства подразумевает под собой не только теоретические аспекты, а так же и практику совместного взаимодействия в выработке единой концепции принятия решения и разделения ответственности между всеми участниками образовательного процесса. Одним из важнейших принципов социального партнёрства является воспитание социально активной личности, подготовленной к дальнейшей профессиональной деятельности в гражданском обществе, способной принимать решения, достигать поставленных целей. Характерными признаками образовательного пространства являются открытость, возможность обсуждения и изменения. Как показывает статистика проведенного опроса среди студентов медицинского колледжа, значительная часть респондентов готова к обсуждению и решению действительных проблем развития современного образования и взаимодействия в данной образовательной среде. Так из проведенного опроса о готовности к партнёрству среди студентов колледжа, согласием ответили – 93 % опрошенных, что является положительным показателем готовности к социальному партнёрству.

Для практической деятельности социального партнёрства у студентов должны быть сформированы умения и навыки социального взаимодействия. То есть, готовность к социальной практике, которая в свою очередь направлена на решение проблем с целью формирования и развития компетенций социального взаимодействия. Социальная практика включает студенческое самоуправление, волонтёрские инициативы, социально-проектную деятельность студентов и многое другое. Площадками для такой практики в медицинском колледже являются лечебно-профилактические учреждения Республики Бурятия и г. Улан-Удэ, а так же сотрудничество с другими образовательными учреждениями города Улан-Удэ, молодежный совет и т.п., решающие образовательные и воспитательные задачи. Во время социальных практик студенты осваивают самый широкий спектр социальных ролей. Это - создание условий для вовлечения студентов в общественную работу, в работу органов студенческого самоуправления, формирующих умения и навыки социального взаимодействия, что является важным средством воспитания будущего специалиста, обладающего активной гражданской позицией.

Однако при этом необходимо обеспечить решение важной социальной задачи: обеспечение востребованности студенческих инициатив. Одним из средств решения этой проблемы является наращивание социального партнёрства колледжа и различных социальных субъектов. Такое партнёрство должно быть ориентировано на достижение общих интересов: подготовку творческих, профессионально грамотных, мобильных, социально активных и высококвалифицированных специалистов. В ходе взаимодействия решаются следующие задачи:

-установление социальной гармонии в ходе взаимодействия, ослабление социальных различий;

-создание нормативно-правового обеспечения социального партнёрства;

-выстраивание индивидуальной траектории образования, удовлетворение потребностей обучающегося, в том числе и в общественной работе;

-повышение социальной, правовой защищённости студентов, оказание помощи в трудоустройстве.

Таким образом, социальное партнерство, как активная форма взаимодействия студентов в образовательном пространстве, это способ достижения баланса интересов всех участвующих на рынке образовательных услуг субъектов. Социальные партнеры должны совместно принимать активное участие в обязательной профессиональной ориентации и консультировании обучающихся в системе среднего образования. Работать не только со студентами выпускных групп, которые в большинстве своем уже определились с выбором места работы, но и с обучающимися первого и второго курса посредством организаций и проведения бесед, экскурсий со специалистами, медицинским персоналом, проведением дней открытых дверей.

Список литературы:

1. Реморенко И.М. «Социальное партнерство» в образовании: понятие и деятельность// Новый город: образование для изменения качества жизни. - М.; СПб.: Югорск, 2003.

2. Никитина Г.В. Потенциал социальной практики // Высш. образ. в России.-2012.-№12.-С.143.

3. Захарова С.М. Социальное партнёрство и качество образования // Высш. образ. в России.-2013.-№3. – С.119.

4. Среднее профессиональное образование: ежемесячный теоретический и научно-методический журнал. – Москва: № 1, 2014.

УДК 316

Day B., Dugan-Day, M.L.

Missouri State University, Springfield, Missouri, U.S.A.

NURSING HOME CULTURE CHANGE: STAFF PERCEPTIONS

Study explores staff perceptions of Nursing Home Culture Change (NHCC), an urgent geriatric issue. The study suggests formal implementation of NHCC, measurement of subscales, sorting of participants, and further research.

Key Words: nursing home culture change, culture change indicators, staff empowerment, long term care, nursing home.

Topicality of the Problem

Nursing Home Culture Change (NHCC), the empowerment of residents and staff, is one of the major developments of modern long term care [3, 6, 7, 8, 11]. A NHCC has been defined as a "non-institutional, resident-directed model of care intending to promote autonomy and control for residents residing in nursing home and those who work closely with them" [7, p.1]. The NHCC movement aims to make nursing home care more truly homelike not only in appearance but in practice. A complete and current description of NHCC can be found at a progressive long term care website The Pioneer Network [10].

Most research and literature on NHCC has focused on changes for residents such as quality of life, activity involvement, overall physical health and mental/social well-being. However, it has been proposed that changes for the staff are imperative for true culture change to occur [1, 2, 9]. There is pressing need to continue exploration of benefits for residents, however, only focusing on residents provides an incomplete understanding. Research should also explore staff perspectives where facilities are adopting NHCC.

In the present study, NHCC implementation is explored from the staff perspective. The facility was starting the process of NHCC. The administrator introduced the culture change movement to the staff by way of in-service meetings which described the philosophy. The building underwent a major renovation which produced a significant change for a homelike environment. A change in staffing was occurring where there was training and mentorship to front line staff. The plan was to give frontline staff more autonomy and decision making authority. Hypotheses were: 1) staff would rate themselves as very ready for NHCC; 2) staff would rate the facility as making very good progress toward NHCC.

Material and Methods

This was a quantitative study with a survey conducted after the NHCC policies had been implemented at the facility. The target population was the entire staff (about 100 staff members) of a Midwestern long term care facility (150 beds). The implementation was the building renovation and a onetime training on NHCC. Researchers used NHCC indicators and scales from an existing survey created by The Institute for Caregiver Education, Inc. including four domains: Environment, Organizational Procedures, Resident Involvement, and Staff Empowerment [4]. Each of these domains is a subscale of 12 items. Likert scales presented to staff began with zero indicating the item is not even considered, one indicating the item has been thought about, two indicating the item is sometimes used, three indicating the item is used a great deal, and four indicating the item is fully implemented. Likert scaled items were added to the end of the survey evaluating the staff's overall impression of facility progress toward Culture Change (1-5) and their individual readiness for NHCC (1-5). Basic demographic information was collected. Staff completed the survey anonymously at staff meetings and during breaks at the facility.

Data from collected surveys was examined independently by two researchers and compared to ensure that entry into SPSS was accurate. All data entered fell within parameters of the Likert scales (Change Indicators 0-4, individual readiness and facility progress 1-5). Responses to Change Indicator survey items were re-coded from 0 - 4 into 1-5 to allow analysis. For data analysis, researchers wanted to compare "staff ready" to "staff not ready". So, the highest categories of Individual Readiness on the survey (ready and very ready) were combined and re-coded into "individual ready." "Individual not ready" was a re-coded category comprised of negative (undecided, not ready, and not ready at all) responses. Data on the staff view of overall progress in NHCC was transformed into two categories by combining good and very good into "progressing well" and then combining very poor, poor, and average responses for a category of "poor progress."

There were a total of 49 usable surveys. In regard to Hypothesis One, 87.8% of respondents were "individually ready" for NHCC. In regard to Hypothesis Two, only 33% of the staff perceived the overall progress as "progressing well." From the NHCC domains/subscales and demographic data, correlations of major variables were explored to add more depth to analysis. The following are significant findings. Age and education were significantly correlated with one another $r = .484$, $n = 25$, $p = .014$. Other significant, positive correlations were: age-facility progress $r = .334$, $n = 43$, $p = .029$ and education-facility progress $r = .595$, $n = 20$, $p = .001$. Individual Readiness for Culture Change was significantly correlated to the subscale Staff Empowerment, $r = .414$, $n = 40$, $p = .008$. There was not a significant correlation between individual readiness and the total NHCC indicator score.

The data strongly supported Hypotheses One, the staff rated themselves as very ready for NHCC. The question becomes whether staff are ready because they are personally invested and trained or are they ready because they perceive change to be sorely needed. The mean for the subscale Staff Empowerment was lower than the other subscales. One wonders if cosmetic changes were expedient to implement while empowerment was a more difficult change. The facility had no formal plan for implementation. Without a plan for implementation it is difficult to know the intentions or if the intentions were launched. It appears that a formal plan for each stage NHCC is wise [5].

A concern was raised during analysis regarding the total NHCC score, (an average of all the domains), which indicated that NHCC was underway; such averaging of the domain subscales masked low staff empowerment scores. In a related finding, there was a significant correlation between Staff Empowerment and Individual Readiness. This is important because if leadership team members are empowered and staff are not empowered it may bear on real and sustained change at a facility, and that domain subscales are likely critical.

Hypothesis 2 that the staff would rate the nursing home as progressing very well toward NHCC was not supported. There was an apparent disconnect between the initiatives being implemented and the perception of the staff about change. Separate measurement of staff experience seems crucial to accurate information about NHCC. The survey was given to both administrators and staff and these data were comingled, this is a limitation to the present study. The study suggests formal implementation NHCC, measurement of subscales, and sorting of data by leadership team and staff is needed. Further research is needed with both Nursing Home Change Indicators both before and after NHCC implementation with subscales that differentiate staff perception.

References:

1. Bowers, B., & Nolet, K. (2011). Empowering direct care workers: Lessons learned from The Green House ® Model. *Seniors Housing & Care Journal, 19* (1)109-120.
2. Gibson, D. E., & Barsade, S. G. (2003). Managing organizational Culture Change: The case of long-term care. *Journal of Social Work in Long-Term Care, 2*(1/2) 11-3.
3. Hill, N. L., Kolanowski, A. M., Milone-Nuzzo, P., & Yevchak, A. (2011). Culture change models and resident health outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1), 30-40
4. Institute for Caregiver Education. (2008). Culture Change Indicators Survey. Retrieved from http://www.caregivereducation.org/culture/ifce_cc_indicator_survey.pdf
5. Jurkowski, E. (2013). Implementing culture change in long-term care: Benchmarks and strategies for management and practice. New York, NY: Springer.
6. Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs, 29*(2), 1-6.
7. Lehning, A. J., & Austin, M. J. (2010). Long-term care in the United States: Policy themes and promising practices. *Journal of Gerontological Social Work, 53*, 43-63. doi: 10.1080/01634370903361979
8. Mueller, C. (2008). *Research in Culture Change in nursing homes*. Paper presented at the meeting Nurses involvement in culture change: Opportunity for improving residents' quality of care and quality of life, New York, NY. Retrieved from http://hartfordign.org/uploads/File/issue_culture_change/Culture_ChangeBackgroundMueller.pdf
9. Misiorski, S., & Kahn, K. (2004). Changing the culture of long-term care: Moving beyond programmatic change. *Journal of Social Work in Long-Term Care, 3*, 137-146. doi: 10.1300/J181v03n03-10
10. Pioneer Network. (1997). *About us: Pioneer network*. Retrieved from http://www.pioneernetwork.net/AboutUs/About/
11. Rahman, A. N., & Schnell, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *Gerontologist, 48*, 142-148

УДК 304.2

Данилова Е.О.

Волгоградский государственный университет, г. Волгоград, Россия

ПРАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МИГРАНТАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассматриваются трудности при решении проблем мигрантов на уровне организации социальной работы в Российской Федерации.

Ключевые слова: *мигрант, социальная работа, социальное обслуживание, адаптация.*

Danilov E.O.

Volgograd State University, Volgograd, Russia

PRACTICE OF SOCIAL WORK WITH MIGRANTS IN THE RUSSIAN FEDERATION

In article difficulties at the solution of problems of migrants at the level of the organization of social work in the Russian Federation are considered.

Keywords: *migrant, social work, social service, adaptation.*

Для современного человека свойственна гипермобильность, которая проявляется в склонности к частой смене места жительства или работы. При этом перемещение требует больших перемен в социальном направлении. В целом Россия занимает второе место среди стран с наибольшим миграционным приростом. Так, в 2015 г. в Российскую Федерацию въехали более 15 млн. иностранных граждан [4]. Однако как в отечественной, так и зарубежной научной литературе не существует единства мнений относительно определения понятия «миграция», и в буквальном смысле слово означает совокупность перемещений [3].

Миграция как социальный процесс имеет специфические особенности, для нее необходимы условия, заставляющие людей совершать перемещения. Следует отметить, что перемещения ведут к изменениям пространственного размещения и обусловлены различными причинами: это могут быть перемещения по трудовым, политическим или этническим причинам. Главным аспектом всех перемещений выступает стремление к благополучной жизни: наличие материальных или социальных благ и безопасность.

Неоднородность мигрантов, как особой социальной группы, создает трудности при решении проблем на уровне организации социальной работы. Различают следующие миграционные потоки: по направленности (внутренние или внешние); по продолжительности (временные или долгосрочные); по организации (добровольные или вынужденные). Следует обратить внимание на то, что временные мигранты чаще всего прибывают нелегально. Нелегальные мигранты, как правило, приезжают без необходимых документов, что является угрозой для принимающего пространства. Проблема заключается в том, что нелегально работающие мигранты перемещаются в то или иное пространство уже отказавшись от какой-либо помощи со стороны принимающего государства. Оказывая поддержку вынужденным мигрантам социальный работник должен учитывать, что данная категория включает в себя как беженцев, так и вынужденных переселенцев. Анализируя последствия 1990-х гг. в Российской Федерации, можно проследить следующую тенденцию: в миграционном потоке преобладали вынужденные мигранты, но сегодня потоки изменились, и первые позиции заняла внешняя трудовая миграция.

Следовательно, на разных этапах миграции возникают проблемы, которые так или иначе связаны с социальной защитой мигрантов. Социальная работа зависит от определения категории иностранного гражданина, нуждающегося в социальном обслуживании. В Российской Федерации получателем социальных услуг могут выступать следующие категории мигрантов: иностранные студенты; вынужденные переселенцы или беженцы; легальные мигранты, нуждающиеся в социальном обслуживании (пожилые граждане, инвалиды, многодетные семьи и дети). Социальная работа включает в себя как оказание помощи отдельным гражданам или социальным группам населения, так и гармонизацию отношений в обществе.

С момента обращения мигранта в социальное учреждение начинается социальная работа. В Российской Федерации практикуется предоставление различных видов социальных услуг, например: социально-трудовые услуги направлены на помощь с трудоустройством и трудовой адаптацией, социально-психологические дают возможность воспользоваться телефоном доверия, а социально-правовые направлены на защиту прав и интересов граждан. Согласно статье 15 Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации» установлены определенные обстоятельства при которых граждане признаются нуждающимися в социальном обслуживании [1]. Иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие в Российской Федерации (за некоторым исключением, а именно кроме высококвалифицированных специалистов), имеют право на получение страхового обеспечения в виде пособия по временной нетрудоспособности при определенных условиях: если страхователи уплатили за них страховые взносы за 6 месяцев [2].

Необходимо учитывать, что мигранты получают доступ к участию в жизни принимающего сообщества в результате адаптации, это предполагает своевременное и эффективное решение социальных проблем мигрантов. У. Томас и Ф. Знанецкий в работе «Польский крестьянин в Европе и Америке» понимали социальную жизнь человека как процесс адаптации [5]. В итоге миграция включает в себя

как прибытие и выбытие, так и адаптацию. Адаптация как процесс взаимодействия мигрантов с определенными социально-экономическими условиями жизнедеятельности сопровождается овладением социальных норм, правил и ценностей, а также процессом включения в трудовую деятельность.

Таким образом, оптимальное развитие социальной защиты формирует практику социальной работы с мигрантами в Российской Федерации, что способствует созданию благополучной социальной среды: место проживания, место работы и место обучения. В результате социальные работники помогают обратившимся к ним гражданам решить экономические, правовые и другие проблемы, содействуют в установлении или восстановлении необходимых социальных отношений. Решение проблем мигрантов в рамках социальной работы связано в первую очередь с социальной и трудовой адаптацией, однако ключевую роль играют и установки на адаптацию самих мигрантов.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ (с изменениями и дополнениями от 21.07.14): Информационно-правовой портал Гарант. [Электронный ресурс] URL: http://base.garant.ru/70552648/ (дата обращения: 13.11.2016).
2. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 1 декабря 2014 г. N 407-ФЗ (с изменениями и дополнениями от 03.07.16): Информационно-правовой портал Гарант. [Электронный ресурс] URL: http://base.garant.ru/70809026/ (дата обращения: 11.11.2016).
3. Демографический многоязыковой словарь. – Нью-Йорк : ООН, 1978. – 846 с.
4. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. [Электронный ресурс] URL: http://www.rosmintrud.ru/social/social/308 (дата обращения: 11.11.2016).
5. Thomas W., Znaniecki F. The Polish Peasant in Europe and America: A Classic Work in Immigration History / W. Thomas, F. Znaniecki. – Urbana and Chicago, 1996. – 127 p.

УДК 364.465:361.346.3(571.54)

Даргаева Т.Ж., Давлетчина С.Б.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖИЛЬЕМ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В данной статье рассматриваются проблемы по обеспечению жильем детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в Республике Бурятия.

Ключевые слова: жилищные проблемы детей-сирот, *жилищные условия*, дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей.,

Dargaeva T.G., Davletchina S.B

East Siberian university of technologies and management, Ulan-Ude, Russia

THE PROBLEMS OF HOUSING PROVIDING FOR ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE IN THE REPUBLIC, OF BURYATIA

In this article some problems of housing provision for orphans and children left without parential care in the Republic of Buryatia are considered.

East Siberian university of technologies and management, Ulan-Ude, Russia

Keywords: *housing problems of orphans, housing conditions, orphans, children left without parential care.*

Одной из важнейших составляющих социальной функции современного социального государства является забота о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей. В Российской Федерации осуществляется ряд мероприятий, направленных на повышение уровня жизни этой категории населения и в том числе совершенствование системы защиты их жилищных прав.

В настоящее время в Республике Бурятия состоит на учете в качестве нуждающихся в обеспечении жилыми помещениями 6410 детей-сирот, из них достигли 18-ти лет и имеют право на получения жилых помещений сегодня – 2527 чел. [2].

Несмотря на все предпринимаемые усилия по решению данного вопроса, он продолжает оставаться одним из приоритетных и отнесен к числу государственных полномочий, находящихся на особом контроле у Президента Российской Федерации. И поскольку проблема является актуальной, был проведен опрос по проблеме обеспечения жильем детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

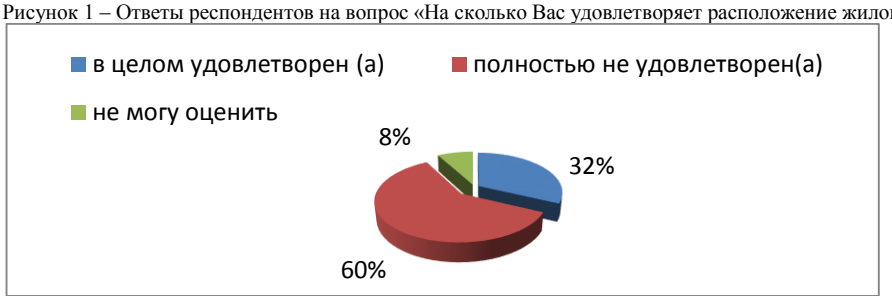
Объектом изучения стали сироты, получившие жилье в 2014-2015 гг. в Республике Бурятия. Генеральная совокупность – 526 человек [2]. Поскольку исследование является пилотажным, то выборочная совокупность составила 25 респондентов, отобранных методом «снежного кома».

По результатам опроса выяснилось, что информацию о государственном обеспечении жильем дети-сироты получали в основном от родственников и знакомых – 92%, при личном обращении в органы опеки и попечительства только – 8%.

Каждому респонденту до получения своего жилого помещения пришлось столкнуться с разными проблемами. В качестве основных были указаны: «негде было жить», «без постоянной прописки не брали на работу», «постоянные переезды», «сбор документов». Никто из респондентов не был удовлетворен нормой жилья, которая в Республике Бурятия составляет 24 кв. м. [1].

Одной из задач исследования являлось изучение мнения респондентов об уровне удовлетворенности местом расположения полученного ими жилья. Мнения опрошенных разделились: 32% опрошенных удовлетворены, 60% – не удовлетворены, а 8% затруднились с ответом (рис.1).

Рисунок 1 – Ответы респондентов на вопрос «На сколько Вас удовлетворяет расположение жилого помещения?»

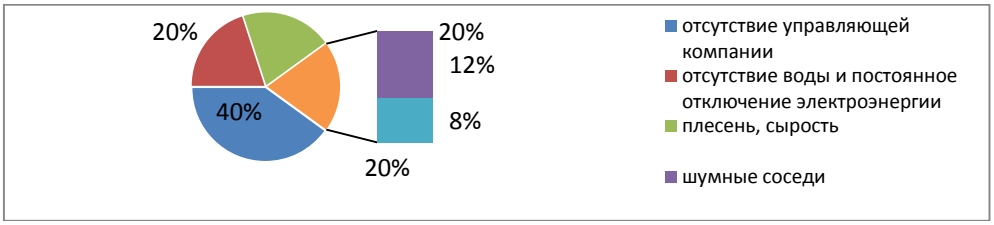


При этом большинство детей-сирот (80%) не устраивают жилищные условия. Основные причины неудовлетворенности представлены на рисунке 2.

В частности, это отсутствие управляющей компании – 40%, отсутствие воды и постоянное отключение электроэнергии – 20%, плесень и сырость – 20%, шумные соседи – 12%, проблемы с пропиской – 8%.

В данное время из опрошенных детей-сирот в специализированном жилищном помещении проживают 76%. 24% респондентов не проживают в своих полученных жилых помещениях, из них 8% не проживают, так как работают в другом регионе, 12% – ссылаются на отсутствие мебели и предметов обихода, 4% – проживают в общежитии учебного заведения.

Рисунок 2 – Причины неудовлетворенности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, жилищными условиями (в %)



Итак, на основе проведенного социологического исследования можно сделать следующие выводы:

– существует большая очередь на получение жилищного помещения из специализированного жилого фонда, дети-сироты, ждут получения жилья до 23-24 лет;

– отдаленность от инфраструктуры населенных пунктов – жилые помещения строятся на окраинах сельских поселений, поселков городского типа и городах;

– респондентов не устраивают: качество жилья (тонкие стены, появление плесени и сырости), небольшая жилая площадь – 24 кв. м.;

– не все дети-сироты, получившие жилье проживают в данном помещении, причинами являются бытовая неустроенность, работа и учеба в другом регионе.

Изучив сложившуюся ситуацию, для своевременного выполнения государственных обязательств по обеспечению жильем детей-сирот можно предложить следующие рекомендации:

– сократить срок договора найма специализированного жилого помещения лиц из числа детей-сирот, достигших 23 лет до 1-2 лет, с возможностью продления срока договора с учетом степени социализации сироты;

– предусмотреть снятие с учета детей-сирот в случае неоднократного отказа (более 3-х раз) от предлагаемого жилого помещения по месту жительства, соответствующего требованиям к жилым помещениям, (в целях пресечения злоупотреблением правом);

– определить основания для расторжения договора найма специализированных жилых помещений при неисполнении нанимателем и обязательств по договору найма специализированного жилого помещения в связи с длительным отсутствием более 6-ти месяцев (по причине нахождения в местах лишения свободы, выезда без объяснения причин);

– установить возможность предоставления ежемесячных денежных выплат на погашение жилищного займа (кредита) в пределах суммы, определенной исходя из нормы предоставления площади жилого помещения по месту жительства и рыночной стоимости 1 кв. м., устанавливаемой уполномоченным федеральным государственным органом исполнительной власти.

Список литературы:

1. Закон Республики Бурятия от 11 октября 2012 г. №2897-IV «О мерах социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Республике Бурятия» [Электронный ресурс] : Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации URL: http://docs.cntd.ru/document/453121945 (22.02.2016).
2. О количестве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, нуждающихся в жилье за 2010-2016 гг. (по данным ГБУ «Республиканский ресурсный центр «Семья»).

УДК 314.742

Дашадондокова А.Г.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИММИГРАНТОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ)

В статье рассматриваются проблемы при иммиграции иностранных граждан на территории Иркутской области и Республики Бурятия, а также пути их решения.

Ключевые слова: *иммиграция, иммигрант, Республика Бурятия, Иркутская область, адаптация.*

Dashadondokova A.G.
East Siberia State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

MODERN PROBLEMS OF IMMIGRANTS AND SOLUTIONS (FOR EXAMPLE IRKUTSK REGION AND BURYATIA REPUBLIC'S)

The article deals with problems of immigration ino-country nationals on the territory of the Irkutsk region and the Republic of Buryatia, as well as their solutions.

Key words*: immigration, immigrant, Republic of Buryatia, Irkutsk region, adaptation.*

Сегодня миграционные перемещения между бывшими союзными республиками и странами дальнего зарубежья, и российскими городами обрели новую интенсивность и качество. Изменились и проблемы, связанные с адаптацией приезжающих иностранцев. Уже проводившиеся в России опросы мигрантов не были нацелены на сравнительный анализ адаптации мигрантов-иностранцев в российских городах разных регионов и накопленный исследовательский опыт по этой проблематике незначителен.

Необходимо отметить, что в настоящее время эволюция понятия «миграция населения» все более идет в направлении ее отождествление с понятием «миграционное движение», а сам термин «миграция» неизменно требуем дополнительно определения для точного выражения той или иной ее категории. Именно исходя из этого направления под термином «миграция населения», следует понимать совокупность действий, связанных с территориальным передвижением, так на стадии принятия решения и миграции, так и на стадии адаптации на новом месте или в новых условиях с учетом циркулярных передвижений. Данное определение приобрело в настоящее время универсальный обобщающий характер и в широком смысле отождествляется с понятием «миграционное движение»[2].

В 2015 г. преподавателями и аспирантами ВСГУТУ получен грант Российского гуманитарного научного фонда, проект получил название «Социологическая экспедиция по Восточной Сибири: изучение взаимоотношений «мигранты-принимающее общество»[3].

В исследовании участвуют мигранты, обосновавшиеся на территории крупных населенных пунктов. В Республике Бурятия: Улан-Удэ, Гусиноозерск, Кяхта, Таксимо, Северобайкальск, Нижнеангарск. Выбраны эти населённые пункты по объективной выборке сотрудников миграционной службы. В Иркутской области места города и поселки, которые вошли в исследование - Иркутск, Ангарск, Еланцы, Шелехов, Усолье-Сибирское. В этом регионе также дан объективный характер выборки сотрудниками УФМС по Иркутской области.

Для достижения цели исследования были применены методы анкетирования и интервьюирования.

Всего в исследовании приняли участие 35 человек. Возраст респондентов (16 чел.) относится к категории «31-50 лет» - наиболее экономически активной группы населения, 7 испытуемых, что составляет 20% попадают в категорию 18-30 лет и еще 12 - в категорию 51-60 лет.

В ходе анкетирования и интервьюирования были выявлены следующие проблемы для иммигрантов.

Главной проблемой для успешной адаптации мигрантов это пренебрежительное отношение со стороны органов внутренних дел, территориальных миграционных служб, работодателей.

Вторая проблема произвол со стороны правоохранительных органов.

Третья, которая связана с первой, большие очереди в миграционных службах.

Четвертая также заключается в больших очередях поликлиник для сдачи медицинских анализов, чтобы начать трудовую деятельность в регионе.

Пятая проблема. Иностранный гражданин с безвизовым въездом в страну приезжая предоставлен самому себе.

Отсюда вытекает шестая проблема, проблема нелегальных мигрантов, которые могут вызвать жуткие последствия, если их не решать оперативно и эффективно.

Седьмая проблема сдача экзаменов по русскому языку, истории, праву.

Проведенное исследование показывает, что существуют проблемы, касающиеся различных сфер жизни иммигрантов в Иркутской области и Республике Бурятия. Для исправления сложившейся ситуации необходимо реализовать следующие меры.

Расширять разработку и подписание двусторонних соглашений между российскими регионами с одной стороны, и странами СНГ, располагающими избыточными трудовыми ресурсами, - с другой стороны, об организованном привлечении на работу в регион на временной основе трудовых мигрантов.

Развивать инфраструктуру найма трудовых мигрантов в странах исхода для работы на российских предприятиях, в том числе лицензированных частных агентств занятости.

Разрешить сдавать экзамены дистанционно под присмотром сотрудников Управления в удаленных населенных пунктах, также сдавать медицинские анализы в поликлиниках места жительства и работы.

В законодательстве внести статью о более строгом административном наказании за незаконное изъятие документов у иностранных граждан сотрудниками правоохранительных органов, работодателями или должностными лицами.

Вместо экзамена по знанию истории России, ввести курсы по культуре, как вести себя в стране, чтобы были представлены моральные аспекты поведения. Инспекторы считают, что история для мигрантов нужна базовом уровне: как выглядит рубль, кто президент страны не более того.

Эксперты предлагают создать дома – общежития для них, чтобы они выплачивали оплату только за коммунальные услуги. У нас в России есть опыт таких доходных домов в Санкт-Петербурге именно для трудовых мигрантов[1].

Создать государственные центры обучения трудовых мигрантов в странах СНГ, в программу которых включить преподавание русского языка, основ законодательства России. Целесообразно такие центры создать при общежитиях временного размещения трудовых мигрантов.

Создать для председателей диаспор базу данных о приезжих мигрантах, чтобы после регистрации в УФМС мигрант приехал в национальный центр назвал цель приезда, имя гражданина к кому приехал, сдал ксерокопию паспорта. Чтобы у иностранного гражданина была ответственность не только перед Управлением, но и перед соотечественником.

Регулировать подачу информации телевидения, радио, печатным изданиям об мигрантах. Так при искусственном раздувании какого-либо конфликта в СМИ приводит к предвзятому отношению со стороны местных жителей к иностранным гражданам. Должна быть информационная пропаганда толерантного сознания, что приводит к содействию социокультурной адаптации коренного населения и мигрантов.

Проведение регулярных научно-практических семинаров по актуальным вопросам миграционной политики с привлечением представителей заинтересованных ведомств, должностных лиц, ответственных за реализацию миграционной политики в местных администрациях, и общественных организаций.

Таким образом, выделены главные проблемы проводимой миграционной политики Республики Бурятия и Иркутской области. Федеральная миграционная служба должна их учитывать, так как каждый регион страны имеет свои экономические, социальные политические, национальные признаки при ведении миграционной политики. Ведение грамотной миграционной политики в регионах послужит эффективному использованию нужного процесса как миграция. Миграция для Республики Бурятия это один способов повышения экономического уровня региона, в том числе для повышения уровня жизни для местного населения.

Список литературы:

1. Дашадондокова А.Г. Особенности миграционной политики Российской Федерации в Республике Бурятия: мнения экспертов. – Владивосток: ДФУ, 2015. С.77.
2. Основы миграционной политики: учебно-методическое пособие / Под общ.ред. И.Н. Барица, В.К. Егорова, К.О. Ромодановского, М.Л. Тюркина. - М., 2010. С.21.
3. Очирова О.А. Современные проблемы изучения взаимоотношений «мигранты-принимающее общество». – Владивосток: ДФУ, 2015. С. 227.

УДК614.8

Дашанимаева И.М., Цыжипов А.Б
Бурятский Государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

АНАЛИЗ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №3 Г.УЛАН-УДЭ

В статье анализируется состояние производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в зависимости от пола, возраста и причины.

***Ключевые слова**: производственный травматизм, профессиональные болезни, профессиональные вредности, реабилитация.*

Dashanimaeva I.,Tsyzhipov A.
Buryat State University, Ulan – Ude, Russia

ANALISIS OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS AND OCCUPATIONAL DISEASES IN THE POPULATION OF A CITY POLICLINIC 3 ULAN-UDE

The article includes occupational accidents and occupational diseases depending on sex, age and cause.

***Keywords:** occupational accidents, occupational diseases, hazards, rehabilitation.*

Вопросы охраны и укрепления здоровья работающего населения – одна из важнейших проблем медицины труда и здравоохранения. Проблема чрезвычайно многогранна и включает, помимо медицинских, социально-экономические, правовые и другие аспекты. Центральное место в обширной системе лечебно-профилактических мероприятий, включающей новые технические, санитарно-гигиенические решения, занимает профилактика профессиональной и производственно обусловленной патологии. Наряду с этим профессиональная заболеваемость свидетельствует и о качестве медицинского обслуживания.

Вредные факторы труда не только могут являться причиной формирования профессиональных заболеваний, но и могут быть патогенетическим механизмом развития и прогрессирования общих заболеваний, не относящихся к категории профессиональных.

Цель настоящего исследования: провести анализ профессиональной заболеваемости, производственного травматизма в зависимости от этиологического фактора, пола, возраста, группы инвалидности.

Материалы и результаты исследования:

Всего на учете по профессиональным заболеваниям, производственному травматизму состоит 146 человек. Из них мужчин 105, что составило 71,9%, женщин – 41, что составило 28,1%. Лица трудоспособного возраста - 52 человека, что составило 35,6%, из них мужчин – 40 (76,9%), женщин – 12 (23,1%). Обеспечены лекарственными средствами 133 человека (91,1%), программы реабилита-

ции пострадавших (ПРП) разработаны для 120 пострадавших, что составило 82,2%, санаторно-курортным лечением – 135 человек (92,5%), техническими средствами реабилитации – 44 человек (30,1%.

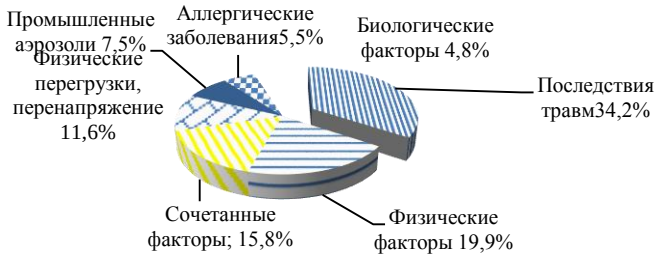


Рис.1 Структура заболеваемости пострадавших по этиологическим факторам

В структуру профессиональной заболеваемости по этиологическим факторам входят:

1. Последствия травм – 50 случаев (34,2%), из них мужчин – 37, женщин – 13; на 1 месте в этой группе компрессионный перелом – 17 случаев или 34,0%, на 2 месте - ЧМТ и переломы конечностей – по 5 случаев, (по 20,0%), на 3 месте посттравматическая энцефалопатия – 4 случая или 8,0%.

2. Заболевания, связанные с воздействием физических факторов — 29 случаев (19,9%), из них мужчин – 26, женщин – 3; основные нозологические формы в этой группе профессиональных заболеваний – нейросенсорная тугоухость и вибрационная болезнь – по 13 случаев (89,6%), лучевая болезнь – 2 случая (6,9%), ангионевроз верхних конечностей – 1 случай (3,4%).

3. Заболевания, связанные с несколькими факторами – 23 случая (15,8%), из них мужчин – 22, женщин – 1; первое место занимают пылевой бронхит + тугоухость – 7 случаев (30,4%0, на втором месте - пылевой бронхит + вибрационная болезнь и тугоухость + артроз – по 3 случая или 26,0%; на третьем месте - пылевой бронхит + вибрационная болезнь + тугоухость и вибрационная болезнь + Остеоартроз – по 2 случая, что составило 17,4%.

4. Заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем, — 17 случаев (11,6%), из них мужчин – 7, женщин – 10; на I месте деформирующий остеоартроз – 6 случаев (35,3%), на II месте миофиброз, полинейропатия и сгибательные контрактуры верхних конечностей – по 2 случая (35,3%), далее идут дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника, эпикондилез, катаракта, остеопатия, хронический ларингит – по 1 случаю.

5. Заболевания, вызванные воздействием промышленных аэрозолей — 11 случаев (7,5%), из них мужчин – 8, женщин – 3; в основном за счет пылевого бронхита – 7 случаев, что составило 63,6%.

6. Аллергические заболевания — 8 случаев (5,5%), из них мужчин – 1, женщин – 7; основными нозологическими формами являются бронхиальная астма – 4 случая (50,0%) и экзема – 2 случая (25,0%).

7. Заболевания, вызванные действием биологических факторов - 7 случаев (4,8%), из них мужчин – 3, женщин – 4. На первом месте - 3 случая бруцеллеза (42,9%), на втором месте хронические гепатиты В, С – по 2 случая, что составило 57,1%.

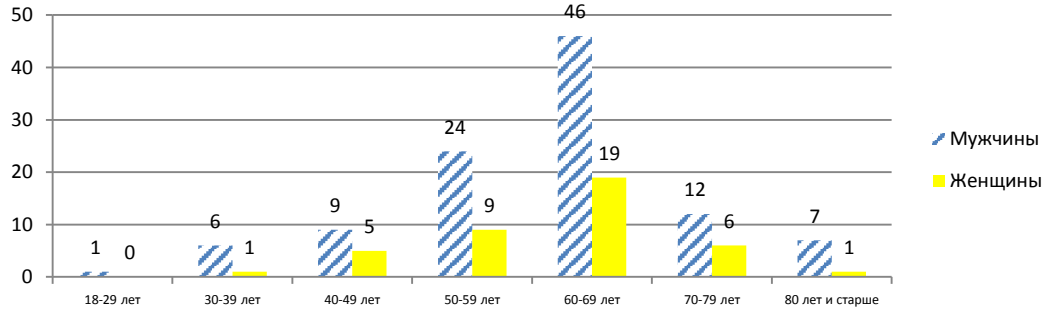


Рис.2 Половозрастная структура

По возрастной структуре на I месте - пациенты в возрасте 60-69 лет – 65 человек (44,5%), из них мужчин – 46, женщин – 19. На II месте возрастная группа 50-59 лет – 33 человека (22,6%), из них мужчин – 24, женщин – 9. На III месте возрастная группа 70-79 лет – 18 человек (12,3%), из них мужчин – 12, женщин – 6.

В структуре инвалидности на 1 месте лица, имеющие III группу инвалидности – 46 человек, (31,5%), из них мужчин – 36, женщин – 10, основными причинами являются последствия травм – 15 случаев (32,6%), заболевания, связанные с несколькими факторами – 14 случаев (30,4%). На 2 месте лица со II группой инвалидности – 24 человека (16,4%), из них мужчин – 18, женщин – 6, основными причинами явились последствия травм – 9 случаев (37,5%) и заболевания, связанные с физическим перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем – 6 случаев (25%). На 3 месте – пострадавшие лица с I группой инвалидности – 12 человек (8,2%), из них мужчин – 11, женщин – 1, основной причиной инвалидности является последствия травм – 9 случаев (75%).

У 64 человек установлены проценты утраты трудоспособности без определения группы инвалидности, что составило 43,8%, из них мужчин – 40, женщин – 24.

Заключение

В структуре профессиональной заболеваемости населения, обслуживаемого ГБУЗ «Городская поликлиника №3» превалируют последствия производственных травм.

Наибольшее количество заболевания приходится на возраст от 60 до 70 лет.

Каждый второй пострадавший является инвалидом.

Чаще всего пострадавшие болеют хроническими профессиональными заболеваниями, связанными с последствиями травм (компрессионный перелом, ЧМТ, переломы конечностей), воздействием физических факторов (вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость), физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем (деформирующий остеоартроз, полинейропатии).

На долю женщин приходится 28 % профессиональной патологии в основном за счет лиц возраста 60-69 лет.

Несовершенство технологических процессов и конструктивные недостатки машин и механизмов, профессиональный контакт с инфицированным материалом, длительный стаж работы во вредных и опасных условиях труда, низкий уровень проводимых профилактических медицинских осмотров - таковы основные причины возникновения хронических профзаболеваний.

Наиболее эффективной мерой предупреждения профессиональных заболеваний среди работников остаётся создание работодателем здоровых и безопасных условий труда на рабочих местах, регулярное медицинское освидетельствование.

УДК 364.4:355.292.3(571.54)

Дашидоржиева Н.В.
Научный руководитель: д.и.н., доцент Гельман В.А.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ ВОЙНЫ И ТРУДА В ЗАКАМЕНСКОМ ПАНСИОНАТЕ «ГОРНЫЙ ВОЗДУХ»

В статье рассматриваются опыт реабилитации ветеранов войны и труда в Закаменском районе в рамках реализации государственной социальной политики .

***Ключевые слова**: реабилитация, ветераны.*

Dashidorzhiyeva N. V.
Supervisor: Gelman V. A.
East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

EXPERIENCE OF REHABILITATION OF VETERANS OF WAR AND WORK IN ZAKA-MENSKOM MOUNTAIN AIR BOARDING HOUSE

In article experience of rehabilitation of veterans of war and work in Zakamensky district within realization of the state social policy are considered.

***Keywords:** rehabilitation, veterans.*

Закаменский дом ветеранов был открыт 1 октября 1992 года, именно тогда, когда Россия впервые отмечала Международный день пожилых людей. Разместился Дом ветеранов, рассчитанный на 30 мест, в здании детского сада постройки середины прошлого века.

За пять лет на территории Дома ветеранов появились гараж, складские помещения, теплица, баня. В 1996 году принят в эксплуатацию пристрой к основному зданию, в котором разместились комната досуга и административные помещения.

Вторым значительным шагом в истории Дома ветеранов стала передача администрацией Закаменского района в 2003 году здания для реконструкции под новый, более вместительный, благоустроенный, современный дом-интернат для престарелых и инвалидов. Таким образом, с помощью Министерства социальной защиты населения и Пенсионного фонда Республики Бурятия в 2004 году состоялось открытие нового трехэтажного корпуса дома-интерната с пристроенным зданием пищеблока, с подсобными помещениями.

С 1 апреля 2008 года учреждение преобразовано в Автономное учреждение социального обслуживания Республики Бурятия «Закаменский дом-интернат для престарелых и инвалидов». Услуги стали качественнее, возросла их медицинская составляющая, введены новые формы работы и виды услуг, более эффективно используются как материально-техническая база учреждений, так и природные факторы оздоровления. Для предоставления различных видов медицинских услуг было создано реабилитационное отделение, путем присоединения филиала государственного учреждения «Республиканский геронтологический центр». Реабилитационным отделением с помощью новейшей медицинской аппаратуры предоставляются различные виды медицинских услуг – это физио-, грязе-, парафино-, водолечение, иглорефлексотерапия, массаж, аллопатическое и гомеопатическое лечения не только для клиентов учреждения, но и для широкого круга населения. Так же для отдыхающих функционирует сауна с бассейном, турецкая баня «Хамам», спелеокамера, имеются душевые кабины, тренажерный зал.

Приоритетным направлением реабилитационного отделения являются оздоровление, предупреждение и профилактика заболеваний. Реабилитационное отделение предоставляет всему населению обширный перечень платных медицинских услуг.

Таким образом, охватывая услугами все население близлежащих районов и всей республики, Закаменский дом-интернат для престарелых и инвалидов имел полное право изменить свое название. С октября 2010 года Закаменский дом-интернат для престарелых и инвалидов переименован в пансионат для ветеранов войны и труда «Горный воздух».

В 2014 году для обеспечения доступности разнообразных социальных услуг для граждан, обслуживаемых на дому, пансионату было передано отделение социального обслуживания на дому. На обслуживание было принято 66 человек.

За все эти годы более 600 человек нашли свой дом в стенах пансионата. На сегодняшний день здесь проживает 80 обеспечиваемых, и находятся на обслуживании в отделении на дому 67 человек.

Основными задачами персонала при работе с клиентами в пансионате являются обеспечение специализированного ухода, повышение качества жизни, поддержка и сохранение физического и психологического здоровья проживающих, а так же создание условий для активного образа жизни.

Основополагающий принцип, положенный в основу работы пансионата, - индивидуальный, ориентированный на клиента подход. В работе используются различные формы и методы социально-медицинской реабилитации. Разработана и осуществляется программа адаптации пожилых людей к жизни в пансионате "Дом, в котором мы живем". Со всеми вновь поступившими с первого дня пребывания работает специалист по социальной работе. Адаптироваться в новой обстановке, свыкнуться с мыслью, что теперь это твой дом, пожилым людям помогает специалист по социальной работе. Специалист по социальной работе, выявляя личностные качества и интересы новичка, старается подобрать ему соседа по комнате именно с учетом этих данных. Пожилые люди, разные по характеру, постепенно привыкают к такому семейному общежитию, заводят дружбу и даже женятся. Клиентами являются не только ветераны. Отдыхают и лечатся дети, а также взрослое трудоспособное население.

Пансионат «Горный воздух» представляет собой комплекс зданий, состоящих из двух жилых корпусов, пищеблока со всем необходимым оборудованием, столовой, подсобными помещениями. Учреждение оснащено мебелью, реабилитационным стационарным (сигнализацией, кнопкой вызова) и мобильным оборудованием (креслами-колясками, ходунками, тростями). Действуют палаты повышенной комфортности, оснащенные необходимой мебелью и оборудованием, бытовыми приборами, платные койко-места для временного проживания, «заказное» меню, услуги массажного кабинета и физиотерапии и т.д. Подопечные проживают в уютных и тёплых комнатах, где проведён ремонт. При размещении в одно- и двухместные комнаты учитываются состояние здоровья, личностные качества, возраст. На этажах имеются зоны отдыха с телевизорами. Работает небольшая библиотека, где есть художественные книги и свежая периодическая литература. В рамках обеспечения безбарьерной среды для клиентов созданы следующие условия: установлены кнопки вызова персонала, сооружен стационарный пандус, установлены светильники дополнительного освещения. Ванные комнаты оборудованы душевыми кабинами, техническими средствами приспособления (поручни, сиденья и подставки в ванну).

В пансионате проводится активная социально-реабилитационная работа, разработана культурно-досуговая программа, где проживающие могут провести свое время на вечере отдыха, посмотреть концерт с участием местных ансамблей, посетить районный музей. Специалистами используются методы арт-терапии, музыкотерапии, библиотерапии, гарденотерапии и многое другое. Существуют несколько кружков по интересам: кружок шашки, шахматы, где ежемесячно проводятся турниры и выявляется «Самый лучший шахматист», художественная самодеятельность, кружок творческих предпочтений и прикладного искусства.

Общение с молодежью доставляет большую радость проживающим. Постоянные гости в доме-интернате – воспитанники детских садов, школьники, студенты, молодежные организации города. Ребята подготавливают всевозможные концерты, творческие вечера, конкурсы в которых принимают участие проживающие. С благотворительными концертами художественной самодеятельности выступают коллективы районного Дворца культуры, Дворца детского творчества, детских ансамблей. Всегда готовы прийти на помощь настоятель Православной церкви и служители Традиционной Буддийской Сангхи.

Приятным результатом работы учреждения является увеличение продолжительности жизни подопечных, а также возросший интерес к окружающему миру и появление новых увлечений, снижение заболеваемости. Сейчас заботами сотрудников дома-ветеранов охвачены 80 человек – это как правило инвалиды, труженики тыла, ветераны труда. Средний возраст жителей – 74 года.

С целью определения степени удовлетворенности клиентов качеством предоставления социальных услуг в учреждении регулярно проводится анкетирование проживающих. Результаты мониторингов используются для принятия управленческих решений, направленных на повышение качества жизни клиентов.

Со вступлением в силу Закона о государственно-частном партнерстве в Республике Бурятия, открылись новые возможности для взаимодействия власти и бизнеса. Доступ частных компаний в государственный сектор позволяет сэкономить бюджетные средства, послужит модернизации федеральной и региональной инфраструктуры, повышению качества услуг в сфере ЖКХ, транспорта и энергетики и конечно улучшению уровню жизни людей.

АУСО «Закаменский пансионат для ветеранов войны и труда «Горный воздух» подало заявку на участие в проекте по созданию дома престарелых в рамках государственно-частного партнерства. На сегодняшний день в пансионате «Горный воздух» как указывалось выше, проживают 80 ветеранов, в очереди, нуждающихся в заселении - 150 человек. Ежегодно с бюджета Республики Бурятия тратится на содержание пансионата – 25,0 млн. руб. В случае передачи пансионата новому собственнику и выполнения им всех условий концессионного соглашения количество мест в нем увеличится на 60. В то же время расходы бюджета значительно снизятся.

УДК 373. 23

Дворецкая В.А.
Белорусский государственный университет, ГИУСТ, г. Минск, Республика Беларусь

СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

В статье рассматривается организация социально-психологической работы в условиях дошкольного учреждения; раскрывается содержание форм и методов работы детьми, родителями, педагогами.

***Ключевые слова**: дошкольное учреждение, комплексный подход, социально–психологическая работа.*

Dvoretskaya V. A.
Belarusian State University, GIUST, Minsk,Republic of Belarus

SOCIAL – PSYCHOLOGICAL WORK IN DAY CARE CENTERS

The article deals with the organization of social and psychological work in the conditions of preschool institutions; The content of the forms and methods of work of children, parents, teachers.

***Key words:** preschool, comprehensive approach, social and psychological work.*

Дошкольное детство является важным этапом развития личности. В отличие от последующих возрастных периодов данный возраст служит фундаментом формирования отношения к миру и получения основополагающих знаний и умений. Этот факт является главным ориентиром в развитии дошкольного образования. Следовательно, оно должно обеспечить условия для полноценного развития ребенка в данный период жизни.

Работа педагогов, психологов, работающих с детьми должна быть системной, целенаправленной, комплексной и быть направлена на активизацию внутреннего воспитательного потенциала семьи. При этом семья должна рассматриваться как главный заказчик и союзник в воспитании детей, а объединение усилий родителей, педагогов и специалистов (психологов, социальных педагогов) создаст благоприятные условия для развития ребенка.

Эффективность данного процесса зависит от степени и качества взаимодействия дошкольного учреждения и семьи. В основе взаимодействия должны лежать принципы взаимного доверия и уважения, поддержки и помощи, терпения и терпимости по отношению друг к другу.

Значительное место в системе работы специалистов с родителями отводится организации работы, направленной на формирование родительской компетентности. Родительская компетентность интегрирует в себе такой феномен как родительство и понятие компетентность. В размышлениях специалистов о качестве компетентного родительства подчеркивается интеграция разума, чувств и действий. Качество родительской компетентности будет проявляться в способности взрослого находить в любой ситуации общения совместный язык контакта с ребенком, включающий вербальное и невербальное поведение субъектов общения. Только осознанное родительство содействует нравственному и эмоциональному благополучию ребенка.

Накопление психолого-педагогических знаний родителей должно быть тесно связано с развитием их педагогического мышления, практических умений и навыков в области воспитания. Информация должна носить предупреждающий характер, быть основана на практической целесообразности, демонстрировать опыт, конкретные проблемы и стратегии их эффективного разрешения. Это обусловливает отбор содержания, а также форм организации психолого-педагогической работы со всеми участниками воспитательного процесса (детьми, родителями, педагогами) [1].

На наш взгляд, эффективному решению данной задачи способствует внедрение в практику работы дошкольных учреждений Программы «Растем вместе». Данная программа предусматривает реализацию мероприятий по трем модулям. Каждый из модулей направлен на работу с одним из участников воспитательного процесса.

Первый модуль «Я уже большой», направлен на непосредственную работу с ребенком. В нем выделяются следующие основные задачи и направления работы:

1. Диагностика интеллектуальных, личностных и эмоционально-волевых особенностей детей; выявление склонностей и способностей; особенностей межличностных отношений детей и воспитателей, детей и родителей, детей и детей; определение социального статуса ребенка в детском коллективе;
2. Определение уровня социально-психологической адаптации детей к дошкольному учреждению;
3. Выявление причин и факторов дезадаптации ребенка;
4. Создание условий для развития личности ребенка; стимулирование активности и творческого мышления у детей;
5. Проведение развивающей, коррекционно-развивающей, профилактической работы с воспитанниками дошкольного учреждения

Данные задачи успешно решаются при использовании следующих форм: работа с ребенком (индивидуальная), наблюдение, беседа, внедрение ребенка в игровую ситуацию с заранее установленной в ней проблемой, работа с детским коллективом, сопровождение ребенка и поддержка его во время работы со специалистами, рекомендации по организации дальнейшей работы от узких специалистов; организация развивающего пространства в дошкольном учреждение; включение в совместную эмоционально окрашенную деятельность детей и родителей.

Второй модуль «Родительская компетентность» включает работу с родителями. В этом модуле ставятся определенные задачи:

1. Повышение родительской грамотности и психологической компетентности в сфере детско-родительских отношений. Решения проблем и задач развития детей.
2. Формирование личностных качеств «эффективного родителя».
3. Повышение престижа роли родителя как авторитета для ребенка.

Данные задачи решаются при использовании следующих форм работы: консультирования родителей по проблемам воспитания и психологического развития детей; информирование по итогам проведения психологической диагностики (индивидуальной и групповой); психологического просвещение родителей; консультаций воспитателя и других педагогов, принимающих участие в педагогическом процессе. Эффективными формами является организация тренинговой работы «Тренинг эффективный родитель»; создание родительского клуба (по принципам взаимопомощи) и т.д.

Третий модуль «Воспитание успехом», направлен на работу с педагогами и специалистами, осуществляющими педагогический процесс. Задачи данного модуля:

1. Повышение психологической компетентности и педагогической грамотности воспитателей по вопросам, связанным с обучением и развитием дошкольников.

2. Организация психолого-педагогического сотрудничества для решения проблем и задач развития, как отдельных детей, так и групп.

3. Организация комплексной работы специалистов по сопровождению процесса развития и обучения детей, с опорой на ресурсы (сильные стороны) каждого ребенка.

Данные задачи успешно решаются при применении консультирования воспитателей по вопросам, связанным с обучением, взаимодействием, психологическим развитием дошкольников (индивидуальная психологическая работа с самим педагогом, консультации с воспитателем, администрацией и другими членами педагогического коллектива, создание и реализация воспитателем и психологом совместной программы работы с определенным ребенком или группой детей, сопровождение выработанной программы совместных действий). Психологическое и педагогическое просвещение педагогов, форме выступления на педагогических советах, заседаниях методических объединений).

Эффективность работы обеспечивается комплексным подходом и сотрудничеством всех участников воспитательного процесса. Ведь их взаимосвязь очевидна: это связь на уровнях: дети – родители, дети – воспитатели, воспитатели и родители. И только при взаимодействии и активной позиции всех участников возможно развитие ребенка, способного успешно решать задачи последующего возрастного этапа без кризисов или с минимальным их последствием.

Список литературы:

1. Катович Н. К. Формы и методы взаимодействия семьи и школы: пособие для педагогов учреждений общ. сред. Образования / Н.К. Катович, Т.П. Елисеева. – Минск: нац. ин-т образования, 2011. – 208 с.

УДК 376.24

Дворникова Е.В., Кошелева А.В.

Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова, г. Ярославль, Россия

СПОРТ КАК АГЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В статье дается обоснование использования физической культуры и спорта, как эффективного средства социализации детей с особыми возможностями здоровья (на примере умственно отсталых детей).

Ключевые слова: *социализация, физическая культура, спорт, дети с особыми возможностями здоровья.*

Dvornikova E. V., Koshelev A.V.

Yaroslavl state University named after P. G. Demidov, Yaroslavl, Russia

SPORT AS AGENTS OF SOCIALIZATION FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH OPPORTUNITIES

In article the substantiation of use of physical culture and sports, as an effective means of socialization of children with special health needs (for example, mentally retarded children).

Keywords*: socialization, physical culture, sport, children with special health opportunities.*

Одной из приоритетных целей демографической политики и политики народосбережения правительства Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни у всех категорий населения[1]. Проблемой поиска эффективных средств социализации и социальной адаптации детей с особыми возможностями здоровья активно разрабатываются в последние годы в нашей стране, способствуя сближению исследований в области детской психопатологии и дефектологии, медицины и психологии, социологии и социальной педагогики.

Выраженные нарушения психофизического развития приводят к изменению физического и эмоционального пространства существования детей с особыми возможностями здоровья, искажению его естественной ритмики развития и, соответственно, к затруднению, или даже исключению, полноценного социального контакта с окружающим миром. Все это ведет к возникновению вторичных отклонений психоэмоциального развития и, как следствие, к социальной дезадаптации, требующей соответствующей психолого-педагогической помощи и коррекции.

Важным моментом в социальном развитии детей с особыми возможностями здоровья является либо отсутствие, либо низкий уровень осознания жизненных перспектив. Исследователи отмечают, что отсутствие планов на будущее, неуверенность в себе, низкий уровень притязаний, неразвитость чувства собственного достоинства и постоянное ощущение психологического дискомфорта создают риск проявления социально неприемлемых форм поведения.

Большим потенциалом для детей с особыми возможностями здоровья обладает спорт. Активные физические упражнения, участие в спортивных соревнованиях восстанавливают психическое равновесие, возвращают веру в собственные силы, дают возможность вернуться к активной жизни. В процессе физкультурно-спортивной работы с детьми с особыми возможностями здоровья происходит корректировка, как функциональных показателей, так и взаимоотношений в системе «ребенок-социум» [2].

В течение двух лет мы проводили исследование на группе детей с особыми возможностями здоровья (умственно отсталыми детьми), занимающимися в спортивной секции СДЮСШОР № 12 города Ярославля бадминтоном. Результаты исследования и внедренной авторами программы социализации позволяют сделать следующие выводы.

Система социализации умственно отсталых детей в процессе спортивной деятельности включает следующие направления:

- создание таких отношений между детьми и спортом, которые способствовали бы преодолению индивидуализма;
- поиск и использование в процессе тренировочных занятий определенной системы воспитательных ситуаций, ставящих воспитанника перед необходимостью придавать своей деятельности общественно-полезную направленность;
- усложнение учебно-тренировочного процесса, побуждающее ребенка с особыми возможностями здоровья к проявлению сознательных волевых усилий;
- максимальное приближение тренировочных занятий к соревновательным условиям.

Для осуществления каждого из названных направлений целесообразно использовать следующие пути:

1. Изучение отклонений в поведении детей с особыми возможностями здоровья, мотивов выбора ими различных видов спортивной деятельности, характера их отношений к избранному виду спорта, сформированности спортивных интересов.

2. Совершенствование нравственно-волевой подготовки детей с особыми возможностями здоровья путем сознательной постановки их в различные ситуации нравственного выбора.

3. Проведение совместных учебно-тренировочных занятий детей с особыми возможностями здоровья со здоровыми детьми.

4. Использование специальных приемов педагогического воздействия.

5. Организация подвижных игр, спортивной и общественной деятельности детей, обеспечивающей закрепление и формирование положительных умений и навыков и развитие спортивных способностей и возможностей.

6. Координация влияния семьи, школы и спортивного коллектива.

Так же применялись и специальные приемы косвенного педагогического воздействия на личность умственно отсталого ребенка: ограничение выполняемой работы по времени и объему; поддержание эмоционального тонуса на протяжении занятия; персонификация группового задания; использование мягкой и спокойной интонации; использование в процессе занятий (особенно в заключительной части) элементов игры или других приятных для детей действий; авансирование доверием; использование различного рода стимулов; ожидание меры воздействия; опора на коллектив спортсменов; высокий моральный авторитет тренера.

Основной целью авторской программы социализации умственно-отсталых школьников явилось создание условий для успешной самореализации личности ребенка в спортивной деятельности, формирование здорового образа жизни. Программа предпола-

гала реализацию намеченной цели в пяти направлениях деятельности: диагностика, просвещение, сопровождение, сотрудничество и практику.

Результативность внедрения авторами программы социализации умственно отсталых школьников выразилась в следующих показателях:

- в положительном приращении успеваемости за учебный год (20% умственно отсталых детей стали учиться лучше);
- в проявлении социальной активности (выражение желания помочь в организации и проведении спортивно-массовых мероприятий);
- в повышении уровня коммуникабельности и общей культуре общения и поведения.

Апробация программы социализации умственно отсталых детей в группах бадминтона показала свою эффективность по следующим критериям: изменение и рост ценностных ориентаций; снижение уровня как ситуативной, так и личностной тревожности, стабилизации уровня тревожности, направленного на средний показатель; избавлении от вредных привычек; установлении новых жизненных ориентиров - спортивная жизнь стала для ребят как самоценность.

Список литературы:

1. Дворникова Е.В., Кошелева А.В. Формирование культуры здорового образа жизни участников образовательного процесса в сельской школе / Дворникова Е.В., Кошелева А.В. // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты. -VII Международная научно-практическая интернет-конференция, 2016.- С. 1006-1014.
2. Дмитриев А.А. Дифференцированный подход в физическом воспитании учащихся-Дмитриев А. В. Проблемы инвалидов / А. В. Дмитриев. – СПб.: Питер, 2011. – С. 84–85.

УДК 364.4 – 053.6 (671. 54)

Димова А. А.
Научный руководитель: Котоманова О.В., к. филос.н., доц.
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ КАБАНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ)

В статье представлены основные результаты внедрения проекта, направленного на духовно-нравственное воспитание, развитие учащейся молодежи села, в том числе из неблагополучных семей.

Ключевые слова: *учащаяся молодежь, неблагополучная семья, социально-культурная деятельность, социальный институт, духовно-нравственное воспитание.*

Dimova A.A., Kotomanova O.V.
Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

EXPERIENCE SOLUTIONS PROBLEMS YOUNG STUDENTS FROM DISADVANTAGED RURAL FAMILIES (FOR EXAMPLE KABANSKY REGION REPUBLIC OF BURYATIA)

The article presents the main results of the implementation of a project aimed at spiritual and moral education, the development of student youth of the village, including those from disadvantaged families.

Keywords: *student youth, dysfunctional family, social and cultural activities, social institution, spiritual and moral education.*

Одним из приоритетных объектов социальной работы принято считать социально уязвимые слои населения и малообеспеченные, в том числе молодежь и дети. В современных социально-экономических условиях в России заметна тенденция увеличения числа безработных, алкозависимых, наркозависимых среди молодежи, а также рост преступности среди подрастающего поколения, особенно среди учащихся среднего звена школы. Как отмечает Е.В. Чернова, молодежь по сравнению со старшими возрастными группами легко понимают и принимают новации, воспринимают новую систему ценностей соответственно меняющимся условиям [2;142].

Среди тех, кто попадает под влияние «улицы», чаще всего оказываются именно обездоленные, социально ущемленные дети из неблагополучных семей. Одной из основных причин духовно-нравственной деградации молодежи можно считать нерациональное использование свободного от учёбы времени, отсутствие у учащихся желания принимать активное участие в общественной жизни и мотивации для собственного развития.

Одним из самых сложных объектов социальной работы является молодежь в сельской местности. Постоянно проживающая учащаяся молодежь села это школьники, именно поэтому в контексте нашей работы, мы рассматриваем их как представителей учащейся молодежи, ведь учащаяся молодежь в сельской местности значительно отличается от городской молодежи.

Принято считать, что в сельских школах, уделяется малое значение развитию базы для занятий спортом, организации досуга, развития творческого потенциала школьника, при этом сельские территории в современных условиях урбанизации имеют место функционировать со своими потребностями, запросами, духовными ценностями [1]. Низкий уровень жизни села, слаборазвитая инфраструктура досуга, тяжелые условия быта и труда создают особую сложность в решении сложившихся проблем. Так как на селе отсутствуют социальные службы, которые могли бы оказывать помощь молодым гражданам, учащимся школы, социальную работу осуществляют учреждения культуры и учреждения дополнительного образования.

Основным социально-культурным институтом, оказывающим воздействие на исследуемую нами группу в селе Кудара, является школа. Также одним из немаловажных субъектов социально-культурной деятельности и социальной работы с учащейся молодежью является Дом детского творчества. Другим важным социально-культурным институтом сельского поселения, центром культурно – досуговой деятельности села является Дом культуры.

В 2015 году нами было проведено исследование на тему «Организация культурно - досуговой деятельности учащейся молодежи в современном селе (с. Кудара, Кабанского района Республики Бурятия)», результаты которого были апробированы на Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых «Социально-культурная среда регионов глазами молодежи» в мае 2016 года. Несмотря на многообразие условий выбора видов социально-культурной деятельности, был выявлен тот факт, что не все учащиеся вовлечены в деятельность кружков, секций, клубов и студий. Из 78 учащихся 8-11 классов, в деятельность досуговых объединений вовлечено 53 человека (преимущественно, 8-классники), остальная часть учащейся молодежи периодически выступает в качестве посетителей различных мероприятий, но основную часть времени используют нерационально, что негативно влияет на их развитие. Также были определены проблемы и предпочтения в организации культурно-досуговой деятельности учащейся молодежи в селе Кудара, её ресурсный потенциал, как социально-демографического ресурса.

Анализ результатов социологического исследования позволил сделать вывод о том, что учащаяся молодежь, не в полной мере реализовывает себя, и чаще всего не использует своё свободное время с пользой, но при этом, есть потенциал и желание принимать активное участие в жизни школы и села. На основании полученных результатов был разработан проект «Молодежный досуговый клуб «Ровесник»» в с. Кудара на базе Кударинского филиала «Районного Дома культуры»

Данный проект был рассчитан на 1 год (апрель 2016 – март 2017), с возможностью последующего продолжения. Участниками проекта является учащаяся молодежь села, в возрасте от 14 до 18 лет, треть которых составляют школьники из неблагополучных семей.

Основными задачами проекта являлось:

- всестороннее развитие личности, включая молодежь в различные виды социально-культурной деятельности;
- использование и внедрение развивающих форм досуговой деятельности;
- обеспечение необходимых условий для полноценного проведения досуга, насыщенного общения, духовно-нравственного воспитания.

В рамках проекта было разработано положение о деятельности молодежного досугового клуба «Ровесник», а также проведен ряд мероприятий различных направлений, например, таких как: лекторий «Противоалкогольная и антинаркотическая пропаганда», проведенный специалистом Кударинского филиала «РДК» по работе с молодежью Балдаковой Светланой Владимировной; подготовка материала для создания историко-краеведческого музея села Кудара; участие в подготовке и проведении праздника «Светлая Пасха. Народное гуляние Красная горка»; уборка центрального парка поселения Кудара; побелка ограждения «Аллея Славы»; просмотр и обсуждение художественного фильма о Великой Отечественной войне совместно с учителем истории Дригуновой Надеждой Викторовной; подготовка и участие на митинге и концерте, посвященном Дню Победы.

Данный проект был одобрен главой администрации МО СП «Байкало-Кударинское» Трескиным Николаем Никифоровичем, положительно охарактеризован заведующим Кударинским филиалом «Районного Дома культуры» Тараканом Виталием Александровичем.

Уже после частичной реализации проекта, мы получили положительные результаты. Учащиеся активно принимали участие в поисковой, трудовой деятельности, при организации мероприятий, при беседах на различную тематику, следовательно, у них повысился интерес к культурно-досуговой жизни села, к экологической культуре, истории. Кроме культурно-досуговой деятельности учащиеся могут быть вовлечены и в научную деятельность, мы предполагаем, что они смогут создавать и реализовывать собственные проекты, которые в дальнейшем будут представлены не только на селе, но и в районе, республике. Проявляя себя активно, учащиеся смогут принимать участие в жизни села и района ещё больше. При продолжительной и продуктивной деятельности клуба в перспективе также есть возможность учащимся войти в движение молодежи Кабанского района, где реализовывать свой потенциал будет гораздо интереснее.

Таким образом, молодежный досуговый клуб «Ровесник» необходимый как для активистов, так и для неохваченных культурно – досуговой деятельностью учащихся, стал способствовать реализации личности как творчески, так и умственно, а также духовно-нравственному воспитанию.

Список литературы:

1. Гальцева И. Социально-культурное развитие молодежи на селе [Электронный ресурс] URL: www.proza.ru/2010/04/23/378 (дата обращения: 21.10.2016).
2. Чернова Е.В. К вопросу о социальном самочувствии молодежи группы риска в изменяющемся обществе / Е.В. Чернова // Социальная защита семьи и детства в условиях модернизации современного общества: материалы междунар. науч.-практ. конф., посвященной 90-летию Республики Бурятия (Улан-Удэ, 7 июня 2013г.). – Улан-Удэ: Издательство Бурятского государственного университета, 2013. – 256 с.

УДК 364.044.68

Доржиева Н.Б.
Отдел социальной защиты населения по Кяхтинскому району, г. Кяхта, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА МИГРАНТОВ НА ОПЫТЕ РАБОТЫ СЛУЖБ И ВЕДОМСТВ КЯХТИНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

Автором изучено понятие миграции. На опыте служб, ведомств, объединений Кяхтинского района охарактеризована деятельность по работе с мигрантами.

Ключевые слова: *миграция, социальная поддержка и помощь.*

Dorzhieva N.B.
Department of Social Protection of the population of the District Kyakhtinsky, Kyakhta, Russia

SOCIAL SUPPORT OF MIGRANTS BY WORK EXPERIENCE OF SERVICES AND DEPARTMENTS OF THE DISTRICT KYAKHTINSKY OF THE REPUBLIC OF BURYATIA

The author studied the concept of migration. The work with migrants is characterized on the example of experience of services, departments, associations of the District Kyakhtinsky.

Keywords: *migration, social support and assistance.*

Миграция населения – одна из важнейших проблем современного мирового развития; это сложный процесс, затрагивающий многие стороны социально-экономической, общественно-политической, этнической, нравственно-психологической, религиозно-духовной жизни целых стран и народов.

Миграция - это перемещение, переселение людей, связанное с изменением местожительства на срок не менее 6 месяцев. В основе миграционных процессов лежат причины экономического, политического, социального, национального, религиозного и другого порядка [2, с.135].

Миграция достаточно сложный и неоднозначный социальный феномен. В современных исследованиях принято выделять и анализировать следующие типы миграции:

1. По направлению миграционных перемещений:
- эпизодическая, разовая миграция;
- маятниковая миграция, т.е., перемещение людей по относительно стабильным маршрутам, предполагающее возвращение на прежнее место жительства;
- сезонная миграция, перемещение людей в определённых направлениях, связанное с необходимостью или желанием участвовать в каком-либо сезонном виде деятельности.

2. По возможностям возвращения на прежнее место жительства:
- возвратная миграция, с необходимостью предполагающая возвращение людей на прежнее, постоянное место проживания;
- безвозвратная миграция, связанная с окончательным изменением места пребывания и проживания человека или группы людей.

3. По отношению людей к процессам перемещения:
- добровольная миграция, перемещения людей на новое место пребывания по собственной воле, по собственному желанию;
- вынужденная миграция, процессы перемещения людей по собственной воле, но против собственного желания (стихийное бедствие и вооружённый конфликт);
- принудительная миграция, или перемещение людей под давлением, по приказу или под угрозой (насильственная депортация, вывоз в другую страну или регион, насильственное переселение или изгнание).

4. По отношению к государственным или региональным границам:
- внутренняя миграция, которая осуществляется в пределах одной страны или одного региона, например, поездка на учёбу;
- внешняя миграция, осуществляется за пределы государственных или региональных границ, например, переезд на постоянное место жительства в другой регион и за границу [2, с.74].

По причинам, которые вынудили их к перемещению, выделяются беженцы и вынужденные переселенцы. Именно эти люди нуждаются в социальной поддержке и помощи со стороны государства и общества, в которое они попадают.

2014 год характерен для России большим потоком мигрантов с территории Украины. Так, в Республику Бурятию самостоятельно прибыло по состоянию на 7 апреля 2015 г. - 382 чел. из них: 227 трудоспособного возраста, 110 детей, 45 пенсионеров. Из пункта временного проживания в Кяхтинский район прибыло 7 человек, из них: трудоспособных граждан – 5 (в том числе беременных – 1), детей – 2.

Деятельность, направленная на комплексную поддержку мигрантов в Кяхтинском районе осуществляется в тесном взаимодействии:

1. Органами государственной власти: Отделение УФМС России по Республике Бурятия в Кяхтинском районе, отдел социальной защиты населения по Кяхтинскому району, ГКУ «Центр занятости населения Кяхтинского района».

2. Органами местного самоуправления: администрацией МО «Кяхтинский район», администрацией СП «Хоронхойское», администрацией СП «Тамирское».

3. Общественными объединениями: волонтерские группы «Здоровье», «Феникс».

Основные направления деятельности с мигрантами:

1. Трудовая и профессиональная адаптация. Реализация этого направления деятельности предполагает использование трудового и профессионального потенциала мигрантов на новом месте жительства и в новых условиях. Центром занятости Кяхтинского района совместно с администрацией МО «Хоронхойское» оказано содействие в трудоустройстве 3 граждан в ИП «Хастикян» на должность водителей большегрузных машин, заключении трудовых договоров. 1 человек трудоустроен рабочим по изготовлению макаронных изделий в ИП «Теймурова Е.Ю.». Из 4 самостоятельно прибывших граждан трудоустроено 2 человека (Бурятский республиканский техникум строительных и промышленных технологий, разнорабочий, Церковь Успения, водитель).

2. Решение проблем материальной компенсации понесённого мигрантами ущерба. После прибытия в Республику Бурятия мигранты размещены в пункте временного пребывания, прошли медицинский осмотр. Квалифицированными специалистами МЧС оказана психологическая помощь. Организована выдача всех необходимых документов (медицинский полис, свидетельство о предоставлении временного убежища на территории России). Всем гражданам оказана материальная помощь в размере 10 тысяч рублей из резервного фонда правительства Республики Бурятия. Организовано направление по местам постоянного проживания в районы Республики Бурятии. Решением комиссии при МО «Кяхтинский район» вынужденные переселенцы, прибывшие из пункта временного пребывания, были расположены на территории сельского поселения «Хоронхойское», где гражданам по договорам аренды предоставлены жилые помещения, принадлежащие частным лицам. 6 граждан, самостоятельно прибывшие на территорию района получили материальную помощь из средств Министерства социальной защиты населения РБ. Администрацией МО «Тамирское» выделено жилье 1 гражданину, местным населением оказана натуральная помощь в виде продуктов питания, посуды, мебели, одежды. Волонтерскими группами «Милосердие», «Феникс» проведены благотворительные акции по сбору вещей б/у для беженцев.

3.Формирование и последующее развитие гармоничной системы взаимоотношений мигрантов с местным населением. Администрацией МО «Хоронхойское» предприняты меры для создания благоприятных взаимоотношений местного населения с мигрантами. Отделом социальной защиты населения по Кяхтинскому району совместно с администрацией организована благотворительная акция по сбору вещей для мигрантов. Большой отклик местного населения подтвердило их доброжелательное отношение к гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. В целом, население Кяхтинского района проявило поинмание к проблеме мигрантов.

4.Формирование и развитие системы правовой защиты мигрантов, пресечение и недопущение всех форм их дискриминации. Вынужденные переселенцы, прибывшие на территорию Бурятии, в т.ч. Кяхтинского района обеспечены медицинской помощью, трудоспособные граждане смогли реализовать добровольное право на труд. Семьям с несовершеннолетними детьми оказана помощь в устройстве детей в школу, внеочередному приему в детские сады. Граждане имеют доступ ко всем культурным, образовательным, медицинским учреждениям. В числе мигрантов в Кяхтинский района прибыла беременная женщина, для которой были созданы благоприятные условия для течения беременности и родовой деятельности. Оказана материальная поддержка семье в связи с рождением ребенка за счет личных средств работников организаций, осуществляющих деятельность с мигрантами: ОСЗН, ЦЗН, УФМС, сельские поселения, администрация района.

Таким образом, гражданам, прибывшим с территории Украины, со стороны государства, общественных организаций и частных лиц Кяхтинского района оказана комплексная социальная поддержка.

Список литературы:

1. Акмалова, А.А. Социальная работа с мигрантами и беженцами: учеб. пособие. - М.: ИНФРА-М, 2008.

2. Бадыштова И.М. Отношение местного населения к мигрантам (на примере Приволжского федерального округа) // Социс. - №6. - 2003. - С. 38-46.

УДК 616-036.838+364-786]-053.9

Дубилей Г.С., Фомина О.А.

Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В статье рассматриваются актуальные вопросы медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста, повышение качества жизни и сохранение их активного долголетия.

Ключевые слова: *гериатрия, медико-социальная реабилитация, активное долголетие, качество жизни.*

Dubiley G.S., Fomina O.A.

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

THE PROBLEMS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF ELDERLY AND SENILE PEOPLE

The article considers the topical questions of medical and social rehabilitation of elderly and senile people, improving their quality of life and save their active longevity.

Key words: *g*eriatrics, medico-social rehabilitation, the quality of life, active longevity.

Во всем мире, по данным демографической статистики, число людей пожилого и старческого возраста постоянно возрастает. В России к 2020 году прогнозируется увеличение представителей старшей возрастной группы до 27% от всего населения страны [5]. В создавшейся ситуации проблема здорового и активного долголетия приобретает всё большее медико-социальное значение и требует решений на государственном уровне по целому ряду важных вопросов: социально-экономическим, организационным, управленческим и др. Но всё же главной целью современной медицины сегодня является увеличение продолжительности и повышение качества жизни пожилых людей и стариков [6]. Поэтому поиск новых подходов, разработка новых программ профилактики, лечения, реабилитации этой возрастной группы населения – задача актуальная и социально значимая.

Перспективным, по нашему мнению, является направление гериатрической реабилитации, его дальнейшее развитие с учетом требований сегодняшнего дня и особенностей стареющего организма [2].

В настоящее время структуры геронтологического профиля далеки от совершенства и не позволяют в полной мере решать вопросы, связанные с созданием необходимых условий для здоровой, активной и достойной старости. С организационной точки зрения они представляют собой учреждения стационарного или поликлинического типа с гериатрической профилизацией, которые практически дублируют стандартные структуры по оказанию врачебной помощи. Поэтому они не в состоянии реализовать потенциал физического, социального и психического благополучия пожилого человека на протяжении его жизни и обеспечить ему помощь, когда он в ней нуждается [2].

По видимому, созрела острая необходимость создания новой, оптимальной модели системы реабилитации лиц пожилого и старческого возраста. Её построение – задача сложная по ряду причин. Лечение и реабилитация таких пациентов значительно отличается от лечебно-реабилитационного процесса пациентов других возрастных категорий. Это связано с физиологическими особенностями в стареющем организме. Одной из них является полиморбидность, т.е. наличие у большинства пациентов нескольких заболеваний, каждое из которых имеет свои специфические проявления, особенности течения, различный прогноз, которые по-разному влияют на качество жизни и требуют соответствующей индивидуализированной терапии. Следует иметь в виду, что в условиях полиморбидности происходит сложное переплетение многих симптомов, снижается их привычная диагностическая ценность, и в то же время различные проявления могут потенцировать друг друга, усиливая клиническую симптоматику. Наличие у пожилого пациента полиморбидности

требует от курирующего врача максимальной осведомленности, практической ориентации в различных смежных областях и интегрального клинического подхода к ведению больного. Не менее важной клинической проблемой в гериатрии являются трудности диагностики, что связано, как принято считать, с особенностями течения заболеваний у пожилых. Для больных пожилого и старческого возраста также характерна социально-психическая дезадаптация. Социальный статус пожилого человека с возрастом меняется, что связано с выходом на пенсию, утратой близких и друзей в связи с их смертью, ограничением возможности общения с оставшимися в живых, трудностями самообслуживания, ухудшением экономического положения. Неспособность адаптироваться к постоянно меняющимся условиям и самостоятельно справляться с повседневными заботами приводит к зависимости от других людей, что вызывает у многих стариков чувства неполноценности, бессилия и покинутости.

Из этого следует, что разработка специальных реабилитационных мероприятий для лиц старшего возраста с целью продления и сохранения активного долголетия, их реализация в рамках современных требований медицинской реабилитации по этапному ведению пациентов имеет очень важное значение в решении приоритетной проблемы сохранения здоровья и качества жизни людей пожилого возраста.

Сегодня, когда всеми признана эффективность этапной организации реабилитационного процесса, необходимо применение ее и для лиц геронтологического профиля [4]. Так, на **I этап – госпитальный,** должны направляться пациенты только по показаниям к стационарному лечению, при этом врач должен отдавать себе отчет в том, что для этих пациентов оказаться в больничных условиях само по себе является стрессовой ситуацией, поскольку нарушаются сформировавшееся жизненные стереотипы: привычная обстановка, окружение, домашние ритуалы, возможность общения с близкими.

После завершения госпитального этапа, в соответствии с реабилитационным потенциалом больного, его можно перевести либо в специализированное реабилитационное отделение II-го этапа, либо на III этап реабилитации – амбулаторно-поликлинический, где помощь пожилым людям должна быть оказана современной медицинской и социальной службой в территориальной поликлинике или на дому.

Между этапами должна существовать преемственность, а реабилитационные программы каждого этапа должны быть комплексными и максимально индивидуализированными, в соответствии с особенностями стареющего организма.

Гериатрическая реабилитация должна решать следующие задачи:

1. повышение физической работоспособности пожилых людей;
2. повышение уровня их здоровья;
3. профилактика заболеваний;
4. замедление процессов старения;
5. повышение физической и психической активности стареющего поколения;
6. увеличение продолжительности жизни.

Её основными аспектами должны быть:

1. подготовка кадров – профессиональная подготовка и повышение квалификации специалистов соответствующего профиля по геронтологии и гериатрии;
2. лечебные и реабилитационно-оздоровительные мероприятия – проведение обоснованной базисной медикаментозной терапии основных заболеваний; разработка максимально индивидуализированных программ реабилитации, основанных на немедикаментозных методах, включая кинезотерапию, фитотерапию, физиолечение и т.д.;
3. психологическая поддержка с участием клинических психологов и психотерапевтов (беседы, сеансы психологической разгрузки, арт-терапия и др.);
4. разработка критериев диагностики и врачебного контроля с учетом возрастных особенностей организма пациентов гериатрической группы;
5. просветительская деятельность.

Таким образом, данная система медико-социальной реабилитации позволила бы осуществить модернизацию учреждений геронтологической сети и стать основой реализации задач по повышению качества жизни лиц «третьего возраста», сохранению активного долголетия, росту социальной активности лиц пожилого и старческого возраста, улучшению демографических показателей, формированию здорового общества [1,5].

Список литературы:

1. Богданова Т.В. Центры здоровья – реализация практического направления и формирование здорового образа жизни у населения РФ // Вестник восстановительной медицины. 2014. - №3. – С. 80-82.
2. Борисов В.А., Попова Г.В., Кранина М.А. Приоритетные направления развития медицинской реабилитации в повышении качества и продолжительности жизни населения региона //Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. – Т.19. - №2, с. 14-17.
3. Государственная программа «Развитие здравоохранения» / Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 №294 / Портал госпрограмм РФ: //programs.gov.ru/Portal/passport/1
4. Гриднева И.В., Коротков С.Б., Харина М.В. Медицинская реабилитация в современном обществе // Научно-медицинский вестник центрального черноземья. – 2016. - № 63. – С. 129-133.
5. Донцов В.И., Крутько В.Н. Здоровьесбережение как современное направление профилактической медицины (обзор) // Вестник восстановительной медицины. 2016. - №1. – С. 2-9.
6. Лебедева А.А., Пузин С.Н., Потапов В.Н., Шургая М.А. Медико-социальная экспертиза и реабилитация; 2014. - №2. С. 4-6.

УДК 364.3

Дэлгэрма С., Намун Г., Солонго Д.
Монгольский национальный университет,г. Улан-Батор, Монголия

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЕЙ СООТВЕТСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ СО СВОЕЙ РАБОТОЙ

Данная статья посвящена об удовлетворенности персонала своей работой в монгольской объекте охраны психического здоровья, а также выявление любых связанных с ним факторов для здравоохранения.

Ключевые слова: *окружающая среда, удовлетворенность, управление, заработная плата*

Delgermaa S., Namuun G., Solongo D.
School of Nursing, Mongolian National University of Medical Sciences, Mongolia

A STUDY ABOUT LEVELS OF SATISFACTION WITH WORK OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

This article is devoted about levels of staff satisfaction with their work in a Mongolian mental health care facility and to identification of any linked factors for healthcare.

Keywords: *Environment, satisfaction, management, salary*

Introduction

One of the main goals of Mental health care organizations is to evaluate the environment of Mental health care services in dedicated institutions. In Mongolia, similar to other countries, one important factor to improve the quality of the health care system, is the level of health care service. Quality of the environment is creating satisfaction within the staff and improves the quality of treatment, which leads to the satisfaction of the patients. Measuring this satisfaction can give important information about the aspects, that need to be improved.

At the Mongolian National Center for Mental Health there are 460 beds for patients, 117 physicians, 98 nurses and 50 staffs(research worker and administration) soin total 230 employers. Every year a study to evaluate the "Health care organizations function" of 16 hospitalsis done by the Ministry of Health since the year 2004. From the year 2015 this study was expanded to cover 19 hospitals.

Purpose

To measure levels of staff satisfaction with their work in a Mongolian mental health care facility and to identify any linked factors for healthcare.

Aims

1. To evaluate the experience of medical and nursing staff that is working in the National Centre
2. To investigate on factors influencing the working environment of the staff

Materials and methods

There were in total 151 participants in our study, who were 25 physicians, 48 nurses and 78 others.We used the "Kuopio University Hospital job satisfaction scale (KUHJSS, Kvast, 2012) to evaluate staff satisfaction.

This study was carried out in the National Centre for Mental Health in Mongolia over 6 months from 2015 to 2016 and the processing was conducted using "SPSS 21" and Excel 2013.

Accuracy of the questionnaire is to be analysed by Cronbach in details by α ratio. The *α*ratio measures the level of relations for the group data. The*α*ratio shows the value between 0-1 and it is considered that probability of accuracy standard is equivalent or more than 0.70. Level of satisfaction shall be determined by following theory for its total points and percent.

Points	Percent	Measurement
1-2.5	0-50.9%	Satisfaction low
2.5-3.99	51.0-79.9%	Satisfaction middle/fair
4-5	80.0-100.0%	Satisfaction well

Results

In our study participated 151participants in total. Staffs were 25 physicians, 48 nurses and 78 others.

Table 1.

Form participants 45 (27.1%)were nurse, 78 (47.0%) were other specialists.

Parameters	n	Percent(%)
Gender		
Male	22	14.5%
Female	129	85.5%
Education		
Diploma	44	26.5%
Bachelor	71	42.8%
Master	22	13.3%
Doctor degree	0	0.0%
General secondary education	29	17.5%
Working years		
1-5	33	24.6%
6-10	57	42.5%
11-20	42	31.3%
Over 21 year	2	1.5%

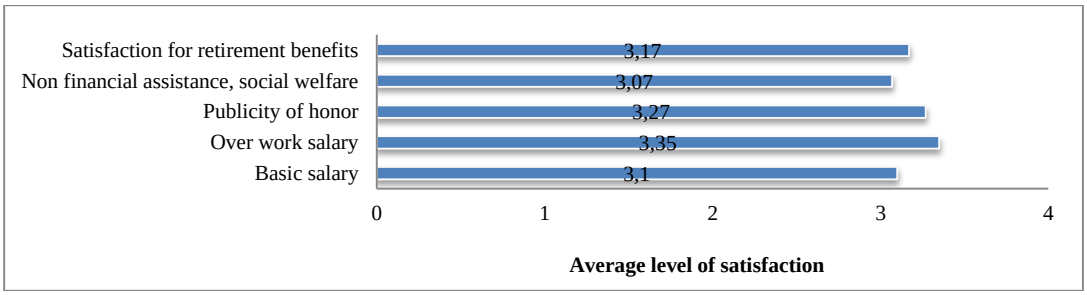


Figure 1. Results

The results shows 4.09 (81.9%) points for management leadership, 4.23 (84.5%) points for teamwork ability of the employees, 4.26(85,3%) points forspecialization of staffs in human resource development group. Also satisfactory values shown for the question "I always get stressed at work" by 3.13 (62.6%) points and "comfortable environment" by 3.17 (63.5%). And 3.7 (74%) points were for staffs health support from leadership.

Table 2.

Satisfaction of employees and Salary and promotion

Results of satisfaction of employees			Salary and promotion	
			N	Cronbach's Alpha
Support of administration	3.50	70.0%	9	0.94
Salary	3.19	63.8%	5	0.89
Communication and attitude of collective	3.80	76.1%	6	0.88
Human resource development	3.57	71.4%	4	0.84
Workload, work standards	3.38	67.7%	8	0.79
Factors for activity in work	3.91	78.2%	5	0.75
Satisfaction from work place	3.50	70.0%	5	0.91
Participation for making a decision satisfactory	3.50	70.0%	3	0.87

84.9% of the participants in the survey gets 350001-700000 MNT per month as salary and level of employees satisfaction for their salary is satisfactory or 3.19 (60.4%) and it is the lowest rating of this study. Confidence level on parameters data series which determines each metric values 0.75-0.94 or a≥0.7 via assessment by Cronbach alpha and it illustrates the satisfaction of requirement for data series.

Discussion

It is an important issue to study the satisfaction of employees in the health sector because their commitment and hard work play an essential role in the economic development of the society. Our research shows that satisfaction of employees for their supportive management is given 3.81 (76.3%) and for their basic salary is 3.02 (60.4%) and it turns out to be commensurate with indicators of research carried out on branch offices of the Ministry of Health in 2011 where there was 3.89 (77.8%) for supportive management and 2.96 (59.9%) for their basic salary. It illustrates that there is no significant improvement over the last 5 years. But we were proud to see the satisfaction with the human resource development, as it is 4.21 (84.2%) instead of 3.45 (69%) in 2015 and 3.01 (60.2%) in 2011.

Conclusion

1. Satisfaction of employees for the hospital furnishing and comfortability is 84.3% or satisfied with it in our research the positive results and it presents the positive result that the organization vision can be stable.
2. Satisfaction of employees for their workload and standard is 67.7% and satisfaction of employees from the workplace is 71.6% or at average level. It is considered to be information of evidence to resolve such happenings in their future work plan.

Acknowledgement

We would like to express our gratitude to National Center for Mental Health in Mongolia, colleagues, participants and to all of people who support and helped for study.

References

1. "Satisfaction of patients and staff". Report for measurement of branch hospitals of Ministry of Health in Mongolia. Ulaanbaatar, 2011, pp.2, 17-18.
2. "Guide of the eight satisfied service" Statement of minister of health. №344
3. Ronald M, Harden, john A. A.Practical guide For Medical Teachers. Sydney Toronto: 2001
4. Health statistics – 2013. Ministry of Health in Mongolia. Ulaanbaatar, 2013:107
5. Davaalkham.D. "Biostatistics". Ulaanbaatar, Erkhes, MNUMS, 2011:108-109.
6. Oyunbileg, Shirnen.L. Development of professional growth of medical specialists, working values. Ulaanbaatar, 2002;

УДК616-005.2-08-07

Дюсенова Л.Б., Пивина Л.М., Белихина Т.И.
Государственный медицинский университет, г. Семей, Казахстан

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВСАРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

В статье представлены результаты исследования приверженности больных артериальной гипертонией к лечению, основные и причины отсутствия снижения АД при применении гипотензивной терапии.

Ключевые слова: *артериальная гипертония, приверженность к лечению.*

Dussenova L.B., Pivina L.M., Belikhina T.I.
Semey State Medical University, Kazakhstan

ADHERENCE TO TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

The article presents the results of study of adherence to treatmentin hypertensive patients, and the main reasons for the lack of blood pressure decreasingat antihypertensive therapy.

Keywords: *arterial hypertension, adherence totreatment.*

Приверженность пациентов к терапии, определяемая как способность пациента точно следовать клиническим назначениям по приему лекарственных препаратов и модификации образа жизни, является предметом широкого обсуждения во всем мире. Учитывая, что пациенты с хроническими неспецифическими заболеваниями вынуждены наблюдаться и получать немедикаментозное и медикаментозное лечение в большинстве случаев на протяжении многих лет или десятков лет, роль врача можно свести к консультативной и рекомендательной. Основная доля успеха подобного лечения основана на включении самого пациента в процесс лечения, повышении уровня осознанности им в подходе к лечению, пересмотре его взглядов на необходимость строгого самоконтроля над лечением.

Решающее значение в лечении АГ имеет достижение целевого уровня АД. Проблема лечения АГ состоит в том, что существует большое число эффективных лекарственных антигипертензивных средств, но зачастую лечение является неэффективным. Несмотря на различия в социальном статусе и уровне развития в различных странах мира, целевой уровень АД достигается менее чем у 1/4 больных с АГ. Среди причин отсутствия адекватного снижения АД при применении гипотензивной терапии можно выделить три группы.

К первой группе следует отнести причины, связанные с характером самого заболевания. Выбор лечебных средств зачастую проводится эмпирически, а предсказать эффективность лечения невозможно.

Вторая группа причин исходит со стороны врача: отсутствие возможности в клинической практике титровать дозы и модифицировать начальную терапию, осуществлять мониторинг за эффективностью лечения, а нередко - и незнание современных рекомендаций по лечению АГ.

Третья группа причин связана с пациентами: низкая информированность больных о своем заболевании, о необходимости длительного (пожизненного) лечения, невыполнение предписаний врача. Если устранить первую группу причин в реальной клинической практике невозможно, то уменьшить влияние двух других групп причин - задача вполне выполнимая при условии установления доверительных отношений между врачом и пациентом и широкого вовлечения самого пациента в процесс лечения.

Известно, что прием лекарственных препаратов в соответствии с врачебными назначениями как минимум в 80% является наиболее общей характеристикой медикаментозной комплаентности.

Необходимо внедрение опросника в практическое здравоохранение с целью выявления факторов, способных повлиять на лечение,что позволит улучшить возможности влияния как на пациента, так и на предоставляемые медицинские услуги, которые положительно отразятся на конечных результатах оптимизации лечения больных АГ.

Приверженность лечению зависит от ряда обстоятельств:

- пола и возраста (у мужчин старше 65 лет и моложе 35 лет приверженность лечению ниже);
- характерологических особенностей пациента, уровня его образования (отрицание заболевания, плохая память, «нетерпеливость», невысокие волевые качества, низкий уровень образования и интеллекта и др.);
- особенностей течения заболевания (рефрактерность к лечению);
- правильного выбора препарата с достаточно быстрой эффективностью (пациент не удовлетворен затянувшимся ожиданием антигипертензивного эффекта) и хорошей переносимостью;
- схемы лечения, в частности, количества назначенных препаратов, частоты их приема в течение суток (сложная схема приема лекарств затруднительна для работающего пациента; полипрагмазия ухудшает приверженность);
- наличия в аптеках препаратов, назначенных врачом.

Результаты исследования, проведенного на выборке из 162пациентов с артериальной гипертонией II степени в среднем возрасте 59,8 ± 6,4 лет, показали сопоставимость выявленных проблем в области повышения приверженности казахстанских пациентов к антигипертензивной терапии и путей их решения с общемировой ситуацией.

Так, аналитические методы исследования показали, что среди женщин значение необходимости приема лекарственных препаратов оценивалось значительно выше, чем среди мужчин. Для женщин такой же уровень значимости имели величина артериального давления и необходимость его регулярного измерения, необходимость принимать препараты несколько раз в течение дня и необходимость одновременного приёма несколько лекарственных препаратов, изменение из-за болезни привычной диеты, и знание о значении

своих лабораторных показателей. Для мужчин важны изменение привычного образа жизни, необходимость регулярного посещения лечащего врача и общие изменения в жизни, на которые пришлось пойти из-за болезни. Кроме того, несколько факторов мужчины отметили как исключительно важные: необходимость приёма препаратов несколько раз в течение дня или нескольких препаратов одновременно, а также качество своей сексуальной жизни.

Женщины показали высокую готовность к модификации образа жизни в соответствии с врачебными рекомендациями. Они позитивно относятся к необходимости регулярного активного контроля своего здоровья, охотно воспринимают различные технологии лечения,такие как возможная необходимость ежедневного приема нескольких препаратов. В то же время мужчины показали нейтральное или даже негативное отношение к выполнению врачебных рекомендаций. Особенно они демонстрировали это в отношении вмешательств, которые требуют высокой частоты и регулярности, например измерения АД, периодических визитов к своему лечащему врачу, выполнения лабораторных исследований.

Важность модификации образа жизни была значительной для приблизительно 19 % опрашиваемых, как мужчин, так и женщин; важность лекарственной терапии – для 21,2 % всех респондентов, при этом не было установлено существенных различий для мужчин и женщин; приблизительно такая же ситуация была характерна в отношении важности медицинского сопровождения в успешном лечении артериальной гипертонии.

Результаты исследования не претендуют на исчерпывающее решение проблемы в силу её сложности. Дальнейшая её разработка может быть продолжена в направлении поиска наиболее эффективных методов повышения комплаентности казахстанских пациентов к антигипертензивной терапии.

В связи с имеющимися прогнозами становится все очевиднее, что даже передовые достижения современной медицины в лечении АГ не будут реализованы на практике, если не повышать приверженность пациентов лечению, не внедрять современные методологические подходы, в том числе обучение больных, в сочетании с мерами, улучшающими когнитивную функцию и снижающими темпы развития и прогрессирования деменции.

В целом методы повышения приверженности к лечению можно объединить в 4 большие группы:

- обучение пациентов;
- улучшение схемы дозирования медикаментов;
- улучшение взаимодействия между врачами и пациентами;
- системное ведение пациента, включающее не только терапию основного заболевания, но и коррекцию сопутствующих состояний, в том числе улучшение когнитивных функций и повышение качества жизни.

Обучение пациентов предполагает информирование их о нормальных показателях АД, разъяснение опасности повышенного АД и необходимости длительной терапии заболевания как медикаментозными, так и немедикаментозными методами, а также вовлечение в образовательные программы по овладению навыками самоконтроля за уровнем АД, частотой сердечных сокращений (ЧСС), массой тела, окружностью талии, ведением пищевых дневников.

УДК 316.4

Евстропьева **А.Г.**
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ "БАКАЛАВРИАТ - МАГИСТРАТУРА" В РОССИИ

В статье рассматриваются проблемы, связанные с переходом на двухуровневую систему высшего образования в России
Ключевые слова: бакалавриат, магистратура, вуз, специалитет, студент.

Evstropeva **A.G.**
Irkutsk State University, Irkutsk, Russia

PROBLEMS OF THE BACHELOR DEGREE-THE MAGISTRACY SYSTEM IN RUSSIA

In article the problems connected with transition to twolevel system of the higher education in Russia are considered.
Keywords**:** *the bachelor****,*** *the magistracy****,*** *high school****,*** specialist programme*, student****.***

Всё чаще образовательная система российских университетов сталкивается с проблемой, что молодые люди, оканчивая обучение по программе бакалавриата, прекращают свою образовательную и научную деятельность и идут устраиваться на работу. Некоторые, конечно, могут совмещать и то, и другое. Но таких единицы. У всех молодых людей, которые не собираются продолжать обучение по не так давно введённой программе, свои резоны для данного поступка. Одни считают, что это пустая трата времени. Другие - денег. Третьи же вообще понятия не имеют в разнице между дипломом бакалавра и магистра, периодически наблюдая одну и ту же программу что для одних, что для других. Недостаток понимания нововведённой системы, как у студентов, так и у преподавателей, вызывает вопрос: «По какой причине решено уйти от привычных всем дипломов специалистов и заменить двумя дипломами бакалавров и магистров?». Целью данной работы является поиск ответов на вопросы: каково нынешнее положение российской системы высшего образования и как это отражается на мотивации студентов к продолжению учебной и научной деятельности. Общественность много и часто обсуждает эти вопросы, однако научных трудов относительно данной проблемы очень мало.

С 2009 года в России официально действует двухуровневая система высшего образования «бакалавриат – магистратура», соответсвующей принципам Болонской системы, распространенной в Европе и Северной Америке. Однако еще недавно высшее образование в России, по остаткам системы образования Советского союза, было построено по иной схеме: все институты, университеты и академии готовили студентов по программам специалитета в течение 5–6 лет. После этого студенты могли обучаться либо в магистратуре, либо в аспирантуре. Но почему-то многие вузы продолжают готовить специалистов и сегодня.

Судя по всему, те, кто принимал закон о переходе на систему бакалавриат-магистратура, руководствовались лишь её положительными сторонами. Подразумевалось, что после 4 лет обучения в бакалавриате студент более четко очертит свои интересы и потребности и исходя из этого выберет более узкую специальность магистратуры. В некоторых случаях появляется возможность даже получить две разные специальности, что является важным преимуществом на рынке труда. Кроме того, учиться в магистратуру можно пойти в другой вуз – условия приема для всех одинаковы. Однако, на деле вышло так, что бакалавриат - лишь укороченный учебный план специалитета. Где-то количество часов по тем или иным предметам сократилось. Некоторые дисциплины убрали из курса вовсе. Получение дополнительной специальности за счёт магистратуры тоже достаточно спорный вопрос. Одно дело, когда специальности разнятся в самой базе: бакалавр языкознания с не самой высокой вероятностью сможет получить диплом магистра по безопасности информационных систем. Учебные планы на разных специальностях разные, даже основанных на одной, допустим, гуманитарной базе, в зависимости от надобности. У юристов и правоведов больший упор на нормативно-правовую документацию, у филологов и журналистов - на знания лингвистики и её применения. Конечно, здесь перейти на другую специальность в рамках магистратуры не так фантастично, но всё ещё задача не из лёгких. В программе же магистратуры по той же специальности, что и полученный диплом бакалавра большинство предметов дублируется. А если программы совпадают, то какой смысл тратить на обучение ещё два года?

В связи с этим не мудрено, что работодатели не спешат принимать на работу бакалавров, считая, что они существенно уступают специалистам. Такая точка зрения не лишена смысла: хотя государство не устает повторять, что бакалавриат – это полноценное высшее образование, по факту уместить 5-летнюю программу в 4 года почти никогда не удаётся без последствий для учебного плана и подготовка бакалавров отстает от специалистов.

Ещё один фактор - цена на обучение по магистерской программе. Новая двухуровневая система существенно сократила количество бесплатных мест в магистратуре. Бюджетные места есть, но конкурс на них в несколько раз больше, чем на бесплатные места в бакалавриате, тем более это касается престижных специальностей в известных вузах. Учиться же за деньги выходит довольно

накладно – стоимость платной магистратуры в Иркутском государственном университете на 2015 г. составляет 141 575 рублей в год [1]. Выходом из положения здесь может стать возможность поработать несколько лет между бакалавриатом и магистратурой и накопить денег на второй уровень высшего образования.

Исходя из всего вышесказанного, можно обозначить основные факторы, по которым современные студенты не имеют желания продолжать обучение и свою дальнейшую научную деятельность:

- Фактор времени. Зачем тратить два года на повторное прохождение того же материала, что и по программе бакалавриата (при условии одинаковой специальности);
- Фактор сложности перехода на специальность магистратуры, отличную от специальности бакалавриата;
- Фактор стоимости. Маленькое количество бюджетных мест в вузах для магистров и высокая стоимость обучения.

Однако, стоит выделить и контр фактор соискания рабочего места. Большинство работодателей не видят в выпускниках-бакалаврах готовых специалистов, в связи с чем не особо торопятся дать им достойные рабочие места по их специальности.

Решений обозначенной проблемы может быть несколько:

1. Возвращение к устоявшейся и проверенной несколькими десятилетиями программе специалитета. Вузы снова будут выпускать готовых специалистов. Работодатели будут уверенными в качестве работников к ним приходящих. Студентам же не придётся выбирать: уйти или остаться;
2. Сокращение специальных дисциплин в программе бакалавриата. Студенты действительно смогут глубже изучать выбранную специальность в магистратуре. Минус этого варианта - бакалавр станет ещё более полумерком в науке, чем сейчас;
3. Снижение стоимости и увеличение бюджетных мест в программе магистратуры, а также увеличение часов специальных предметов. Вероятно, возможность узнать ещё больше в рамках выбранной специальности станет неплохим стимулом для продолжения образования.

Рассуждать относительно этой темы можно достаточно долго. Как в новой двухуровневой, так и в старой советской системах высшего образования есть свои плюсы и минусы. Единого мнения нет. Однако, раз тема обсуждается, значит ряд проблем действительно присутствует. Будут ли предприниматься какие-либо меры по смягчению этих проблем - покажет время.

Список литературы:

1. Магистратура: что это и зачем оно вам? [Электронный ресурс] URL: http://www.rosnou.ru/useful/magistratura/ (дата обращения 10.11.2016)
2. Магистратура и бакалавриат в сравнении со специалитетом [Электронный ресур] URL: http://www.begin.ru/novosti-i-stati/bakalavriat-magistratura-vs-spetcialitet.html (дата обращения 10.11.2016)
3. По чём гранит науки? [Электронный ресурс] URL: http://www.irk.ru/news/articles/20150807/price/ (дата обращения 10.11.2016).

УДК 616-053.6 : 614.212

Емельянова О.Н.[1], Пискунова О.Г.[2], Перфильева О.А. [2], Бурякова Т.В.[2]
[1] Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия
[2] Детский клинический медицинский центр г. Читы, г. Чита, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В ДЕТСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ Г. ЧИТЫ

В статье рассмотрены вопросы организации медико – социальной помощи подросткам в детском клиническом медицинском цетре г. Читы. Представлены основные направления работы клиники, дружественной к молодежи, опыт волонтерского движения.

Ключевые слова: *подростки, медико – социальная помощь, волонтеры.*

Yemelyanova O.N.[1], Piskunova O.G.[2], Perfilieva O.A. [2], Buryakova T.V.[2]
1 "Chita State Medical Academy", Chita, Russia
2 ." Chita Children Clinical Medical Center ", Chita, Russia

ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR ADOLESCENTS IN CHITA CHILDREN CLINICAL MEDICAL CENTER

The article deals with the organization of medical and social care for adolescents in Chita Children Clinical Medical Center. The main directions of the clinic such as the volunteer movement are performed.

Key words*: adolescents, medical and social care, volunteers.*

Одной из форм оказания медико – социальной помощи подросткам является создание клиник, дружественных к молодежи. Клиника, дружественная к молодежи – учреждение, оказывающее комплексную медицинскую, психологическую и социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста [1,2,4].

Добровольческая деятельность является одним из приоритетных направлений государственной молодежной политики. Вовлечение подростков в волонтерскую деятельность является действенным методом профилактики правонарушений в молодежной среде [3].

В ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» на базе поликлинического подразделения №2 работает отделение медико-психологической помощи подросткам – клиника, дружественная к молодежи «ТИН» - «Твоё индивидуальное направление».

Целью работы КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленный на сохранение здоровья.

Принципы работы: добровольность, доступность, доброжелательность.

Целевая группа: подростки от 12 до 18 лет, проживающие Железнодорожном районе г. Читы.

Специалисты КДМ: гинеколог, уролог - андролог, дерматовенеролог, психолог, специалист по социальной работе. В КДМ проводятся консультативные приемы специалистов, профилактические осмотры подростков, работает информационный телефон.

В клинике организован и работает волонтерский отряд «ТИН», состоящий из старших школьников и студентов ЧГМА.

Подготовка волонтеров ведется по программе «PRO здоровый выбор». Данная программа разработана Региональной Общественной Организацией «Взгляд в будущее» - официальным партнером Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и одобрена Министерством здравоохранения РФ. Целью программы является пропаганда здорового образа жизни и профилактика поведения высокой степени риска среди подростков и молодежи 14-18 лет.

С 2011 года КДМ «ТИН» начала активно работать в школах Железнодорожного района обучая подростков по программе «PRO здоровый выбор», проводить родительские собрания и консультации для родителей по проблемам подросткового возраста.

Занятия проходят в форме общения и дают не только знания, но и навыки по безопасному поведению и выходу из критических ситуаций. Программа состоит из 20 занятий, проводимых двумя ведущими в группах по 12-20 человек в приятной, располагающей обстановке.

Тренинги проводятся двумя ведущими в группе по 12 – 20 человек в приятной, располагающей обстановке. Они проходят в форме общения. В течение занятий участники получат специально подготовленную, качественную и корректную информацию по всем вышеперечисленным темам, но, что особенно важно, помимо информации, программа содержит методики приобретения и отра-

ботки навыков сохранения здоровья, безопасного поведения, предупреждения и выхода из кризисных ситуаций, противостояния негативному влиянию социальной среды.

Темы занятий по программе «PROздоровый выбор»:

1. Мое тело. (Мужская и женская репродуктивные системы. Терминология.)
2. Эмоции и чувства. (Контроль над эмоциями.)
3. ВИЧ/СПИД. (История. Пути заражения. Профилактика ВИЧ/СПИДа.)
4. Риск. (Рискованное поведение, его последствия.)
5. Если хочешь быть здоров…(Гигиена. Инфекции передаваемые половым путем).
6. Наркозависимость. (Причины и последствия употребления наркотиков.)
7. «Белая ворона». (Стигматизация. Дискриминация. Толерантность.)
8. Кризисные ситуации. (Что делать, если неприятности?)
9. Табак и алкоголь. (Причины потребления. О вреде табака и злоупотребления алкоголем.)
10. Беременность. Роды. Аборты. (Немного о настоящей ответственности.)
11. Когда плохо. (Как справиться с плохим настроением?)
12. Немного о любви и хитростях общения.
13. Конфликты. Контакты. (Как не довести маленькую ссору до большого скандала?)
14. Контрацепция. (Методы, степень их надежности.)
15. Где найти поддержку? (Как не стать жертвой насилия?)
16. Всё обо всём. Интеллектуальное казино. Ответы на типичные вопросы о репродуктивном здоровье. Игра на закрепление пройденного материала.

С 2011г. по 2016 год специалистами клиники дружественной к молодежи «ТИН» проделан большой объем работы, охвачены все средние и высшие учебные заведения, расположенные в Железнодорожном районе. Ведется стабильная работа в сотрудничестве с комитетом образования и другими лечебными и профилактическими медицинскими организациями.

За прошедший период времени волонтеры учавствовали в краевом конкурсе «Здоровый образ жизни», в ежегодном празднике ко дню защиты детей, в слетах волонтеров Забайкальского края, в акциях «Подари мне жизнь», «День здорового общения», «День матери», «Твое здоровье в твоих руках», «Здоровье начинается с каждого», «Пусть все будет вовремя», в работе круглого стола «Роль волонтерского движения в профилактике факторов риска неэпидемических заболеваний и мотивации населения к здоровому образу жизни» в рамках межрегионального съезда волонтёрских отрядов высших учебных заведений Российской Федерации, в круглом столе «Здоровье детей - основа демографической политики региона» в рамках гражданского форума «Сегодня дети – завтра народ».

За прошедший период клиникой, дружественной к молодежи, проведен большой объем медико – социальной работы с подростками, накоплен бесценный опыт проведения тренингов и занятий с родителями и детьми, организовано волонтерское движение.

В дальнейшем планируется проведение акций в стенах поликлинического подразделения, выход волонтеров в школы, средние учебные заведения для профилактической работы по проблемам наркомании, алкоголизма и курения, здорового питания, консультации специалистов.

Список литературы:

1. Галиханова Н.Х. Клиника, дружественная к молодежи в детском поликлиническом отделении МУЗ ЦГБ городского округа, г. Нефтекамск РБ / Н.Х. Галиханова // Материалы международной конференции «Клиники, Дружественные к молодежи» … 10 лет. Продолжение следует. - Санкт – Петербург, 15-17 сентября 2010 г. - С. 31-34.
2. Егоров Е.С. Развитие добровольческого движения в Забайкальском крае как профилактика экстремизма и правонарушений в молодежной среде / Е.С.Егоров // Забайкальский медицинский журнал. -2016. - №6. – С. 35-36.
3. Крылусова С.А. Проектные технологии Клиники, дружественной к молодежи, в формировании здорового образа жизни / С.А. Крылусова, Т.М. Костромитина // Материалы международной конференции «Клиники, Дружественные к молодежи» … 10 лет. Продолжение следует. - Санкт – Петербург, 15-17 сентября 2010 г. - С. 35-42.
4. Унукайнен Р.В. Волонтерские программы КДМ г. Кондопоги «Кино для молодежи» и «Игра это жизнь» / Р.В. Унукайнен // Материалы международной конференции «Клиники, Дружественные к молодежи» … 10 лет. Продолжение следует. - Санкт – Петербург, 15-17 сентября 2010 г. - С. 22-24.

УДК 616-053.2: 614.212

Емельянова О.Н.[1], Нардина И.В.[2], Косыгина С.А.[2]

[1] Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

[2] Детский клинический медицинский центр г. Читы, Чита, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В Г. ЧИТЕ

В статье рассматриваются вопросы оказания профилактической помощи детям. Представлены основные показатели работы Центра здоровья детей в г. Чите, выявленнные факторы риска здоровья у пациентов.

Ключевые слова: *дети, профилактика, факторы риска*

Emelyanova O.N.[1], Nardina I.V.[2], Kosygina S.A.[2]

[1] Chita State Medical Academy, Chita, Russia

[2]Chita Children Clinical Medical Centre Chita, Russia

GENERAL ASSESSMENT OF CHITA CHILDREN HEALTH CARE CENTRE SERVICE

Preventive care given to children is described in the paper. General assessment of Chita Children Health Care Centre service is performed. The risk factors are discussed.

Keywords: *children, prevention, risk factors.*

Важным направлением здравоохранения является разработка и широкое использование технологий профилактики, направленных на устранение модифицируемых факторов риска развития заболеваний путем популяризации и мотивирования населения к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) [3, 7].

Для решения данных задач в регионах РФ согласно приказу Минздравсоцразвития России "Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака" от 19.08.2009 № 597н начали работать Центры здоровья, созданные на базе учреждений здравоохранения [6].

Деятельность Центров здоровья направлена на сохранение здоровья, повышение уровня знаний, информированности и практических навыков по ведению ЗОЖ у населения [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8].

Функциями Центров здоровья являются проведение процедур диагностики, тестирования и мониторирования состояния здоровья человека, а так же консультирование, обучение и формирование принципов приверженности к здоровому образу жизни [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8].

Центр Здоровья детей в г. Чита начал свою работу с декабря 2010 года на базе ГУЗ «Центр восстановительного лечения детей «Феникс».

За время работы ЦЗ посетило 28385 человека, в том числе в 2012 году 7285 детей, в 2013 году 7457 детей, в 2014 году 6721 человек. В течение последних трех лет отмечается увеличение показателей динамического наблюдения за пациентами.

В возрастной структуре пациентов превалировали дети от 0 до 14 лет (2012 год: 6245 человек – 85,7%; 2013 год: 6716 человек – 90,0%; 2014 год: 6395 человек – 95,1%). В течение трех лет отмечается уменьшение числа принятых подростков (2012 год: 630 детей

– 8,7%; 2013 год: 490 детей – 6,6%; 2014 год: 265 детей – 4,0%). Так же в Центре здоровья обследовалось небольшое количество взрослых пациентов (2012 год: 410 человек – 5,6%; 2013 год: 251 человек – 3,4%; 2014 год: 61 человек – 0,9%).

При обследовании пациентов получены данные по факторам риска их образа жизни. Наибольшую распространенность имеют нарушения питания, на 2 месте по распространенности стоит курение, на 3 месте – отягощенная наследственность. Реже выявлены такие факторы риска, как гиподинамия, повышение артериального давления, алкоголь, стрессы. В динамике за 3 года отмечается увеличение нарушений питания, снижение роли наследственности, гиподинамии, алкоголя, стрессов. Распространенность курения сохранилась на прежнем уровне.

По результатам обследования всем пациентам врачами педиатрами составляется индивидуальная программа по здоровому образу жизни с оценкой факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма, с учетом возрастных особенностей и рационального питания

Обратившиеся в Центр здоровья пациенты консультированы гигиенистом стоматологическим. Часть детей осмотрено врачом ЛФК, некоторые из них (по показаниям) прошли курс лечения в зале ЛФК.

За отчетный период Центром здоровья неоднократно проводились выездные формы работы, ЦЗ участвовал в мероприятиях, посвящённых празднованию в честь дня рождения города, проводились презентация и показательные экспресс исследования с целью информирования граждан о вредных и опасных для здоровья человека факторах.

На базе Центра здоровья функционируют школы здоровья, направленные на борьбу с негативными факторами риска и управление позитивными жизненными резервами людей для противодействия возникновению и прогрессированию заболеваний.

Организация центров здоровья в регионах России является новой и дополнительной возможностью для населения получить информацию о ЗОЖ, узнать собственные факторы риска развития заболеваний. В них созданы условия для преодоления табачной зависимости и злоупотребления алкоголем, получения рекомендаций по здоровому питанию и коррекции массы тела, предупреждения заболеваний ротовой полости, глаз и др., выявления их на ранних этапах развития.

Список литературы:

1. Алексеенко С.Н. Опыт организации профилактической работы по сохранению и улучшению здоровья контингента учащихся Кубанского государственного медицинского университета посредством создания "Центра здоровья" / С.Н. Алексеенко, Д.А. Губарева. // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2013. - № 1 . – С. 79-81.
2. Горшунова Н.К. Роль центров здоровья в реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни населения [Электронный ресурс] / Н.К. Горшунова, Н.В. Медведев. - Режим доступа: http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=80221 (20.04.2015).
3. Инновационные технологии в профилактической деятельности Центров здоровья для детей / В. Ю. Альбицкий [и др.]. // Российский педиатрический журнал. - 2014. - № 4 . - С.43-48.
4. Организация центра здоровья на базе городской клинической больницы (на примере Центра здоровья Городской клинической больницы № 1 г. Чебоксары) [Электронный ресурс] / А.В. Голенков [и др.]. - Режим доступа: http://gkb1.org/images/stories/documents-links/publikacii/organizaciya-centra-zdorovya.pdf (20.04.2015).
5. Орлова Н.В. Организация и функционирование центров здоровья. Учебное пособие. [Электронный ресурс] / Н.В. Орлова, И.И. Чукаева. – М.: ГОУ ВПО РГМУ, 2010. – 60 с. - Режим доступа: http://www.kardi.ru/files/healthcenters.pdf (20.04.2015).
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н “Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака”.
7. Проблемы и пути формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации / Под ред. Т.В. Яковлевой, В.Ю. Альбицкого. – М. : ООО «М-Студио», 2011 – 216 с.
8. Решетников И.С. Центр здоровья: функции, структура, организация работы кабинетов инструментальных исследований. [Электронный ресурс] / И.С. Решетников. - Режим доступа: http://www.technomedica.ru/site_files/docs/books/bian/health%20center.pdf (20.04.2015).

УДК [613.84+613.816]:[613.99+303.62]:618.1/.5

Епифанова А.К., Сурмач М.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ЖЕНЩИНАМИ В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

В статье по данным опроса рассматриваются особенности употребления алкоголя и табакокурения у женщин репродуктивного возраста и определяется их вред для здоровья.

Ключевые слова: *табакокурение, употребление алкоголя, репродуктивный возраст.*

Epifanova A.K., Surmash M.Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

THE FEATURES AS SMOKING AND ALCOHOL CONSUMPTION AT WOMAN DURING THE TIME OF IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION

This article is devoted to the features of an alcohol consumption and smoking among woman in reproductive age (according to questionnaire data) and determined by their damage to the health.

Key words: *smoking, alcohol consumption, reproductive age.*

Важным фактором здоровья беременной женщины и ребенка является ее образ жизни. При этом такие его составляющие, как наличие вредных привычек, пребывание радом с курящими (пассивное курение) – одни из наиболее значимых для здоровья будущего ребёнка.

Злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами получило широкое распространение в самых различных слоях населения, но, что особенно опасно, среди женщин фертильного возраста. Отмечается крайне негативное влияние употребления алкоголя и наркотиков беременными и матерями на формирование здоровья детей [4].

У матерей, которые употребляли алкоголь во время беременности, рождаются дети с диагнозом алкогольного синдрома плода (АСП). Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что АСП встречается с частотой 1—3 на 1000 новорожденных, причем указывается на недостаточную диагностику этого синдрома. В США ежегодно рождается около 8 тыс. детей с АСП и около 40 тыс. детей с различной степенью последствий пренатальной алкоголизации. Особенно часто этот синдром встречается среди коренных американцев и представителей беднейших социальных слоев. АСП считается наиболее частой причиной умственной отсталости у детей [2].

Установлено, что гестоз, состояние агалактии у матерей обусловлены постоянным контактом с табачным дымом; табакокурение в период беременности вызывает гипертензию и эклампсию, приводит к рождению ребенка с малым весом и преждевременным родам. Также исследования показали, что прекращение курения в период беременности зависит от уровня образования и возраста начала курения [1; 5].

Более 50% женщин в течение первых четырёх недель беременности не осознают, что они беременны. В связи с этим информирование женщин о вреде курения и употребления алкоголя для их репродуктивного здоровья и здоровья их детей должно проводиться на протяжении всего детородного возраста [3].

С целью установить особенности табакокурения и алкогольной зависимости у женщин репродуктивного возраста нами проведено анкетирование 519 женщин в период июнь – июль 2016 года. В выборочную совокупность, территориально отражающую Рес-

публику Беларусь, включены беременные и родильницы, госпитализированные в акушерско-гинекологические и послеродовые отделения стационаров (преимущественно – центральных районных больниц) всех территориальных областей Республики Беларусь.

Для проведения исследования использовался оригинальный опросник, содержащий вопросы о социальном портрете, медицинской активности, самооценке здоровья, профессиональных вредностях, репродуктивных установках, брачно-семейных установках, сексуальном поведении, удовлетворенности медицинской помощью, вредных привычках.

Аспектам вредных привычек был отведен блок вопросов: «Пробовали ли вы когда-либо курить?», «В каком возрасте вы впервые попробовали алкоголь?», «Употребляли ли вы какой-либо алкогольный напиток в течение последних 30 дней?», «Как часто вы употребляли алкоголь в последний месяц?», «Употребляли ли вы алкоголь в последний месяц?», «Употребляли ли вы алкоголь в первом триместре беременности?».

Средний возраст женщин составил 27,6±5,8 лет, среди них преобладали женщины в возрасте 25-29 лет (32,8%), удельный вес лиц в возрасте моложе 19 лет составил 6,2%, 20-24 года – 27,9%, 30-34 года – 19,6% и старше 35 лет – 13,5%.

Среди опрошенных доля беременных составила большую часть женщин- 90,7%, родильницы составили 9,3% выборки.

Результаты анализа ответов на вопрос о наличии такой вредной привычки, как курение, свидетельствуют о том, что пробовало курить один раз 48,75% ($p<0,01$) опрошенных женщин, 3,3% выкуривают 1-5 сигарет в день ($p<0,01$), 2,2% выкуривают 5 сигарет в день ($p<0,01$), 16,9% бросили курить и более курить не собираются ($p<0,01$), 5,6% бросили курить на некоторое время ($p<0,01$) и, лишь 10,8% не курят ($p<0,01$), но часто вынужденно находятся рядом с курящими, всего 26,8% ($p<0,01$) опрошенных женщин никогда не пробовали курить и не собираются.

Среди опрошенных женщин лишь 1,5%($p<0,01$) никогда не пробовали алкоголь, 60,7%($p<0,01$) впервые попробовали алкоголь в 15-18 лет, 21% ($p<0,01$) - в 19 и более лет, 13,3% ($p<0,01$) - в 11-14 лет и 3,5% ($p<0,01$) - до 10 лет.

Употребляли алкоголь менее одного раза в месяц 52,9% ($p<0,02$) женщин, 31,2% опрошенных не употребляли алкоголь до беременности, 11,7% - несколько раз в месяц, 4,1% ($p<0,02$) - более одного раза в месяц.

Как известно, именно в первые восемь недель эмбриогенеза при воздействии алкоголя имеют место первичные тератогенные нарушения. По результатам анкетирования, 13,3% женщин употребляли алкоголь в первом триместре беременности.

В комплексном анализе с остальными тематическими блоками опросника, данные позволят получить информацию для последующего анализа и разработке комплекса мер по организации деятельности лечебно-профилактического учреждения, сохранению репродуктивного здоровья и профилактике потребления алкоголя и табакокурения с учетом медико-социальных особенностей женщин.

Список литературы:

1. Королева Е.Г. Алкоголь и потомство // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015. №4. С. 103-107.
2. Разводовский Ю.Е. Алкогольный синдром плода // Медицинские новости. 2004. №11. С. 31-34.
3. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Табакокурение и репродуктивная функция женщин // Русский медицинский журнал. 2013. №1. С.12-16.
4. Тайц А.Б. Алкогольная и наркотическая зависимость у женщин фертильного возраста как медико-социальная проблема репродуктивного здоровья: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.00.33 / А.Б. Тайц; Санкт-Петер. госуд. пед. мед. акад. – Санкт-Петербург, 2005. 39 с.
5. Харькова О.А. Клинико-психологические и социальные характеристики беременных женщин с никотиновой зависимостью: автореф. ... дис. канд. псих. наук: 19.00.04 / О.А. Харькова; Всерос. ценр экстрен. и радиац. медиц. им. А.М.Никифорова – Санкт-Петербург, 2010. 27 с.

УДК 316.334.2

Еремеева Т.С.
Амурский государственный университет, г. Благовещенск, Россия

МАРКЕТИНГОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ (НА ПРИМЕРЕ Г. БЛАГОВЕЩЕНСКА АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ)

В статье рассматриваются вопросы реализации в социальной практике технологий социального маркетинга, определяется содержание социально-маркетинговой деятельности, а также анализируется региональный опыт.

Ключевые слова: *социальная работа, социальная служба, социальный маркетинг.*

Eremeeva T.S.
Amur State University, Blagoveshchensk, Russia

MARKETING TECHNOLOGIES IN THE PERFORMANCE OF SOCIAL SERVICES (FOR EXAMPLE Blagoveshchensk Amur Oblast)

This article is devoted to the implementation of the social practice of social marketing techniques; it's determined the content of social and marketing activities, also it's deals with the information about the analyzes of regional experience.

Key words: *social work, social service, social marketing.*

Социально-экономические и общественно-политические изменения, происходящие в обществе, обуславливают продолжающееся развитие теории маркетинга, в которой на первый план все чаще выходит человек, его нужды и потребности. Подобная эволюция привела к возникновению его новейшей концепции – *социального маркетинга*, который логически развиваясь постепенно превратился в достаточно эффективную технологию развития социальных субъектов.

В большинстве случаев целью социального маркетинга является содействие улучшению жизни отдельного человека и общества в целом, формирование благосостояния и нормального функционирования общественных институтов в рамках общественно-одобряемой и общественно-важной деятельности.

Реализуемые технологии маркетинга в государственных и муниципальных учреждений социальной сферы существенно отличается от традиций коммерческого маркетинга: в то время как для коммерческих структур органы государственного и муниципального управления рассматриваются как элемент внешней среды, то в бюджетной организации они включены во внутреннюю среду, активно полноправно участвуя в маркетинговой деятельности (определяют круг возможных потребителей, регламентируют качество услуг и др.). В этом аспекте социальный маркетинг является проявлением тенденции коммерциализации социальной сферы. Принимая во внимание тенденции ограниченности ресурсов организаций социальной сферы, главной задачей маркетинга в некоммерческих организациях является в первую очередь рациональное пользование бюджетными ресурсами и поиск источников дополнительного ресурсного обеспечения, хотя при этом естественно выполнение и иных функций (рисунок).

Маркетинг в деятельности социальных служб и учреждений социальной защиты как правило направлен на изучение и развитие спроса на социальные услуги, создание соответствующей спросу социальной инфраструктуры, стимулирование спроса на предлагаемые услуги. При этом результативность маркетинговой деятельности бюджетного учреждения сферы социальных услуг зачастую зависит от его внутренних характеристик, напр., его организационной структуры, особенностей организационной стратегии, используемых методов управления и пр.

Исходя из традиционной точки зрения на маркетинг, организации социальной сферы должны предлагать населению те услуги, которые пользуются наибольшим спросом, т.е. выполнять социальный и экономический заказ общества, конкретных целевых групп потенциальных потребителей, с учетом присущих им особых запросов и специфических возможностей территориальной и транспортной доступности. Соответственно, данные, полученные в результате маркетинговых исследований в социальной сфере, позволяют выявлять основные потребности потенциальных клиентов, осуществлять социальную диагностику и прогнозирование, разрабатывать адекватные меры социальной поддержки населения.

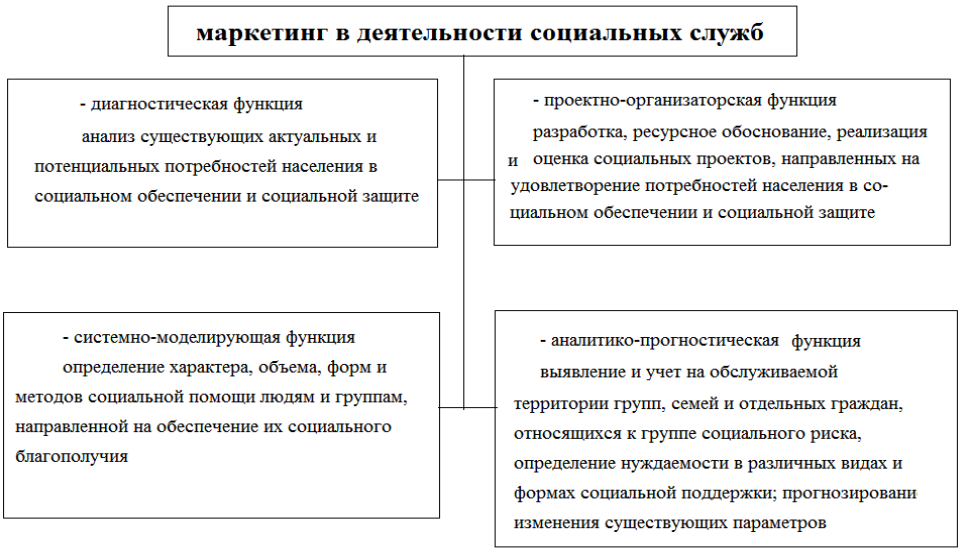


Рисунок – Функции социального маркетинга в деятельности социальных служб и учреждений социальной защиты населения

Достаточно распространенной технологией социального маркетинга, используемой в социальной практике, является маркетинговое сопровождение, организуемое на базе социальных служб и учреждений социальной защиты населения для обеспечения возможности доступа к необходимой информации о соотношении и результативности работы государственных и негосударственных социальных субъектов, действующих на территории, о специфике и профиле их работы, видах и объемах предоставляемых услуг. Эти данные могут быть использованы для проектирования сети учреждений социального обслуживания, составления долгосрочных социально-ориентированных планов и программ их развития.

Маркетинговая среда социального учреждения (окружающая среда, в которой осуществляется его деятельность) содержит как возможности, так и угрозы для деятельности социального учреждения, поэтому необходимо постоянно следить за текущими изменениями и приспосабливаться к ним. Своевременно предпринятые меры помогут социальному учреждению избежать ряда проблем или выгодно использовать сложившуюся ситуацию.

Автором было проедено исследование, показавшее необходимость оптимизации деятельности, ориентированной на маркетинг социальных услуг в социальных учреждениях города. Интерес исследователей был направлен на выявление особенностей технологии и тактики социального маркетинга в ГКУ – Управлении социальной защиты населения по г.Благовещенск и Благовещенскому району (УСЗН).

УСЗН представляет собой комплексную социальную службу, осуществляющую на территории города и района широкие полномочия по выявлению лиц, попавших социально-опасное положение, а также по предоставлению им услуг, направленных на стабилизацию их жизни. С этой точки зрения сотрудники УСЗН как никто заинтересованы в использовании технологий социального маркетинга, которые могли бы облегчить их текущую работу.

Во-первых, исследование показало, что в деятельности УСЗН достаточно активно ведется работа по повышению квалификации сотрудников в области теории и практики экономики и управления, социального менеджмента, а также отдельных направлений социальной работы с населением. В тоже время специализации в области маркетинга не имеется, тем более в области социального маркетинга.

Во-вторых, было выявлено, что из совокупности технологий социального маркетинга наиболее активно реализуются социальная реклама и брендинг, преимущественно направленные в УСЗН на информирование населения о текущей деятельности учреждения, включая организационные и социально-правовые аспекты. В частности, широко освещался факт изменения адреса размещения Управления, изменение транспортных маршрутов для обеспечения доступности Управления для населения.

При изменении действующего законодательства специалистами УСЗН оперативно осуществляется размещение соответствующей информации в СМИ.

Таким образом, в своей деятельности сотрудники реализуют отдельные технологические условия социального маркетинга, последовательно разрабатывая и реализуя информационные кампании среди населения; создавая полные информационные сообщения о необходимой в тех или иных ситуациях помощи и возможностях ее получения; распространяя информационные материалы в среде потенциальных клиентов, доноров и партнеров, которые могут оказать реальную помощь; раскрывая общественную и индивидуально-личностную значимость деятельности по оказанию помощи и тем самым повышая имидж социальной работы в глазах целевой аудитории; инициируя общественную активность населения и волонтеров, в первую очередь из числа учащихся; предлагая наиболее оптимальные формы и методы оказания помощи, которые потенциальные партнеры и клиенты могли бы признать реальными и эффективными как для развития социальной сферы, так и для их собственного развития; стараясь установить с организациями и частными лицами, оказывающими им помощь, постоянные партнерские отношения, представляющие взаимный интерес.

Список литературы:

1. Бернет С., Мориарти Дж. Маркетинговые коммуникации: интегрированный подход [Текст] / С. Бернет, Дж. Мориарти – СПб., 2001.
2. Кухтинова Л.Г., Сосунова Л.А. Маркетинг социальных услуг //Российское предпринимательство. — 2007. — № 10 Вып. 1 (99). — с. 83-86 [Электронный ресурс] URL: — http://old.creativeconomy.ru/articles/8488/
3. Социальная работа. Введение в профессиональную деятельность [Текст]: учебное пособие / Отв. ред. Проф. А.А. Кодлов – М.: КНОРУС, 2015. – 368 с.

УДК 364.07

Еремеева Т.С., Ананьева В.А.
Амурский государственный университет, г. Благовещенск, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Авторы описывают организационные основы и региональный опыт оказания социальной помощи семьям, воспитывающим детей с девиантным поведением.

Ключевые слова: *социальная работа, социальная служба, социальная помощь, девиантное поведение, семья*

Eremeeva T.S., Ananyeva E.A.
Amur State University, Blagoveshchensk, Russia

THE ORGANIZATION OF A SOCIAL ASSISTANCE TO FAMILIES WITH DEVIANT BEHAVIOR HILDREN

The authors describe the organizational framework and regional experience of social assistance to families with children with deviant

behavior.

Key words: *social work, social service, social assistance, deviant behavior, family*

В современных условиях ситуация такова, что не всегда у семьи есть возможность выйти из сложных жизненных ситуаций самостоятельно, в связи с чем нуждается в помощи со стороны. Такую помощь может оказать службы социальной помощи и поддержки, социально-коррекционные службы, социально-реабилитационные центры для детей и подростков и пр. Объём социальных проблем, встающих перед специалистами и связанных с семьями, воспитывающими детей-девиантов, во многом зависит от общественных, правовых, образовательных и других учреждений, окружающих семью и социального педагога, работающего с ней. Поэтому эти учреждения должны всеми возможными силами осуществлять поддержку семьи, а так же принимать непосредственное участие в работе социального педагога с семьями, воспитывающими девиантных детей и подростков.

В основу социальной помощи семьям, воспитывающим девиантных детей, положено изучение семей с целью выявления причин, вызвавших проблемы в жизни ребенка; встречи с родителями с целью оказания помощи их детям; встречи родителей и учителей-предметников по составлению плана совместных действий педагога и родителей; анализ промежуточных результатов совместной воспитательной деятельности; посещение семей с целью охраны прав детства; учёт неблагополучных семей, составление карточек учёта; консультационные встречи со школьным психологом и другими специалистами; классные собрания по проблемам социальной адаптации детей.

В результате обследования детей и подростков, склонных к девиантному поведению (база исследования – школы г. Благовещенска), нами были выявлены следующие особенности.

1. Склонность к отклоняющемуся поведению (методика СОП). Полученные результаты свидетельствуют о том, что большая часть подростков - 75 % предрасположены к девиациям в поведении, а именно 17% испытуемых предрасположены к употреблению наркотических веществ, 56% испытуемых склонны к агрессии и насилию во взаимодействии с другими людьми, 17% склонны к проявлению делинквентного поведения, к правонарушениям.

2. Исследование форм агрессивных и враждебных реакций подростков (методика Басса – Дарки). Полученные результаты свидетельствуют о том, что для многих подростков характерна потребительская ориентация, эмоциональная грубость, агрессивный способ самоутверждения, что связано с повышенной внушаемостью, подражательностью. У подростков выявлены высокий уровень индексов агрессивности и враждебности. Так высокий уровень враждебности мы видим у 39% детей, средний уровень у 43% и низкий уровень у 18% подростков. Высокий индекс агрессивности у 17% школьников, средний у 52% и низкий у 31%.

В ходе работы с членами семей обследованных школьников, был сделан вывод об особенностях семей, воспитывающих девиантных детей и подростков: 1) как правило, это социально-неблагополучная семья (84%); 2) неполная семья (34%); 3) асоциальный образ жизни родителей (29%); 4)трудовая занятость родителей, зачастую с повышенной интенсивность труда (работа в опасных и вредных условиях включая военную службу и службу в ОВД, сверсрочные работы, командировки и (76%); 5) физическая или психологическая жестокость или культ силы в семье (например, чрезмерное или постоянное применение наказаний) (68%); 6) острая травма (болезнь, смерть родителя, насилие, развод) с фиксацией на травматических обстоятельствах (56%); 7) потворствование ребенку в выполнении его желаний, недостаточная требовательность родителей, их неспособность выдвигать последовательно возрастающие требования или добиваться их выполнения (64%); 8) смена родителей (опекунов) (34%); 9) усвоение подростком через научение в семье или в группе девиантных ценностей (явных или скрытых) (28%).

В связи с этим встает остро вопрос о целенаправленной работе с семьей, воспитывающей ребенка, с целью выявления и развития социально-значимых взаимоотношений между ребенком и ребенком и другими членами семьи; для этого необходимо провести: диагностику педагогических позиций семьи; индивидуальное консультирование, включение родителей в тренинговые группы, направленные на обучение эффективному родительскому взаимодействию с ребенком. Других подходов требует ребенок, который находится в кризисном состоянии, обусловленном агрессивным поведением. Зачастую такое поведение представляет собой реакцию ребенка на проблемную, неразрешимую для него ситуацию. Основная цель оказания социальной помощи семье, воспитывающей ребенка с девиантным поведением – это содействия интеграции и укреплению семейных взаимосвязей. Тем не менее, семья может попадать в ситуацию, когда родители временно или в – экстремальном случае – длительное время не могут более выполнять свои воспитательные функции.

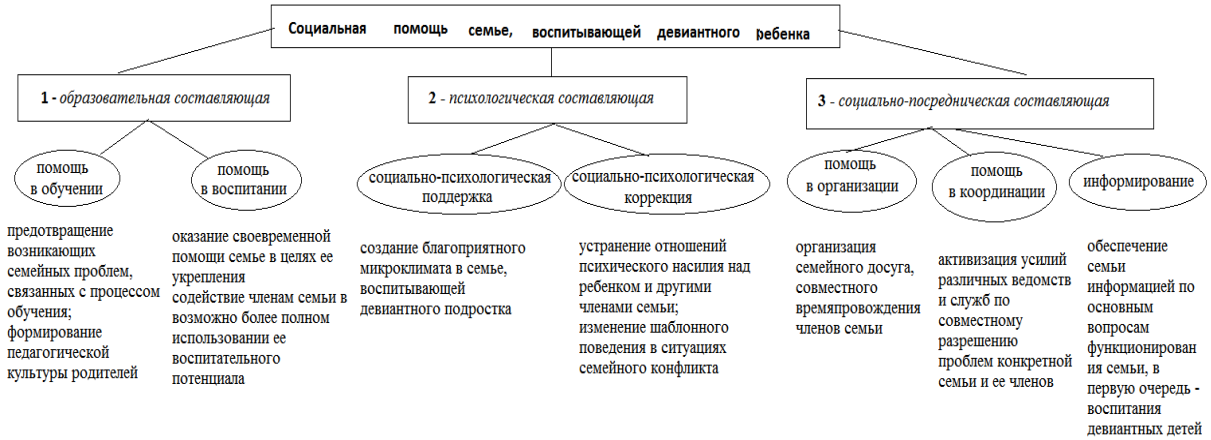


Рисунок – Содержание социальной помощи семье, воспитывающей ребенка с девиантным поведением

Деятельность по оказании социальной помощи семье, воспитывающей девиантного ребенка, включает три основных компонента: образовательную, психологическую и посредническую составляющие (рисунок).

Важными задачами являются: активное обучение родителей и девиантных подростков специальным знаниям, умениям и навыкам; своевременное выявление лиц с социально-отклоняющимся поведением и склонных к совершению правонарушений, а также родителей и других лиц, отрицательно влияющих на них; изучение возрастных и психологических особенностей личности несовершеннолетних правонарушителей с целью не допущения конфликта молодого человека с обществом, устранения способствующих ему причин и условий.

Основными мероприятиями являются: 1) организация совместного досуга родителей и подростков, склонных к девиантному поведению (кружковая и секционная работа, деятельность НКО); 2) антизависимое воспитание, в первую очередь направленное на предупреждение алкогольной зависимости (в виде лекций и бесед, направленных на формирование у родителей и девиантных подростков твердых антиалкогольных убеждений, здорового образа жизни, т.д.); 3) посредническая деятельность (содействие включению в профилактические мероприятия не только родителей, самих учащихся, но и других субъектов – врачей районной поликлиники, работников близлежащих предприятий, общественности и т.п.).

Формы работы – индивидуальные, групповые, урочные (лекции, беседы, семинары, классные часы), внеурочные (организа-

ция спектаклей, рисование тематических стенгазет).

Методы работы – обучение, воспитание, познание (путешествие), испытания себя (походы, экстремальный спорт), значимое общение, творчество, выработка нравственного сознания, формирование навыков и привычек позитивного поведения, социальное оздоровление микросреды и воспитание волевых усилий, позволяющих противостоять антиобщественным влияниям.

Итак, социальная помощь в отношении родителей детей, склонных к девиантному образу жизни, должна заключаться в оказании помощи родителям в воспитании детей, в устранении проблемы девиантного поведения подростков, в психолого-педагогическом просвещении семей, в коррекции семейного воспитания, в организации досуга семей. При работе с родителями важно учитывать степень заинтересованности самих родителей в предотвращении девиаций у своих детей. При недостаточной заинтересованности идет работа по мотивированию родителей для деятельности. Не малое внимание уделяется культурным традициям и работе с другими членами семьи, которые могли бы оказать необходимую поддержку усилиям специалиста.

Список литературы:

1 Верцинская, Н.Н. Трудный ребенок / Н.Н. Верцинская. – М.: Нар. Асвета, 2009. – 128 с.

2 Гуров, В.Н. Социальная работа образовательных учреждений с семьей. / В.Н. Гуров. – М.: Педагогическое общество России, 2013. – 320 с.

УДК 612.821-003.96-057.875:378.143

Ермекбай А.А., Хасенова К.Х.

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ К МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Мақалада бейімделіс туралы жалпы түсінік көрсетілген. С.Ж.Асфендияров атнындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінде білім алушы шет ел студенттерінің медицналық білім беру жүйесіне бейімделуінің психофизиологиялық негіздері анықталды.

Кілт сөздер: адаптация, қоршаған орта, оқу үрдісі, шет ел студенттері.

Ermekbay A.A., Khasenova K.Kh

Kazakh National Medical University after named of S.D.Asfendyarov, Almaty, Kazakhstan

PSYCHOPHYSIOLOGICAL AND SOCIAL BASICS OF ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS TO MEDICAL EDUCATION SYSTEM

This article describes the general concept of adaptation. The research conducted on psychophysiological and adaptation of foreign students of KAZNMU named after S.D.Asfendiyarov to medical education. Summed such conclusions from this researching , as the understanding of the theory of adaptation by many students, the barrier to adaptation to social life and learning process is homesickness for his parents and homeland, at the 2nd or 3rd courses barrier in the understanding of the educational material is the language barrier, then at 1 course insufficiency of training materials, the main barrier of senior courses is the difficulty of cyclic and modular system, all investigated 1-3 courses students assure that decrease of educational performance by 50% is connected to an incomplete explanation of the material by teachers.

Key words: adaptation, environment, educational process, foreign students.

Бейімделіс (адаптация) – сыртқы ортаның құбылмалы жағдайларына организмнің бейімделуі[1]. Ол жасушалық, ағзалық, жүйелік және организмдік деңгейлерде өтеді, сөйтіп туа пайда болған немесе жүре болатын икемделу әрекетінің барлық түрін көрсетеді[2]. Ғылым мен техника дамыған сайын, адамның шаруашылық және өндірістік іс-әрекетінің өрісі кеңейіп, жаңа істер, мекенжайлар игеруіне мүмкіндік туып отыр[3]. Алайда табиғи және өндірістік жаңаша жағдайларда, организмге жағымсыз әсер ететін қоршаған төңіректің қолайсыз түрткілері жиі кездеседі. Адамның күнделікті тіршілік жағдайларында ақпаратттық түрткілер, мәселен, жалған немесе оқыс, жеткіліксіз немесе артық хабарлар төтенше ықпал жасайды[4].Қазіргі кезде адам жасынан және өмір бойы ақпараттық жүктемеге ұшырайды. Сондықтан ол үнемі бейімделу механизмдерінің қауырттығын талап етеді. Бұлар арнайы өндірістік іс-әрекеттің шараларымен қосылып, адамның психика саласына стрестер және бейімделіс олқылықтарын тудырады[5].

Шет елдік студенттердің қоғамдық өмір мен университеттің білім беру жүйесіне бейімделу мәселелерін анықтау мақсатында арнайы сауалнама құрастырылды. Сауалнама арнайы 4 бөлімге бөлінген 30 сұрақтан тұрды. Сауалнама құрылымы: 1 бөлім-бейімделіс теориясын қалай түсінуін анықтауға арналған сұрақтар, 2 бөлім-оқу үрдісіне бейімделуінің әсер ететін факторларды анықтауға арналған сұрақтар, 3 бөлім-студенттердің өмір салтын анықтауға арналған сұрақтар, 4 бөлім-студенттердің денсаулығы туралы анықтауға арналған сұрақтар. 30 сұрақты осы аталған топтарға бөліп қарастырдық. Сауалнамаға университеттің шет ел студенттерінің 150 студенті (олардың ішінде 1 курс -50, 2 курс-50, 3 курс-50 студент) қатысты. Сауалнама нәтижелері: сауалнамаға қатысқан студенттердің жауаптары бойынша мынандай нәтижелер алдық. 1 бөлім бойынша: 1 курс студентерінен беімделу теориясын 31% толығымен түсінбейміз десе, 2-3 курс студенттері 28% шамасында. 1 курс студенттерінің 9% бұл терминді ешқашан естімедік деп жауап берген болатын. Бейімделісті қоршаған орта мен қоғамның өзерістеріне ыңғайлану деп түсінетін 1 курс студенттері-60%, 2-3 курс студенттері-70% құрады.

Сауалнаманың 2 бөлімінің қорытындысы: 2 бөлім студенттердің оқу үрдісіне бейімделуіне әсер ететін факторларды анықтауға арналған. Сіздің қоғамдық өмірге және оқу үрдісіне бейімделуіңізге ең қиын болған қандай жайттар деген сұраққа: 1 курс студенттерінің 30% мектеп өмірімен қоштасу десе, 2-3 курс студенттерінен 10% көрсетті. Студенттердің қоғамдық өмір мен жаңа оқу үрдісінде бейімделуде ең қиын болғаны олардың ата-аналарынан, туған жерінен жыраста жүруі, яғни оларға деген сағыныш сезімі. Университетте түскен кездегі ең алғашқы кедергіңіз деген сұраққа барлық студенттер тілдік кедергілерге сілтейді, яғни 1 курста 28%, 2-3 курста 55% тілдік кедергілер, түсіспеушіліктер болған. 1 курс студенттері үшін ең басты кедергі кітап жеткіліксіздігі болған екен, сауалнамаға қатысушылардың 59% кітап жеткіліксіз деңгейде деп көрсеткен. Сіздің сабақ оқуыңызға, үлгерімізідің нашарлауына қандай факторлар әсер етеді деген сұраққа 1 курстың студенттері кітап жеткіліксіздігімен түсіндірсе, 2-3 курс студенттері циклдік, модульдік жүйенің қиындығымен түсіндіреді. Кейбір студенттер жатақханадағы жағдайдың төмендігіде дейді. Оқу үлгеріміңіздің төмендеуіне ең басты себебі деген сұраққа 1,2,3 курс студенттерінің көпшілігі оқытушылардың сабақты түсіндірмеуін алға тартады. Алайда біз бұған керісінше сұрақ қойған болатынбыз: сізге университеттің профессорлық-оқытушылық құрамы қаншалықты ұнады, деген сауалға сауалнамаға қатысушылардың 70-80% өте қатты ұнады деп жауап берген болатын. Сіз университеттік ғылыми үйірмелерге қатысасыз ба деген сұрақ қорытындысы: 1 курстан қатыспайтындар 80%, қатысатындар 20%, 2-3 курстан қатысушалар тек 25% құрады. Ғылыми үйірмелер туралы мүлдем естімедік дегендер өте көп мөлшерде екені анықталды.

3бөлімнің қортынды сы: 3 бөлімнің сұрақтары студенттердің әлеуметтік тұрмыстық жағдайын бағалауға негізделген. Бұл бөлімнің алғашқы сұрағы: сіз шәкіртақы аласыз ба?., деген сұраққа әрине барлығы да жоқ деген жауап күткен болатынбыз, себебі шет елдік студенттерінің барлығы да ақылы түрде оқитын студенттер қатарына жатады. Алайда Ауғанстан, Үндістан елдерінің студенттері өз мемлекеттерінен арнайы шәкіртақы алатын студенттер болып шықты. Сіздің айлық шығыныңыз, яғни айына қаншалықты ақша жұмсайсыз деген сұраққа, 15000 тенгенің көлемінде ақша жұмсайтын студенттер 1 курстан 92%, 2-3 курстан 25%. 20000-25000 тенге жеткілікті деп санайтын 1 курс студенттері 9%, 2-3 курс студенттері 65%. 25000-нан жоғары ақша жұмсайтын студенттер көбіне 2-3 курс студенттері(15%). Студенттердің тамақтану режимін анықтау үшін қойылған сұраққа: 1 курс студенттерінен тек 1 рет тамақтанатын 5%, 2-3 курс студенттерінен 12%, күнінен тек 2 рет қана тамақтантын 1 курс студенттері 58%, 2-3 курс студенттерінен 55%. Тамақтану режимін сақтайтын, яғни күніне 3-4 рет тамақтанатын 1 курс студенттері 40%, 2-3 курс студенттері 35%. Ұйқыңыздың ұзақтығы қанша деген сұраққа: студенттердің көпшілігі, оның ішінде 2-3 курс студенттері 3-4 сағат ұйықтайтын болып шықты. Ал қалыпты ұйқы режимін сақтайтын студенттер (6-8 сағат ұйықтайтын) 1 курс студенттерінен 65%, 2-3 курс студенттеірнен 25%. Білім алушы шет елдік студенттердің әлеуметтік-тұрмыстық жағдайына әсер ететін маңызды фактор, жатақханамен қамтамасыз етілуі, сол

себепті студенттердің 100% жатақханамен қамтамасыз етілген. Қазақстанға келген кездегі ең алғаш қандай қиындықтар болды деген сауалға, 1,2,3 курс студенттердің барлығы да жаңа қоғамға, климатқа үйренісу қиындығы деп жауап берген. Университетке түскенен кейінгі Қазақстан азаматтарының ішінен қаншалықты достар таптыңыз деген сұраққа: 1 курс студентері ішінен дос тапқан студенттер 18%, 2-3 курс студенттерінен 45% құрады. Менде достар өте аз деп санайтын 1 курс студенттері 58%, 2-3 курс студенттерінен 30%. Ешкіммен достаса алмадым дегендер, көбіне бірінші курс студенттер болып отыр (9%).

4бөлім сұрақтарының қортындылары: 4 бөлім студенттердің денсаулығы туралы ақпартты береді. Студенттердің жалпы денсаулығы туралы ақпарат алу үшін студенттердің ең алғаш Қазақстанға келгенге дейінгі ақпаратты алуымыз керек болды. Сіздің елімізге келгенге дейінгі жалпы денсаулығыңыз қандай болды деген сұраққа: өте жақсы дейтіндер:1 курс студенттеірнен 65%, 2-3 курс студенттерінен 78%. Яғни барлық студенттердің жағдайларында ешқандай өзгерістер болған жоқ. Қазақстанға келгеннен кейінгі денсаулығызда өзгерістер болды ма деген сұраққа: айтарлықтай өзгерістер болған жоқ деп жауап берген, тек 1 курстардан 31%, 2-3 курстардан 55% аздаған өзгерістер болды деген. Мұны біз қоғамдық ортаны ауыстырумен, климаттың салдары деп түсіндіреміз. Сіз темекі шегесіз бе немесе алкагольдік өнімдерді пайдаланасыз ба деген сұраққа: көпшілік студенттер жоқ деп жауап берген. Стресстік жағдайларға жиі ұшырайсыз ба деген сауалға: ия, көбіне емтихан кезеңдерінде деушілер 1 курстан 100%, 2-3 курстан 65%. 1 курс студенттері ішінен стреске әлеуметтік жағдай әсер етеді деп есептеушілер 8%. Қоршаған ортаның, топтағы кикілжіңдер деушілер 11%.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1.Х.Қ.Сатбаева.,А.А.Өтепбергенов., Ж.Б.Нілдібаева,Адам физиологиясы, Алматы, 2005
2.Под редацией К.В.Судакова, Физиология, Москва, 2000
3.Под редакцией Р.Шмидта, Физиология человека, Москва, 2007
4.Под редакцией Х.К.Сатпаевой, Валелогия, Алматы, 2007
5.Ш.Д.Шибкова, Основы здорового образа жизни, Челябинск, 2000

УДК 368.023.3

Ёлкина А. Д., Куклина Э. Э., Суслова Я. В.
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

СТРАХОВАНИЕ КАК НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПОЖИЛЫХ В СВЕТЕ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ

В статье рассматриваются вопросы актуальности страхования пожилых, их заинтересованность в страховании, вопросы обеспечения социальной стабильности пожилых при использовании страхования как инструмента социальной защиты.

Ключевые слова: *страхование, пожилые, страхование пожилых, социальная стабильность.*

Elkina A. D., Kuklina E. E., Syslova Y. V.
Irkutsk State University, Irkutsk, Russia

INSURANCE AS A DIRECTION OF SOCIAL PROTECTION OF OLDER IN THE LIGHT OF SOCIAL STABILITY

The article discusses security issues and the relevance of the elderly, their interest in insurance as insurance ensures social stability elderly.

Key words: *insurance, the elderly, the elderly insurance, social stability.*

На современном этапе в России очень активно развивается такая сфера экономики, как социальное страхование. Б. Г. Тукумцев определяет социальное страхование как установленную государством систему материального обеспечения граждан в старости, в случае полной и частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, а также помощи многодетным, неполным и малообеспеченным семьям [4].

Если обратиться к анализу основных элементов пирамиды потребностей А. Маслоу, мы видим, что человек на вторую по значимости ступень ставит безопасность. Очень важным при осознании социальной стабильности является знание того, что при любой трудной ситуации человек не останется без средств к достойной жизни: пищи, медицинского обслуживания, крыши над головой. Актуальность темы состоит в том, что социальное страхование может выступать тем самым гарантом благополучия, уверенности человека в том, что он не окажется в трудной жизненной ситуации. Социальное страхование охватывает самые незащищенные слои населения, такие как пенсионеры, пожилые люди, женщин с детьми, инвалидов. Все они могут и должны рассчитывать на социальные выплаты для удовлетворения своих потребностей.

За последние 26 лет рынок страхования претерпевал различные изменения по составу и качеству представленных на нем компаний. Если в 90-х годах XX века страховых компаний насчитывалось более 2000, то на 2015 согласно данным *единого государственного реестра субъектов страхового дела на 31 декабря 2015 года зарегистрированы 344 страховщика, из них 334 страховые организации и 10 обществ взаимного страхования*, с разным уровнем заключенных договоров [2].

Согласно данным Федеральной службы по финансовым рынкам (далее – ФСФР) общая *сумма страховых премий и выплат по всем видам страхования за 2015 год составила соответственно 1023,82 и 509,22 млрд. руб. (103,3% и 107,1% по сравнению с 2014 годом) [2].*

В настоящее время уделяется много внимания вопросам благосостояния и качества жизни как отдельного индивида, так и всего общества в целом. Согласно Борисову А.Б., благосостояние - мера, степень обеспеченности людей жизненными благами, средствами существования. Благосостояние характеризует уровень жизни людей [1]. Государство в силах обеспечить своим гражданам достойный уровень жизни, посредством защиты прав и интересов народа, а также оно может обеспечить качество жизни посредством развития экономики страны через создание условий для развития бизнеса, привлечение иностранных инвестиций, поддержку отечественных товаропроизводителей, развитием медицины.

Страхование делится на обязательное и добровольное, а также на личное, имущественное и страхование гражданской ответственности [2].

Исследуя тему социального благополучия пожилых граждан Российской Федерации, остановимся подробнее на отдельных видах страхования, например, медицинском страховании. Пожилые – это специфическая возрастная группа, со специфическими потребностями, особенностями и ценностями. Поэтому, страхование для людей пожилого возраста именно сегодня становится востребованным. Что именно привлекает пожилых в страховании, какими видами они чаще пользуются?

Согласно закону РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-I"О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в России существуют два вида медицинского страхования – обязательное и добровольное. Обязательное медицинское страхование (далее - ОМС) является частью государственной социальной программы, предусматривает получение застрахованными гражданами бесплатной медицинской и фармацевтической помощи. По полису ОМС гражданин может получить услуги в районных поликлиниках, необходимые услуги в муниципальных больницах, а также скорую медицинскую помощь. Этим видом страхования пожилое население старается воспользоваться чаще всего, по причине его бесплатности, но, зачастую, не получает должного медицинского обеспечения. Также проблемой является территориальное расположение узких специалистов, огромные очереди и сложный процесс записи на прием.

Выход из такого непростого положения есть – это приобретение полиса ДМС, который позволяет пожилым людям избежать этих проблем и получать медицинскую помощь в комфортных условиях клиник, находящихся в непосредственной близости от дома. Но есть один большой барьер – оно является дорогостоящим. Клиенты более старшего возраста склонны к разовой оплате медицинских услуг, выбора программ прикрепления к клиникам или к ОМС.

ДМС – не единственный вид социального страхования, который может быть интересен гражданам пожилого возраста. Помимо него, пенсионеры так же могут участвовать в других сферах социального страхования: страхование от несчастного случая и бо-

лезней; программа накопительного страхования жизни; программа страхования жизни заемщиков кредитов; страхование пенсии; ритуальное страхование (страхование на случай смерти) [3].

Все перечисленные выше виды страхования успешно реализуются в страховой компании «Колымская», начавшей свою деятельность в 1991г. в г. Хабаровск и активно развивающейся по сей день. На данный момент активно работают 12 филиалов, в том числе в Иркутске.

«Колымская» является уникальной компанией, направляющей свою деятельность непосредственно на граждан пожилого возраста с разных сторон. Страхуемых пожилых людей полис страхования защищает от непредвиденных расходов, связанных со смертью или травмой, а у пожилых работников компании появляется возможность успешно реализовывать себя, вести активный образ жизни, быть экономически самостоятельными, социально активными, заводить новые знакомства.

Сегодня, при развитой медицине, моде на здоровый образ жизни, многие пожилые и в 70 лет чувствуют себя прекрасно. Они занимаются туризмом, активно участвуют в жизни общества. Однако есть и такие граждане, которые уже в 55-60 лет не могут спокойно и без проблем совершить поход до магазина, здоровье слабое, а процесс заживления ран или переломов намного медленнее.

Как показывает опрос экспертов, пожилые люди склонны страховаться по всем видам, но самым актуальным является ритуальное страхование, и в этом нет ничего удивительного. Договор страхования жизни – самый надежный способ обеспечить спокойствие и уверенность семьи в такой тяжелой ситуации, как потеря близкого человека. Пожилые люди и сами признаются, что используют ритуальное страхование, чтобы помочь, и не быть обузой своим детям и родственникам.

Страховая компания с недавних пор стала трудоустраивать людей пожилого возраста в качестве страховых агентов.

На основе всего вышесказанного можно сделать вывод, страхование обеспечивает пожилым людям социальную стабильность, т.к. заключая договор со страховой компанией, пожилой клиент защищает себя от непредвиденных расходов, связанных с травмой или смертью. Пожилые страховые агенты, работая в подходящем для них режиме, пользуются доверием у населения, общаются с новыми людьми, а главное, они чувствуют свою полезность обществу, ведут активный образ жизни, становятся экономически самостоятельными.

Список литературы:

1. Борисов А.Б. Большой экономический словарь./ А.Б. Борисов — М.,-2003: Книжный мир,. — 895 с.
2. Итоги деятельности страховщиков за 2015 год // Блог о страховании-[Электронный ресурс] - Режим доступа: http://strahblog.ru/itogi-deyatelnosti-strahovshhikov-za-2015-god/ (дата обращения: 08.11.2016)
3. Страховая компания «Колымская»// Официальный сайт [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: http://khabarovsk.kolm.ru/ (дата обращения: 01.11.2016).
4. Тукумцев Б. Г. Словарь-справочник по социальной геронтологии [Электронный ресурс] / Самара, 2003 г. – Режим доступа: http://voluntary.ru/dictionary/857 (дата обращения: 08.11.2016).

УДК 364.4 – 053.9 (571.54)

Жамбалдоржиева С.А.

Научный руководитель: Котоманова О.В. к.ф.н., доцент

Бурятский государственный университет, г.Улан-Удэ, Россия

ПОВЫШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ХОРИНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ)

В статье представлены результаты пилотного социологического исследования, направленного на повышение социальной активности граждан пожилого возраста в сельской местности.

Ключевые слова: *Социальная активность, пожилые люди, сельская местность, образ жизни, социальная поддержка.*

Zhambaldorzhieva S.A.

Scientific adviser: Kotomanova O.V. Phd, Associate Professor

Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

INCREASING SOCIAL ACTIVITY SENIOR CITIZENS IN RURAL AREA (ON THE EXAMPLE KHORINSKY REGION REPUBLIC OF BURYATIA)

The article presents the results of the pilot sociological study aimed at improving the social activity of the elderly in rural areas.

Keywords: *Social activity, elderly people, rural, lifestyle, social support.*

На фоне демографического старения России возрастает актуальность исследования социальной активности пожилых людей, особенно в сельской местности. Интерес в этом плане представляет поиск путей активизации их социального поведения в связи с осознанием изменившейся роли пожилых людей, которые в настоящее время стали более активны и деятельны.

Социальная активность – это мера участия человека в жизни семьи, социума, общества, государства. В качестве социологического понятия социальная активность представляет собой общую характеристику целенаправленной деятельности человека, связанной с преобразованием общественной среды и формированием социальных качеств [2, с.320].

У граждан пожилого возраста социальная активность является показателем целеустремленности личности и проявляется в виде трудовой, общественно-политической, досуговой и семейно-бытовой активности.

Кроме того, социальная активность пожилых людей различается в зависимости от места проживания, так как имеет свои особенности. Для граждан старшего поколения проживающих в сельской местности, характерны такие особенности, как приверженность традициям, роль семьи, роль систем неформальной поддержки, тесное срастание со средой обитания, личное подворье, роль общественного мнения, межсемейная кооперация.

С целью изучения особенностей социальной активности граждан пожилого возраста, проживающих в Хоринском районе Республики Бурятия, было проведено пилотное социологическое исследование. В исследовании приняли участие 100 человек (20 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 50 до 84 лет, в большей или меньшей степени проявляющих социальную активность.

Одним из факторов, влияющих на социальную активность пожилых людей, является образование. В нашем исследовании уровень образования респондентов следующий: 74% имеют среднее специальное образование, 15% высшее образование, 11% - среднее образование. Уровень дохода респондентов ниже среднего, так 48% пожилых граждан имеют доход около 7 тыс. руб., т.е. ниже прожиточного минимума. При соотнесении уровня образования и доходов была выявлена закономерность: чем выше уровень образования, тем выше уровень материальной обеспеченности.

Респонденты выделили те виды деятельности, которые, по их мнению, характеризуют социальную активность пожилого человека. Так 21% отметили занятия спортом, 26% - посещение занятий Университета третьего возраста, 29% - занятость на личном подворье, для 14% пожилых граждан социальная активность – это воспитание внуков, помощь детям и лишь 10% опрашиваемых пенсионеров отнесли внимание к своему здоровью.

Влияние здоровья на социальную активность пожилых людей в сельской местности имеет огромное значение. Заболевания снижают возможность к самообслуживанию, адаптации к изменениям. С возрастом потребности в медицинском обслуживании увеличиваются, в силу естественного старения появляется ряд хронических заболеваний. Как правило, проблемы со здоровьем в пожилом возрасте характеризуются наличием нескольких заболеваний, что осложняет процесс лечения. Также, для сельской местности характерны ограниченные возможности в медицинском обслуживании, в сравнении с городом.

Для определения самочувствия пенсионеров в Хоринском районе в анкету был включены вопросы о том, считают ли они себя здоровыми и наличие инвалидности с указанием группы. Респонденты имеют вторую группу инвалидности – 40%, третью группу инвалидности – 50%, не имеют инвалидности – 10% от общего количества респондентов. Несмотря на большое количество пенсионе-

ров, испытывающих проблемы со здоровьем, для определенного количества граждан старшего возраста это не является препятствием для проявления активности.

Таким образом, результаты исследования показали, что в большей степени на социальную активность пожилых людей, проживающих в сельской местности влияют: состояние здоровья, занимаемое место в социально-профессиональной структуре до выхода на пенсию, уровень дохода и образования, образ жизни (уклад и стиль жизни).

Особенность социальной активности граждан-сельчан проявляется в том, что многие из них до глубокой старости заняты работой по дому, приусадебному участку и т.д., поэтому свободное время у них ограничено. Но в то же время, те, кто в жизни проявляет активность, не теряют стремление, интерес к новому и до глубокой старости.

В Хоринском районе (по состоянию на 1 января 2016 г.) проживает 5278 человек старше трудоспособного возраста (29 % от населения района) [1].

Отделом социальной защиты населения по Хоринскому району совместно с общественными организациями, администрацией муниципального образования, сельских поселений и другими государственными организациями ежегодно разрабатывается районный план мероприятий «Старшее поколение» для реализации Республиканского плана мероприятий «Жизнь продолжается!» на 2013-2016 годы. В партнерстве с общественными организациями решаются задачи по формированию активной социальной позиции и эффективной занятости людей старшего возраста.

Успешно реализуется комплекс мероприятий по социальной поддержке пожилых людей, улучшению качества и доступности социального обслуживания, развитию новых форм и методов предоставления социальных услуг, повышению культурно-досугового потенциала и коммуникативных связей пожилых людей. Внедряются новые социальные технологии и услуги, которые перспективны в сельской местности: приемная семья, бригадный метод социального обслуживания, «Социальный экспресс», «Тревожная кнопка», «Социальное такси».

Одной из наиболее эффективных форм работы с пожилыми людьми является «Университет третьего возраста». Это одновременно клуб по интересам и образовательный центр, который состоит из шести факультетов: «Компьютерная грамотность», «Сад и огород», «Наше право», «Мир без границ», «Традиции и обычаи» и «Активное долголетие». С 2011 г. прошли обучение более 500 граждан пожилого возраста.

Например, с сентября 2015 г. стартовала долгосрочная акция «Ты не одинок», направленная на оказание помощи одиноким пенсионерам в виде покраски ставней, побелки, ремонта бани, заборов, вывоза мусора, простой беседы во время выполнения работ и т.д. Данная акция позволяет не только помочь старшему поколению, но и это уникальная возможность участвовать в воспитании молодого поколения, т.к. позволяет научить их бескорыстно и безвозмездно помогать людям старшего поколения и развить в молодых людях такие качества, как уважение к людям пенсионного возраста, проявление добра, заботы. Такие акции в Хоринском районе проводятся за счет спонсорских средств, что позволяет сохранить материальные средства пенсионеров.

До недавнего времени рост численности пенсионеров традиционно связывался с возрастанием экономической нагрузки на трудоспособную часть общества, увеличением потребностей пожилого населения в социальных услугах. Сегодня большинство людей после выхода на пенсию сохраняют высокий ресурсный потенциал, в том числе здоровье, уровень образования, значительный интеллект, потребность продолжать трудовую деятельность, участвовать в общественных делах.

Для решения проблем занятости людей зрелого возраста необходимо создать для них равные с молодым поколением условия для обучения и трудоустройства, преодолеть сложившиеся в обществе негативные стереотипы социальной роли пожилого человека. Главными составляющими качества жизни пожилого человека и основой для поддержания чувства достоинства и уверенности в завтрашнем дне являются вовлеченность и успешность деятельности.

Список литературы:

1. Статистические данные по муниципальному образованию «Хоринский район» по состоянию на 01.01.2016.
2. Яцемирская Р.С. Социальная геронтология. /Р.С. Яцемирская – М.: Издательство: Академический Проект, 2006. – С. 320.

УДК 364.075.2

Жамцаев С.Б.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ БЕЗДОМНЫХ В БУРЯТИИ

В статье рассматриваются вопросы организации предоставления социальных услуг лицам без определенного места жительства и занятий.

Ключевые слова: *Социальное обслуживание, срочные социальные услуги.*

Tzamtsaev S.B.

East-Siberian state University of technologies and management , Ulan-Ude, Russia

RESOCIALIZATION OF THE HOMELESS IN BURYATIA

In the article the questions of organization of providing social services to persons without a certain residence and occupations.

Key words: *Social services, emergency social services.*

На сегодня система социального обслуживания населения Республики Бурятия основана на использовании и развитии всех форм собственности и состоит из государственного и негосударственного секторов социального обслуживания. Так, государственный сектор представлен бюджетными и автономными учреждениями социального обслуживания, среди них Автономное учреждение социального обслуживания Республики Бурятия «Республиканский центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий «Шанс».

Автономное учреждение социального обслуживания Республики Бурятия «Республиканский центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий «Шанс» - подведомственное учреждение Министерства социальной защиты населения республики Бурятия, расположено в центре города, по ул. Советская, 1А, что определяет доступность обращения каждого нуждающегося в социальном обслуживании. Здания учреждения соответствует всем требованиям законодательства. Штатное расписание рассчитано на 17 человек. Средняя заработная плата работников за 2015 год составила более 23 тыс. руб., увеличение, по сравнению с прошлым годом, составило 16.8%. Выполнение государственного задания на 2015г. составило 110%. Общий доход собственных средств составил 2 595,0 тыс.руб., т.е. 101% от доведенного плана.

С 2011г. в учреждении функционирует официальный сайт по адресу: http://www.rcsa-chance.ru, где освещается вся работа учреждения, размещены нормативно-правовые акты регламентирующие деятельность учреждения, есть возможность оставить отзыв или сообщение.

Работа в учреждении организована в соответствии с постановлением Правительства Республики Бурятия от 12.12.2014г. №634 «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг совершеннолетним гражданам в полустационарной форме социального обслуживания в Республике Бурятия». Предоставление социальных услуг в учреждении подразделяется на: срочные социальные услуги и социальные услуги в полустационарной форме социального обслуживания.

Заведующий отделением социального обслуживания проводит оценку нуждаемости поступающего гражданина в срочных социальных услугах, совместно со специалистом по социальной работе и медицинским работником, дают заключение, на основании которого принимается решение о предоставлении срочных социальных услуг.

В перечень срочных социальных услуг входит: оценка нуждаемости, выдача направления для прохождения бесплатного медицинской осмотра, ежедневная санитарная обработка, предоставление отдельного койко-места с комплектом постельных принадлежностей, горячее питание, предоставление услуг психолога, юриста, наблюдение за состоянием здоровья, оказание вещевой помощи,

содействие в восстановлении утраченных документов, устройство на работу, оформление пенсии по возрасту, прохождение МСЭ, устройство в учреждения стационарного и полустационарого социального обслуживания.

Здесь хотелось бы отметить, что учреждение полустационарное предоставляет социальные услуги преимущественно в ночное время суток, но работа с бездомными продолжается и днем, ежегодно с 2011года в холодный период года функционирует пункт обогрева, где бездомные могут временно укрыться от холода.

С каждым годом, число лиц без определенного места жительства получивших социальные услуги в стенах учреждения только растет. Так в период 2008-2015 г. число бездомных, обратившихся в учреждение, которым предоставлен ночлег, возросло практически в 3 раза. (показатели на слайде). В учреждении ведется учет лиц без определенного места жительства, в настоящее время в электронной базе данных зарегистрировано 3798 лиц без определенного места жительства. Данная информация необходима для эффективного решения проблемы их расселения, занятости, адаптации к нормальной жизни.

Людям, имеющим увечья, инвалидность гораздо сложнее адаптироваться, приспособиться к переменам и выйти из сообщества бездомных в общество. Количество обратившихся этой категории граждан увеличилось в 3.7 раз. Эти люди не только не имеют собственного жилья и документов, а более того нуждаются в постороннем уходе в условиях стационара. Эта категория граждан требует особого отношение и адаптация к нормальным условиям жизни занимает достаточно много времени и сил.

Большая работа проводится с лицами, освободившимися из мест лишения свободы, ведь многие из них находят временный приют в нашем учреждении. По статистике каждый третий освободившийся утратил социальные связи, нуждается в бытовом и трудовом устройстве, материальной и медицинской помощи. Количество граждан освободившихся из мест лишения свободы и обратившихся в учреждение так же увеличилось в 2,5 раза.

Не все лица без определенного места жительства желают расстаться личной независимостью и желанием самостоятельно решать возникающие проблемы. Но и эти граждане не остаются без внимания, в учреждении работает, мобильная служба, которая выезжает на места вероятного пребывания бездомных и предоставляет горячее питание, оказывает первую медицинскую помощь, консультацию, при необходимости содействует в госпитализации. Кроме перечисленного это категория лиц периодически проходят санитарную обработку в учреждении и стирку белья, что позволяет минимизировать распространение инфекционных заболеваний. Количество граждан обслуженных мобильной службой увеличилось в 1.6 раз.

Срок непрерывного пребывания в учреждении ограничен согласно, постановления Правительства Республики Бурятия № 634, этот срок составляет не более 6 месяцев. За этот период гражданин проходит первичную адаптацию в общество, восстанавливает утраченные документы, устраивается на работу и, уже имея стабильный доход, переводится на социальное обслуживание в полустационарной форме социального обслуживания. Принимаются граждане на основании личного заявления, решения о нуждаемости и индивидуальной программы. По личному заявлению предоставляются дополнительные социальные услуги и создаются условия круглосуточного пребывания, что в дальнейшем позволяет обеспечение восстановления социального статуса бездомных, достижения ими материальной независимости и социальной адаптации. Работа специалиста по социальной работе заключается в постоянном контроле и направлении к рыночным условиям жизнедеятельности (планирование и правильное распределение своего бюджета, приобретение именно необходимых продуктов питания, умение готовить пищу и т.д.). Проведение постоянного социального контроля необходимо для предотвращения обратного перехода. На 15.02.2016г. в реестре 47 получателей социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания из них, 28 Индивидуальных программ реализуются, 8 прекращено, 11 приостановлено.

Создан банк данных о наличии работ (уборка территории, сельскохозяйственные и другие работы) где бездомные без официального трудоустройства (в том случае, если нет документов) могут заработать себе на жизнь. Успешно воплощен такой вид деятельности как производство металлических изделий и конструкций, столярная мастерская, благодаря чему получили временную занятость 22 бездомных.

Проводились ряд профилактических мероприятий так, с помощью различных общественных мероприятий и акций «Тепло добрых рук», «Помоги ближнему», привлекающих внимание к проблеме бедности и бездомности принято от населения около 10 тыс. единиц вещевой помощи и выдана нуждающимся. Но хотелось бы отметить, что благотворительность и гуманитарная помощь должна быть направлена на оказание помощи нуждающимся, не раздаваться всем протянувшим руки, т. к. имеются случаи обмана, злоупотребления своей неполноценностью, умелая игра на простых человеческих чувствах. Помощь так же должна быть дозированной, иначе она стимулирует иждивенческий образ жизни, раздавливает и совершенно утрачивает человеческое достоинство и принципы морали. Помощь, я считаю, и мое мнение разделяют коллеги, должна передаваться учреждениям и организациям, которые непосредственно работают в этом направлении. Чем больше население будет давать деньги на улице, тем больше на этих улицах будет нуждающихся. За помощью необходимо обращаться или направлять в те ведомства, которые полномочны их оказывать.

Список литературы:

1. Александрова, М.Д. Отечественные исследования социальных аспектов старения. Психология старости и старения. – М.: «Академия», 2003.
2. Баскакова, М.Е. Социальное обслуживание пожилых. – М.: «Социздат», 2001.
3. Профессиональный научно-практический и методический журнал №5 (36), 2010г.
4. Профессиональный научно-практический и методологический журнал № 1 (80), 2014 г.
5. Холостова, Е.И., Дементьтева, Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и К»,2005.
6. Социология. Учебник. / Отв. ред. Павленок П.Д. - М., 2002.
7. Теория и методика социальной работы: Учебное пособие в вопросах и ответах./ Под ред. А.М. Панова и Е.И. Холостовой. - М., 2006.
8. Тетерский С.В. Введение в социальную работу. Учебное пособие. - М.: Академический проект, 2003.
9. Технологии социальной работы: Учебник. / Под ред. Е.И. Холостовой. - М., 2007.
10. Технология социальной работы. Чч.1; 2. Учебное пособие для вузов./ Под ред. П.Я. Цытликова. - Новочеркасск – Ростов н/Д., 2007.

УДК 364.3

Жаргалсайхан Т., Золжаргалан Г., Арюунсанаа Б.

Школа общественного здоровья, Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

ПРОФИЛАКТИКА ИЗДЕВАТЕЛЬСТВ И НАСИЛИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Jargalsaikhan Tumurdash, Zoljargalan Gantumur, Ariunsanaa Bagaajav

School of Public Health, Mongolian National University of Medical Sciences

PREVENTION OF YOUTH BULLYING AND INTERPERSONAL VIOLENCE

This article reviews primary, secondary, and tertiary prevention to reduce youth bullying and interpersonal violence. Effective interventions identified by WHO are introduced and discussed.

Key words: *youth violence, bullying, primary, secondary and tertiary prevention*

Үндэслэл:

Залуучуудын дундах хүчирхийлэл нь нийгмийн эрүүл мэндийн чухал асуудлуудын нэг юм. ДЭМБ-аас гаргасан судалгаагаар залуучуудын нас баралтын эхний 5 шалтгааны нэг нь залуучуудын дундах хүчирхийлэл ба үе тэнгийн дээрэлхэлт байна (1).

Монгол улсын хэмжээнд 13-17 насны сурагчдын хүчирхийлэл, осол гэмтэлд өртсөн байдлыг харахад сүүлийн 12 сард 1 ба түүнээс олон удаа зодолдсон 41.5%, ноцтой гэмтэл авсан 36.1% байна (2). Залуучуудад тулгамдаж буй асуудал нь өөр хоорондоо салшгүй холбоотой байх ба ажилгүйдэл ихэсэх, нийгмийн харилцаанаас холдож хөндийрөхийн хэрээр залуучууд нэн ялангуяа

эрэгтэйчүүд уур бухимдлаа хүч хэрэглэж гаргах нь элбэгшдэг. Ингэж тэдний гэмт хэрэг үйлдэх мөн гэмт хэргийн золиос болох эрсдэл ихэсдэг байна. НҮБ-ын Хүн амын сангийн тооцоолсноор дэлхийд жилдээ нэг сая насанд хүрээгүй хүмүүс баривчлагддаг байна (3).

Аргачлал

Урьдчилан сэргийлэлтийн түвшин	Үр дүнтэй хөтөлбөрүүд	Тайлбар
Анхдагч урьдчилан сэргийлэлт	Сургуульд түшиглэсэн хөтөлбөр	Амьдрах ухааны болон нийгмийн харилцааны ур чадвар олгох хөтөлбөрүүд нь өөрийгөө танин мэдэх, сэтгэл хөдлөлөө удирдан чиглүүлэхэд нь мөн бусдыг ойлгох, эерэг харилцааг бэхжүүлэхэд нь залуучуудад туслах замаар хүчирхийллээс урьдчилан сэргийлдэг байна. Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд нь ихэвчлэн нөхцөл байдлыг үнэлэх судалгаа хийх замаар хөтөлбөрийн бүтэц, үр дүнг хэрхэн үнэлэхийг тодорхойлох замаар эхлэх ба эцэг, эх, багш, ажилтнууд сурагчдын дээрэлхэлтийн талаарх ойлголт мэдлэгийг нэмэгдүүлж хамгаалах хүчин зүйлсийг бий болгох зорилготой.
	Гэр бүлд түшиглэсэн хөтөлбөрүүд	Эцэг, эхчүүдэд зориулсан хүүхэд хүмүүжлийн талаархи хөтөлбөрүүд нь хүүхдийн хөгжил, эцэг, эх болон хүүхдийн харилцааг сайжруулах, эерэг аргаар хүүхдийг хүмүүжүүлэх ур чадварыг олгох зэрэг зорилготой байдаг.
	Орон нутагт түшиглэсэн хөтөлбөрүүд	Хот төлөвлөлтийг сайжруулах: Залуучуудын дундах хүчирхийллээс урьдчилан сэргийлэх энэ төрлийн стратегит хотын нийтийн эзэмшлийн газрыг сайжруулах, гэмт хэрэг, хүчирхийллээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнүүд болон хүрээлэн буй орчны дизайныг сайжруулах замаар гэмт хэргээс урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаанууд багтдаг байна.
Хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлт	Эцэг, эхийн сургалт хөтөлбөрүүд	Эцэг, эхийн хөтөлбөрүүд нь ур дүнтэй хүмүүжлийн болон гэр бүлийн хямралыг удирдах арга барилыг эзэмшүүлэх, хүүхдээ ойлгох, таньж мэдэхэд дэмжих, тэдгээрийн хэрэгцээ, хөгжлийн үе шат, харилцааны талаар мэдээлэл өгч хүүхэдтэй зүй бус харилцах, зан үйлийн асуудлуудыг бууруулах зорилготой.
	Гэрээр хэрэгжүүлэх хөтөлбөрүүд	Гэрээр хэрэгжүүлэх хөтөлбөр нь орлого багатай эсвэл анх удаа эцэг эх болж буй залууст ихэнх тохиолдолд хүүхэд төрөхөөс өмнө болон хүүхдийг 2-4 нас хүртэл нь мэргэжлийн сувилагч, эрүүл мэндийн ажилтан гэрт нь очиж боловсрол олгох, мэдээллээр хангах, дэмжлэг үзүүлэх зорилготой байдаг.
	Бага насны хүүхдийн хөгжлийг дэмжих хөтөлбөрүүд	Бага насны хүүхдийн хөгжлийг дэмжих хөтөлбөрүүд нь гэр бүлд дэмжлэг үзүүлэх, сургуулийн өмнөх боловсрол, хүүхэд асаргаа, эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх зэрэг хүүхдийг төрсөн цагаас нь эхлэн 5 нас хүртэлх хугацаанд тулгарч болох хүчирхийллийн эрсдэлт хүчин зүйлсийг багасгахыг зорьдог.
Гуравдагч урьдчилан сэргийлэлт	Танин мэдэхүй зан үйлийн сэтгэл засал – CBT /ганцаарчилсан ба бүлгийн/	Залуучуудын дундах хүчирхийлэл үйлдсэн үйлчлүүлэгчид чиглэсэн танин мэдэхүй – зан үйлийн сэтгэл засал нь тэдгээрийн танин мэдэхүй, зан үйлд төвлөрч нийгмийн дунд дасан зохицож амьдрах чадварыг нэмэгдүүлэх, нийгэмд хувь нэмрээ оруулах эерэг зан үйл бий болгоход төвлөрдөг.
	Функциональ гэр бүлийн сэтгэл засал – FFT	Функциональ гэр бүлийн сэтгэл засал нь институци ба гэр бүлийн хувьд эрсдэлтэй зөрчил гаргасан залуучуудад чиглэсэн гэр бүлд суурилсан богино хугацаан сэтгэл заслын хөтөлбөр юм.
	Олон системт сэтгэл засал – MST	Олон системт сэтгэл засал нь насанд хүрээгүй гэмт хэрэг үйлдсэн хүүхдүүдийн нийгмийн эсрэг ноцтой зан үйлийн олон талт шалтгааныг тусгасан, хүүхэд, залуучууд, гэр бүл ба нийгэм, олон нийтэд суурилсан эрчимжүүлсэн сэтгэл заслын үйлчилгээ юм.

Шинжилгээнд олон улсад болон АНУ-д хийгдсэн залуучуудын дундах хүчирхийлэл болон дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх үр дүнтэй хөтөлбөрүүдийг судалсан судалгааны тайлан, эрдэм шинжилгээний өгүүллүүдийг ашигласан.

Үр дүн

Залуучуудын дундах хүчирхийллээс сэргийлэх, түүнийг бууруулах боломжтой ба дэлхий дахинд энэ чиглэлээр олон төрлийн хөтөлбөр үйлчилгээнүүдийг хэрэгжүүлсээр байна. Залуучуудын дундах хүчирхийллээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд нь дараахь гурван түвшинд явагдана:

Анхдагч урьдчилан сэргийлэлт: Анхдагч урьдчилан сэргийлэлт нь нийт хүн амд чиглэдэг ба хүчирхийлэл, түрэмгийлэл бүхий аливаа зан үйл илэрч гарахаас урьдчилан сэргийлдэг. Анхдагч урьдчилан сэргийлэлтийн хөтөлбөрүүд нь хүчирхийллийг бий болгож байгаа эрсдэлт хүчин зүйлсийг багасгахад чиглэдэг ч нийгэм-сэтгэл зүйн сургалтаар дамжуулан эерэг зан үйлийг төлөвшүүлэх зорилготой байдаг (4).

Хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлт: Хоёрдогч урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөр нь хүчирхийлэл, түүний өмнөх хэлбэртэй холбоотой зан үйл болон бусад эрсдэлт хүчин зүйлүүдийг аль хэдийн харуулж эхэлсэн залуучуудыг хүчирхийлэлд өртөхгүй байхад туслах болон холбоотой зан үйлийг бууруулахад оршино. Өөрөөр хэлбэл залуучуудын дундах хүчирхийлэлд өртөх эрсдэлтэй бүлэг хүн амын хүчирхийллийн эрсдлийг бууруулж, түүний эсрэг хамгаалах хүчин зүйлийг бэхжүүлдэг (5).

Гуравдагч урьдчилан сэргийлэлт: Гуравдагч урьдчилан сэргийлэлт нь залуучуудын дундах хүчирхийлэл нэгэнт үйлдэгдсэн байх ба түүний зан үйлийн сөрөг нөлөөллийг бууруулахад гол анхаарлаа хандуулдаг. Гуравдагч урьдчилан сэргийлэлтийн хөтөлбөр, үйлчилгээнүүд нь урт хугацааны сэтгэл заслын болон гэнэтийн хямралын үед үзүүлэх үйлчилгээнүүдийг хамрах ба сэтгэл зүйн тусламж үйлчилгээ авахаар шүүхээр шийдэгдсэн эсвэл засан хүмүүжүүлэх газар хүмүүжиж буй залуучуудыг зорилтод бүлгээ болгон авдаг (4).

Хэдийгээр эдгээр гурван түвшний урьдчилан сэргийлэлтийн хөтөлбөрүүд нь нэг нэгнээсээ ялгаатай боловч хэрэгжүүлж буй үйлчилгээ, үйл ажиллагаанууд нь хоорондоо нягт уялдаа, холбоотой явагсанаар илүү үр дүнтэй байх юм.

ДЭМБ дараахь хөтөлбөрүүдийг залуучуудын дундах хүчирхийллээс урьдчилан сэргийлэхэд үр дүнтэй гэж тодорхойлсон байна (1).

Дүгнэлт

Залуучуудын дундах хүчирхийллийг гурван түвшинд үр дүнтэйгээр бууруулахын тулд 1)өсвөр үе, залуучууд, эцэг, эх, багш, ажилтнуудын ойлголт, мэдлэгийг нэмэгдүүлэх, 2)өсвөр үе, залуучуудын нийгмийн харилцааны ур чадварыг нэмэгдүүлэх, 3)орон нутаг болон сургуульд хүчирхийлэлгүй эрүүл орчин бүрдүүлэх, 4)хувь хүн, гэр бүл, орон нутгийн эрсдэлт хүчин зүйлсийг багасгах, 5)нийгмийн эсрэг сөрөг зан үйлийг эерэг болгох, 6)гэмт хэрэг болон хүчирхийллийн дахин давталтыг бууруулж, хамгаалах хүчин зүйлсийг нэмэгдүүлэх шат дараалсан үйлчилгээ, хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх нь чухал.

УДК 364

Жигжитова В.Б.

Отдел социальной защиты населения по Бичурскому району, с. Бичура, Бурятия, Россия

УСТАНОВЛЕНИЕ ОПЕКИ НАД НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ СОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ, КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ ОТДЕЛОВ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

Представлена работа отдела социальной защиты населения с совершеннолетними недееспособными лицами и лицами, осуществляющими над ними опеку.

Ключевые слова: *недееспособные, социальная защита, опека.*

Zhigzhitova V.B.

Department of Social Welfare for a Bichursky area. Bichura, Buryatia, Russia

ESTABLISHING GUARDIANSHIP OF INCAPACITATED ADULTS, AS ONE OF THE AREAS OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION DEPARTMENTS

It presents the work of the department of social protection of the population with adult incapacitated persons and persons exercising custody over them.

Keywords: *disability, social protection, custody.*

Понятие дееспособности человека регламентируется ст. 21. Гражданского кодекса Российской Федерации. Человек, являющийся дееспособным, может в полной мере пользоваться предоставленными ему правами гражданина страны и выполнять требуемые обязанности. Он может совершать действия по приобретению прав и по их осуществлению. Лишение его дееспособности возможно при признании судом недееспособным, если вследствие хронического стойкого психического расстройства не способен осознавать значение своих действий или руководить ими. Подать иск о лишении человека могут родители, родственники, опекуны (усыновители), органы опеки и попечительства, наркологические и психиатрические заведения. Если углубиться в историю, то в римском праве дееспособность лица зависела от возраста, от физических и психических недостатков. Душевнобольные и слабоумные были недееспособными в силу своей болезни при наличии периодических признаков бешенства (furor) или умалишенности (dementia, amentia). Такое лицо лишалось дееспособности на момент помешательства . Во время просветлений он считался дееспособным.

В XIX веке в России недееспособными считались малолетние и несовершеннолетние, безумные и сумасшедшие, в некоторых случаях глухонемые и немые, расточители и несостоятельные должники. В истории встречаются еще ограничения дееспособности женщины, которая долгое время считалась неспособной к заведованию своими гражданско-правовыми делами без посредства опекуна-своего отца, мужа, взрослого сына (Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Эфрона).

Как правило, над лицом, которого лишили дееспособности устанавливается опека. По действующему сегодня законодательству опека и попечительство устанавливаются органами опеки и попечительства, которые взаимодействуют с судебными органами и осуществляют контроль по месту жительства подопечных за деятельностью их опекунов и попечителей (ст. 34 ГК) В качестве опекунов и попечителей могут выступать следующие субъекты (ст. 36 ГК):

- совершеннолетние дееспособные граждане
-опекуны (попечители) по закону воспитательные лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения
- орган опеки и попечительства
-другие лица.

В Бичурском районе функции установления опеки и попечительства над недееспособными совершеннолетними гражданами с 2012 года осуществляет отдел социальной защиты населения. До этого времени органы местного самоуправления вели это направление работы. С 2012 г. по 2016 г. поступило 26 судебных решений о лишении дееспособности граждан .

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11. 2010г. № 927 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных и не полностью дееспособных граждан» отдел соцзащиты проводит работу по подбору, подготовке и учету граждан, выразивших желание стать опекунами. С ними проводится информационно-разъяснительная работа по вопросам оформления опеки над недееспособными гражданами, как при личном обращении, так и на выездных приемах граждан. Разъясняются права и обязанности опекуна, установленные законодательством РФ. Проводится обследование жилищно-бытовых условий, ведутся журналы учета, где отражаются сведения о совершеннолетних недееспособных гражданах и гражданах, выразивших желание стать опекунами. Отделом разрабатываются памятки, информационные листы о порядке обращения по вопросам оформления опеки над совершеннолетними недееспособными, в администрациях сельских поселений оформляются информационные стенды. Информация по предоставляемым услугам размещены на информационном стенде отдела, а также на официальном сайте администрации Муниципального образования «Бичурский район». В районе совершеннолетних недееспособных, находящихся под опекой 57 человек. В своей работе специалисты отдела сталкиваются с проблемами невозможности найти опекунов для недееспособных совершеннолетних. В большинстве случаев дееспособности лишаются лица, получившие инвалидность вследствие употребления алкоголя, наркотиков. Родственники этих недееспособных в большинстве случаев не могут взять опеку над ними в силу своей привязанности к пагубной страсти. Для них необходимо подготовить документы в психоневрологические интернаты, также в психоневрологические интернаты приходится оформлять больных, которые несут опасность для окружающих из- за особой буйности. Опекуны, а это в основном матери, не хотят отказываться от своих детей. Только убеждение их в том, что недееспособные, находящиеся под их опекой, социально опасны, позволяет их оформить в психоневрологические интернаты. Еще большой проблемой является то, что многие опекуны не справляются со своими обязанностями, не надлежащим образом исполняют функции по их содержанию, но они держатся за своих подопечных из-за их пенсии, которая часто является единственным средством существования семьи.

Специалисты отдела по регламенту дважды в год объезжают семьи, где под опекой находятся совершеннолетние недееспособные. При возникновении сложных ситуаций принимают срочные меры по изъятию недееспособного и помещения его в психоневрологический диспансер для решения вопроса дальнейшего проживания. В этой работе помогают администрации сельских поселений, неравнодушные соседи, которые вовремя извещают о неблагополучии в данной семье.

В конце календарного года опекуны должны сдать отчет о расходовании средств подопечного. Опекуны отчитываются за расходование денежных средств на продукты питания, одежду, лекарственные средства, оплату ЖКУ. Таким образом, установление опеки и работа с опекунами недееспособных совершеннолетних является одним из важных направлений работы органов социальной защиты населения. Специалисты отдела в полной мере несут ответственность за выполнение государственной задачи.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс РФ 2016г.
2. Пашаева О.М., Васильева Т.Г. «Римское право», конспект лекций (Электронный ресурс) http://www.nnre.ru/jurisprudencija/rimskoe_pravo_konspekt_lekcii/

УДК 316.346.32-053.9:613.98

Жукова Т.В., Святская Е.Ф.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы с лицами пожилого возраста, определяется значение социальной защиты данной категории населения.

Ключевые слова: *социальная защита, социальная работа, пожилые люди.*

Zhukova T. V., Svyatskaya E. F.

Belarusian Medical Academy for Post-Graduate Education, Minsk, Belarus

SOCIAL PROTECTION OF ELDERLY PEOPLE AT THE PRESENT STAGE

In article questions of the organization of social work with elderly people are considered, value of social protection of this category of the population is defined.

***Keywords**: social protection, social work, elderly people.*

Изменение социального статуса человека в старости, связанное с прекращением или ограничением трудовой и общественной деятельности; трансформацией ценностных ориентиров, образа жизни и общения; испытанием затруднений в социально-бытовой и психологической адаптации к новым условиям, порождает серьезные социальные проблемы.

Составным элементом социальной защиты пожилых людей и инвалидов на современном этапе является оказание социальной помощи т.е. обеспечение в денежной и натуральной форме, в виде услуг или льгот, предоставляемое с учетом законодательно установленных государством социальных гарантий по социальному обеспечению. Она носит, как правило, характер периодических и единовременных доплат к пенсиям и пособиям, натуральных выдач и услуг в целях оказания адресной, дифференцированной социальной поддержки этих категорий, ликвидации или нейтрализации критических жизненных ситуаций, вызываемых неблагоприятными социально-экономическими условиями.

Изучению содержания пожилых людей в домах-интернатах в мире уделяется большое внимание. Этому посвящена серия исследований отечественных ученых. В США с 70-х гг. действуют «Омбудсмановские программы долгосрочного попечения». Практика подтверждает актуальность установки ООН на то, чтобы «позволить жить стареющим людям в собственных семьях», ибо в домах-интернатах пожилой человек попадает в сложную ситуацию: с одной стороны, резкая смена окружающей обстановки, с другой – переход к коллективной жизни, необходимость подчиняться установленному порядку, боязнь утраты независимости. Это усугубляет неустойчивость нервно-психического состояния, служит причиной подавленного настроения, неуверенности в себе, своих действиях отрицательно сказывается на состоянии здоровья.

Один из методов социальной работы с пожилыми - организация групп самопомощи. Группы самопомощи – это небольшие, привязанные к определенному месту группы, члены которых, имея общие проблемы (потребности, которые они сообща решают), помогают друг другу. Такие группы, как свидетельствует практика, состоят из 5-7 человек, живущих поблизости и имеющих периодические контакт. Эти группы иногда возникают спонтанно, но чаще их организует один из наиболее активных будущих ее членов или (реже) социальный работник, оказывающий им бытовую помощь. Каждый участник такой группы не только принимает, но и осуществляет помощь, актуализируя и развивая для этого собственные ресурсы. Цель работы в группе – смягчение влияния негативных явлений, а не полное их преодоление (что невозможно), поддержка человека, а не формирование нового стиля жизни, постепенное научение позитивным жизненным навыкам, а не полное отрицание прошлых норм жизни.

Причины создания групп самопомощи:

1) самореализация и развитие личности;
2) кризисная ситуация или горе;
3) плохие социальные условия, состояние здоровья, наличие инвалидности;
4) принадлежность к группе «изгоев», меньшинствам и др.

На первый взгляд группы самопомощи аналогичны терапевтическим группам. Но при более подробном анализе их деятельности становится очевидным, что для групп самопомощи характерны самоуправление, а не управление со стороны профессионального работника, а также самопомощь.

В группах самопомощи нет иерархической структуры, ее членам обеспечивается максимальное участие в жизни группы, которую они покидают, когда хотят. Однако группы самопомощи не панацея от всех бед, и далеко не все проблемы могут быть решены с их помощью.

Пожилым людям необходимо создание особых условий со стороны общества через преобразование окружающего мира. Прекрасным примером удачного создания окружающего пространства для стареющих людей являются пешеходные зоны в центрах городов – не только потому, что люди должны пройти пешком выбранный маршрут, но и потому, что, находясь в пешеходной зоне, они иначе воспринимают окружающее пространство. Пешеход получает возможность не только наблюдать себе подобных людей, но и концентрировать свое внимание на архитектуре зданий, сопоставлять атмосферу центра города с его атмосферой в целом. Это не пустое времяпровождение или отдых – это одновременно и «способ передвижения» для престарелых людей, и демонстрация автономной позиции. Места, где пожилой человек мог бы просто посидеть, должны быть не только в тихих уголках города. Некоторые избегают многолюдных городских улиц и площадей, но есть и такие, для которых пребывание в толпе спешащих куда-то людей усиливает ощущение жизни, дает дополнительный эмоциональный заряд. Другими стимулирующими элементами городского пространства являются его малая архитектура, деревья, ручьи или речки, создающие впечатление «дружественности уголков», укрепляющие чувство безопасности.

Таким образом, приоритетное направление социальной работы с пожилыми – организация среды их обитания таким образом, чтобы у пожилого человека всегда был выбор способов взаимодействия с этой средой. Свобода выбора порождает ощущение защищенности, уверенности в завтрашнем дне, ответственности за свою и чужую жизнь.

Список литературы:

1. Бондаренко И.Н. Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей: новые возможности // Клиническая геронтология, 2003. - № 12. - с. 21-28.
2. Галкин Р.А., Суслин С.А., Гехт И.А. Внебольничные формы организации медико-социальной помощи лицам старших возрастов в России //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2000.- № 2.-с.38-41.
3. Технологии социальной работы: Учебник под общ. ред. проф. Е.И.Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2002. -400с.
4. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002. –340с.

УДК 364:442:364.465

Задорожный П.М., *Шурыгина Ю.Ю.

Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Ровесник», г. Улан-Удэ, Россия
**Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия*

РОЛЬ САМОПОДГОТОВКИ В УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАННИКОВ ЦЕНТРА ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОСТАВШИМСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ «РОВЕСНИК»

В статье рассматриваются вопросы организации самостоятельной учебной подготовки воспитанников Центра помощи детям, оставшимся без попечения родителей.

***Ключевые слова:** самоподготовка; дети-сироты; дети, оставшиеся без попечения родителей*

Zadorozhny P. M. Shyrigina Yu.Yu.

Center of the help to children without parental support "Rovesnik", Ulan-Ude, Russia
East-Siberian State University of Technologies and Management, Ulan-Ude, Russia

THE ROLE OF SELF-TRAINING IN EDUCATIONAL ACTIVITY OF PUPILS OF THE CENTER OF ASSISTANCE TO CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE «ROVESNIK»

In the article the questions of organization of self-training in education of the pupils of the Center of assistance to children left without parental care.

***Key words**: self-training; children-orphans; children left without parental care*

Проблемы социальной адаптации являются достаточно сложными. Для их решения и успешного включения детей из стационарных учреждений в самостоятельную жизнь, приобщения к социальным нормам, нужно изменить их образ жизни, отношения со своим социальным окружением и самим собой, научить их самостоятельно решать свои проблемы и нести за них ответственность. Ощущение сиротства не покидает выпускников специализированных учреждений на протяжении всей жизни, они считают, что причиной их проблем стало одиночество, предвзятое отношение к ним окружающих [2].

Педагогический коллектив «Центра помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Ровесник» (Центр Ровесник) старается максимально приблизить обстановку в Центре к домашней. Уютные спальни, кухни, хозяйственно-бытовые комнаты, комнаты для подготовки домашнего задания призваны приучить воспитанников к самостоятельному обслуживанию: приготовить несложную пищу, постирать вещи, навести порядок в комнате, пользоваться несложными бытовыми приборами. Воспитательная работа Центра Ровесник охватывает весь педагогический процесс, внеурочную жизнь детей, влияние социальной среды и окружающей действительности.

Основными направлениями воспитательной работы в Центре Ровесник являются: учебно-познавательная; трудовое воспитание и профориентация; формирование здорового образа жизни; основы семейного воспитания; экологическое воспитание; воспитание нравственности и гражданской позиции.

Основным видом деятельности воспитанников Центра является обучение. Без активного обучения невозможно овладеть другими видами человеческой деятельности - производительным трудом, художественным творчеством, спортом.

В настоящее время проблема низкого качества знаний воспитанников стала наиболее актуальна. Если в 80-е годы успеваемость, составляла 100%, а качество знаний достигало 50%, то сегодня наблюдается снижение успеваемости до 60-70%, а ударников, а уж тем более, отличников нет вообще.

Дети, поступающие в Центр, имеют негативный жизненный опыт. Проживая с асоциальными родителями, на первый план у них выступают проблемы пропитания, более или менее удобные условия жизнеобеспечения. Поступая в центры для детей они имеют разный уровень знаний, отсутствие или крайне низкую мотивацию к обучению. Воспитанники не представляют себе свою дальнейшую жизнь вне стен Центра, а будущую профессию выбирают по стереотипу или по предложению воспитателя. Если до 2000 г. почти 10% воспитанников желали получить среднее образование, чтобы поступить в вуз, 50 % выбирали различные средние специальные или средние технические учебные заведения, и только 40% продолжали обучение в ГПТУ, чтобы получить рабочую профессию, то на сегодняшний день все выпускники учреждения хотят получить профессию повара, автомеханика, или штукатура-маляра, имея крайне смутное представление о будущей работе.

Проведя анализ психологической предрасположенности к какому-либо виду деятельности и по результатам диагностики уровня знаний воспитанников, мы пришли к выводу, что основной задачей учреждения является развитие мотивационной сферы – сложного и длительного процесса. Решение данной проблемы возможно при тесном взаимодействии учителя и воспитателя, педагога-психолога, социального педагога. Педагогам необходимо развивать стремление учащегося к познанию, в течение всего времени школьного обучения создавать условия для его развития, дополнять новыми мотивами, идущими от содержания образования.

Особое внимание в организации учебной деятельности уделяется повышению уровня усвоения полученных на уроке знаний. Большую роль в этом процессе играет хорошо организованная самоподготовка. Самоподготовка - это самостоятельная индивидуальная учебная работа воспитанников.

Специалисты указывают на наличие определенной структуры самоподготовки, где выделяют следующие составные части: подготовка к работе, самостоятельное обучение, самоконтроль [2].

Следуя советам психологов, было определено место самоподготовки в режиме дня, ее длительность. Наиболее продуктивным считается время с 16.00 до 18.00 после обязательной прогулки на свежем воздухе. Для учащихся 4-6 классов самоподготовка составляет 2-2,5 часа, 7-9 классов - 2,5-3,5 часа.

Методике выполнения домашних заданий, вопросам руководства самоподготовкой было уделено особое внимание, так как от этого во многом зависит качество знаний, стремление к их приобретению, формирование познавательной активности детей. Комнаты для самоподготовки были оборудованы удобной мебелью, за каждым воспитанником было закреплено рабочее место и место хранения учебно-письменных принадлежностей.

Для достижения положительных результатов самоподготовки важна согласованность в деятельности учителя и воспитателя. Воспитатели Центра Ровесник поддерживали тесную связь с учителями щколы № 38, в которой обучались воспитанники. Были заведены «Дневники связи учителя и воспитателя», где учителя давали методические рекомендации по выполнению того или иного задания, на что стоит обратить внимание при индивидуальной работе с детьми, а воспитатели сообщали учителю в какой мере усвоен учебный материал, и кто из детей нуждается в дополнительных занятиях.

Воспитателями Центра совместно с психологом и медицинским работником было разработано «Положение о самоподготовке», куда вошли правила, регулирующие ее порядок. Правила подразделяются на организационно-дисциплинарные (обязательность самоподготовки, обеспечение порядка, соблюдение правил запрета и правил разрешения); гигиенические (освещенность, проветривание помещения, соблюдение правил личной гигиены, физкультминутки); дидактические (объем задания, регулярность); воспитательные (одобрение, терпимость, поощрение).

В круг обязанностей воспитателя входит индивидуальная работа со слабоуспевающими. Поскольку дети поступают в Центр с разным уровнем учебной подготовки, то эта деятельность приобретает большое значение. Помогая ребенку восполнить упущенный учебный материал, воспитатель добивается выравнивания среди воспитанников, обучающихся в одном классе, улучшается процесс восприятия нового.

Индивидуальная работа осуществляется в разных формах, но главное – забота о детях, их психологическая поддержка. Эта работа может быть эпизодической, временной, но чаще всего она длительная, до той поры, пока ребенок не почувствует себя уверенно. В процессе такой индивидуальной работы удается выяснить проблемы воспитанника, восполнить пробелы в знаниях, и, в конечном итоге, повысить мотивацию и интерес к обучению.

По окончании учебного года в Центре Ровесник было отмечено повышение успеваемости с 26 до 93.6% по сравнению с началом учебного года. Выпускники выбрали специальности, которые действительно отвечают их потребностям и выбор сделан вполне осознанно. Воспитанница Д. поступила в Педагогический колледж, с честью выдержав вступительные испытания, причем, нацелена продолжить образование в Высшем Учебном заведении. А воспитанник С. выбрал Техникум городского строительства, т.к. его интересует вопрос внешней отделки зданий.

Обладая достаточной суммой знаний по общеобразовательным предметам по курсу школьной программы выпускники детских домов будут более уверенно чувствовать себя в ССУЗах, Навык самостоятельной работы, полученный на самоподготовке, поможет успешно усваивать новый материал, а следовательно, заслужить доброжелательное отношение преподавателей и одногруппников, поможет влиться в новое социальное окружение и более успешно адаптироваться к изменившимся условиям жизни, получить образование по выбранной специальности и, самореализоваться в дальнейшем.

Список литературы:

1. Ефремова М.Ю. Проблемы социализации выпускников детских домов - М.: 2011 г. С.48.

2. Масютина О.Н. Методические рекомендации по организации и проведению самоподготовки в условиях детского дома. – 2012 г. С 2.

УДК 614:371.7

Зайцева М. А.
Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, г. Ярославль, Россия
Шаматонова Г. Л.
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, г. Ярославль, Россия

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ

В статье приводятся результаты авторского социологического исследования отношения студентов ЯрГУ своему репродуктивному здоровью.

Ключевые слова: *здоровье, репродуктивное здоровье, студенты, здоровый образ жизни*

Zaytseva M.A.
Yaroslavl state pedagogical university of K.D. Ushinsky, Yaroslavl, Russia
Shamatonova G. L.
Yaroslavl state university of P. G. Demidov, Yaroslavl, Russia

REPRODUCTIVE HEALTH OF STUDENTS: STATE AND PROBLEMS

In the article the author presents the results of a sociological survey of students of YSU its relationship to reproductive health.

Keywords: *health, reproductive health, students, healthy lifestyle*

В начале XXI века одной из актуальных проблем стало репродуктивное здоровье студенческой молодежи и его социальные последствия. В структуре общества студенческая молодежь представляет особую социальную группу, которая характеризуется определенными специфическими условиями жизни. Необходимость углубленного изучения состояния здоровья студентов обусловлена высокой распространенностью среди них факторов риска, трудностями психофизиологической адаптации к условиям обучения на младших курсах, нарастанием объема информации, а также необходимостью поддержания активности в овладении профессиональными знаниями.

В структуре населения Российской Федерации доля молодых людей составляет 13,2% и многие демографические проблемы определяются отношением молодежи к деторождению, методам контрацепции и к своему репродуктивному здоровью. Исследование женской половины молодежи показывают высокий процент у них соматической и гинекологической заболеваемости: 52,9% и 73,4% соответственно; у 38,3% наблюдаются нарушение питания и наличие вредных привычек [2].

Тема репродуктивного здоровья широко исследована в отечественной литературе. Например, ее изучали: Бедный М.С., Бурдили Г.М., Фролова О.Г., Радецкая Л.А., Пшеничкова Т.Я. и др. Также в области репродуктивного здоровья известны своими работами: Вишневский А. Г., автор более 300 публикаций в области демографии; Лодкина Т. В., которая известна своими работами в области семейной педагогики; Шевелева А. А., осветившая вопросы создания семьи, в том числе молодыми людьми.

Важной составляющей понятия «здоровье» является репродуктивное здоровье, под которым подразумевается состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения ее функций и/или процессов в ней [1].

В связи с этим, целью статьи является изучение степени информированности студенческой молодежи о репродуктивном здоровье и способах его укрепления. Исследование проводилось в период с января 2015 по март 2016 года при непосредственном участии авторов в форме выборочного анкетирования. Цель исследования – выявить отношение студенческой молодежи к своему репродуктивному здоровью. При этом ставились задачи выявить зависимости направления обучения студентов и степени сохранения репродуктивного здоровья. Объект прикладного исследования – студенты в возрасте от 17 до 26 лет Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. В исследовании студенты были разделены на две группы, соответствующие своим направлениям обучения: первая группа состояла из студентов, обучающихся по гуманитарным специальностям, вторая – по естественным наукам.

Результаты анкетирования позволили сделать вывод о позитивном настрое студентов к своему здоровью в целом. Так, на вопрос «Как Вы оцениваете свое здоровье?» ответы «хорошее» и «удовлетворительное» дали около 90% респондентов. Однако, ответы в двух выбранных группах студентов показали, что большинство респондентов специальностей точных наук, а именно 86%, оценивают свое здоровье как «удовлетворительное» или «хорошее». Студенты, обучающиеся по гуманитарным наукам, ответили так же, но несколько больше и составили 91%. Ответы на вопрос «Как часто Вы посещаете врачей-специалистов?» распределились следующим образом: 47% представителей первой группы посещают лечебные учреждения как минимум 1 раз в год, из второй группы – лишь 28%. При этом большая часть респондентов второй группы (71%) выбрала вариант «по мере необходимости». Таким образом, студенты факультетов гуманитарных наук больше заботятся о своем здоровье и чаще наблюдаются у врачей, нежели студенты факультетов точных наук. Ответы на вопрос «Каких врачей специалистов Вы посещали в последнее время?», на который можно было выбрать несколько вариантов, ответы студентов гуманитарных специальностей распределились следующим образом: 50% выбрали ответ «гинеколог», 14% – «гастроэнеролог», 11% – «эндокринолог», 6% – «кардиолог» и еще 50% ответов пришлось на вариант «другое». Эти результаты свидетельствуют о том, что большинство студентов, представители первой группы, посещают врачей, которые напрямую связаны с охраной сексуального здоровья. Представители второй группы, отвечая на тот же самый вопрос, дали такие ответы: 26% - «гинеколог», 20% - «кардиолог», 14%-«аллерголог», 11% - «гастроэнтеролог», 9% - «эндокринолог», 3% - «уролог» и 51% предпочли ответ «другое». Эти показатели говорят о том, что представители второй группы в меньшей степени следят за своим сексуальным здоровьем, нежели студенты первой группы.

Также респондентам был предложен вопрос: «Какие виды здоровья Вы знаете?». Ответы в первой группе распределились так: 100% выбрали «физическое», 97% - «психическое», 81% - «репродуктивное», 70% - «социальное». Во второй группе были получены следующие результаты: 100% - «психическое», 97% - «физическое», 51% - «репродуктивное», 29% - «социальное». Таким образом, видно, что почти все опрошенные знают о физическом и психическом здоровье, а ответы «репродуктивное» и «социальное» здоровье выбрали лишь 47% и 28% опрошенных соответственно, что свидетельствует о недостаточной осведомленности многих студентов об упомянутых видах здоровья.

На вопрос «Разговаривали с Вами родители о репродуктивном здоровье?», ответы студентов гуманитарных специальностей были следующими: 56% - «да», 39% - «нет» и 6% ответили «я и так все знаю», студенты же специальностей точных наук ответили: 46% - «нет», 31% - «да», и 23% выбрали вариант «я и так все знаю». Судя по тому, что количество представителей первой группы, которые хотя бы раз беседовали со своими родителями на тему репродуктивного здоровья, превышает аналогичных людей из второй групп практически вдвое, можно предположить, что родители студентов первой группы несколько более ответственно относятся к половому воспитанию своих детей.

Также был задан вопрос: «Заходит у Вас в компании (группе) разговор о репродуктивном здоровье (беременности, половых контактах, ИППП)?», студенты первой группы ответили «иногда» (81%), «мы регулярно обсуждаем это» (14%), а «нет» выбрали только 6 %. Во второй группе ответы разделились: 60% - «иногда», 34% - «нет» и только 6% выбрали «мы регулярно обсуждаем это». Таким образом, осведомленность и интерес к теме репродуктивного здоровья проявляется в большей степени у первой группы. Кроме того, судя по результатам последних двух вопросов в целом, можно сделать вывод о том, что студенческой молодежи легче разговаривать о репродуктивном здоровье со сверстниками в компании или группе, нежели с родителями.

Таким образом, студенты факультетов гуманитарных наук лучше осведомлены в области репродуктивного здоровья и в вопросах его укрепления, чем представители факультетов естественных наук. Кроме того, студенты гуманитарных наук ответственней подходят к вопросам репродуктивного здоровья, чем студенты точных наук: чаще наблюдаются у врачей (еще чаще у врачей, специализация которых напрямую связана с охраной сексуального здоровья).

Стоит отметить общую низкую информированность опрошенных студентов о репродуктивном здоровье в целом. Только небольшая часть респондентов вообще понимают суть этого термина. Согласно результатам исследования, преобладающее число студентов обеих групп (56% – в первой, 43% – во второй) считают, что информированность молодежи о репродуктивном здоровье в настоящее время является недостаточной и могла быть лучше.

Список литературы:

1. Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года // Организация Объединенных Наций. - Нью-Йорк, 1995. - С.39.

2. Репродуктивное здоровье населения России // Федеральная служба государственной статистики. – Информационно-издательский центр «Статистика России». 2012. - С.44-46.

УДК 364.3

Зандрарагша Б., Ариунсурэг Ч.
Научные руководители: Дашдулам Ц., Туул Б., Ням-Очир Д.
Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ В РОДДОМАХ

Zandraaragchaa.B, Ariunsugir.Ch,
Leader lecturer: Dashdulam.Ts, Tuul.B. Nyam-Ochir.G
Mongolian National University of Medical Sciences, Mongolia

SATISFACTION OF MATERNITY HOUSE INPATIENT CARE

Introduction: *Medical care and services development policy is aimed to provide every citizen with timely, safely, risk-free modern medical care and services. Therefore the study is aimed to determine satisfaction of maternity house inpatient satisfaction and hospital staff relationship and attitudes, and reveal challenges its facing. This study is covered 146 inpatients from HCMCH, Urgoo and Khuree maternity house. 16.1% of surveilants came from rural regions.*

Keywords: *hospital treatment, pregnance, satisfaction*

Satisfation factors of maternity house inpatiens:

1. Quality of care and servies
2. Delay of care and servives
3. Payed services
4. Hospital environment
5. Prepartum care and services
6. Postpartum care and services
7. Hospital staff relationship and attitude

Satisfaction of inpatients determined by 7 abovementioned factors for HCMCH was 86.6%, Khuree maternity was 89.1% and 82.8% for Urgoo maternity.

Hospital staff relation ship and attitude factors:

1. Staff politeness
2. Midwives politeness
3. Nurses politeness
4. Hospital staff interest

Purpose: Determine satisfaction of maternity house inpatients.

Survey methodology: Survey is covered 146 cients, who served that day in ambulant clinic of National center of Maternal and child health / NCMCH /, Khuree maternity and Urgoo maternity. 16.1% of surveilants came from rural regions. Satisfaction of inpatients was measured by 4 groups, 26 factors:

Points	Percentage	Value
1-2.5	**0-40.1%**	**Poor**
2.5-3.99	**40.2-63.9%**	**Medium**
4-5	**64.0-100.0%**	**Good**

Results: Prepartum and postpartum care and services was determined by 7 factors, where 86.6% for HCMCH, 82.8% for Urgoo maternity and 89.1% for Khuree maternity. Hospital staff relationship and attitude satisfaction was 82.5% in average and 75.5% for HCMCH, 81.1% for Urgoo maternity and 90.8% for Khuree maternity. Given for every factors midwives relationship and attitude satisfaction was 84.8%, hospita staff interest was 82.8%, nurses relationship and attitude was 78.2%.

Conclusion: Birth care and services satisfaction was 86.2%, hospital staff relationship and attitude was 82%, nurses relationship and attitude was 78%, maternity house inpatients satisfaction was 84%.

УДК 364.044.68

Зарембо А.И.
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, п. Городище, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ СТУДЕНТОВ-ВОЛОНТЕРОВ

В статье рассматриваются вопросы мотивации и мотивационной структуры личности студентов, занимающихся волонтерской деятельностью.

Ключевые слова: *волонтерская деятельность, студенты, мотивация.*

Zarembo A.I.
Republican Scientific and Practical Centre for Medical expertise and rehabilitation», s. Gorodische, Republic of Belarus

FEATURES MOTIVATIONAL STRUCTURE STUDENT VOLUNTEERS

This article discusses the motivation and the motivational structure of personality of students engaged in volunteer activities.

Key words: *volunteering, students, motivation.*

Волонтерская деятельность является широко распространенным феноменом за рубежом и активно развивающимся направлением в Республике Беларусь. В Законе Республики Беларусь «Об основах государственной молодежной политики» были утверждены различные направления, одно из которых значится как содействие развитию и реализации молодежных общественно значимых инициатив [2].

Актуальным направлением волонтерской деятельности в Республике Беларусь является социальное волонтерство, которое ориентировано на оказание помощи и поддержки социально уязвимым категориям населения.

Активное участие в волонтерском движении принимает студенческая молодежь. Студенты с различной специализацией и уровнем профессиональной подготовки становятся активными участниками волонтерской деятельности.

Тот факт, что волонтерская деятельность является альтернативным (или дополнительным) способом решения социально значимых проблем, неоспорим. В этой связи активную и важную роль играет субъект волонтерской деятельности – волонтер, его личностные характеристики и индивидуальные особенности. При изучении волонтерской деятельности как целенаправленной активности важное место отводится мотивации.

С целью изучения мотивации участия студентов в волонтерской деятельности, а также выявления особенностей мотивационной структуры студентов-волонтеров было проведено исследование.

Выборка составила 100 человек в возрасте от 18 до 23 лет, среди них 28 (28,0±4,5%) парней и 72 (72,0±4,5%) девушки. Выборка включала себя 2 группы респондентов – студенты-волонтеры и студенты, не занимающиеся волонтерской деятельностью (по 50 человек в каждой группе).

Таблица 1 – Средние показатели по шкалам методики «Диагностика мотивационной структуры личности» (в баллах).

Группа	Показатель (балл)								
	Жизнеобеспечение	Комфорт	Социальный статус	Общение	Общежитейская направленность	Общая активность	Творческая активность	Социальная полезность	Рабочая направленность
Студенты-волонтеры	12,3	14,8	17,1	19	63,1	16,2	23	18,9	57,9
Студенты, не занимающиеся волонтерской деятельностью	11,4	15,1	16,8	18,7	62	14,8	21,3	16,1	52,4

Следует отметить, что студенты-волонтеры занимались с различными категориями населения, среди которых лица с ограниченными возможностями (в т.ч. дети), дети-сироты, пожилые люди.

При выполнении исследования были использованы такие методы, как анкетирование и тестирование (методика «Диагностика мотивационной структуры личности», В.Э. Мильман, 1990) [1].

По результатам анкетирования студентов-волонтеров было установлено, что опыт их участия в волонтерской деятельности варьирует от нескольких месяцев до более трех лет. Чаще всего мотивами участия студентов в волонтерской деятельности были: новые знания и приобретаемый опыт, возможность оказания помощи, личностный рост и развитие, расширение круга знакомств и общение.

Изучение мотивационной структуры личности студентов-волонтеров показало, что наиболее высокими у данной группы являются такие показатели, как рабочая направленность, а также мотивация на общую и творческую активность, социальную полезность, как видно из таблицы 1.

Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Анализ полученных статистических данных показал следующее:

- различия уровня признака в сравниваемых группах на высоком уровне статистической значимости обнаружены по шкале «социальная полезность» ($U_{эмп} = 870$, $p \leq 0,01$);
- статистически значимые различия обнаружены по шкале «рабочая направленность» ($U_{эмп} = 910,5$, $p \leq 0,05$);
- различия уровня признака в сравниваемых группах на уровне статистической тенденции обнаружены по шкалам: «общая активность» ($U_{эмп} = 979$, $p \leq 0,1$); творческая активность» ($U_{эмп} = 1002$, $p \leq 0,1$).

Статистически достоверные различия по остальным шкалам не были обнаружены.

Таким образом, была изучена мотивация участия студентов в волонтерской деятельности и особенности мотивационной структуры студентов-волонтеров. Анализ степени выраженности того или иного показателя среди студентов-волонтеров и студентов, не занимающихся волонтерской деятельностью, показал, что основные различия представлены по результатам таких шкал, как «общая активность», «творческая активность», «социальная полезность», «рабочая направленность», при этом данные показатели являются наиболее выраженными у группы студентов-волонтеров.

Это свидетельствует о том, что студенты, участвующие в волонтерской деятельности, характеризуются высоким стремлением быть общественно полезными, реализовывать свой потенциал. Так как мотивационные шкалы, отраженные в методике «Мотивационная структура личности», имеют прямое отношение к иерархии потребностей по А. Маслоу – от потребностей «дефицита» к потребностям «роста», то можно утверждать, что у студентов-волонтеров, в отличие от студентов, не занимающихся волонтерской деятельностью, мотивационная структура в большей мере представлена мотивами роста и развития.

Список литературы:

1. Мильман, В.Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / В.Э. Мильман // Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М., 1990. – С.23-43.

2. Об основах государственной молодежной политики: Закон Респ. Беларусь, 7 дек. 2009 г., № 65-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 10.07.2012 г. // Мир права [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pravo.by/world_of_law/text.asp?RN=H10900065. – Дата доступа: 17.03.2016.

УДК 364:442:364.465

Зарубин А. М.

Кабанский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, с. Кабанск, Россия

ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ В КАБАНСКОМ ЦЕНТРЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОСТАВШИМСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей в государственных учреждениях.

Ключевые слова: *дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, социализация, трудная жизненная ситуация, замещающие родители.*

Zarubin A. M.

Kabansk center of a help to children, left without parent, s care, v. Kabansk, Russia

FORMS AND METHODS OF WORKING IN KABANSK CENTER OF A HELP TO CHILDREN, LEFT WITHOUT PARENT,S CARE

This article is devoted to the questions of organization of secial work with children-orphans and with children, left without paret,s care.

Key-words: *orphans and children, left without paret,s care, socialization, difficult life situation, deputy parents.*

Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей – наиболее уязвимая социальная группа. Проблема социализации таких детей во многом ложится на плечи учреждений, где становление личности ребенка происходит под влиянием отношений со взрослыми (воспитателями), с детьми разного возраста, проживающими в учреждении, включения в целую систему коллективов, что обеспечивает развитие социальных чувств, формирование навыков общественного поведения (коллективизм, ответственность за поступки, товарищество, взаимопомощь и др.).

Усилия педагогов и специалистов направлены на социальную адаптацию ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, т.е. на его активное приспособление к принятым в обществе правилам и нормам поведения и на преодоление последствий влияния негативных факторов.

В решении проблемы социализации ребенка в качестве основы рассматриваем, прежде всего, его проживание и воспитание в семье. Это дает ребенку перенять социальный опыт родителей.

Большое значение в Кабанском центре помощи детям, оставшимся без попечения родителей уделяется деятельности службы сопровождения замещающих семей, основной задачей которой является жизнеустройство воспитанников Центра, подбор и подготовка кандидатов в замещающие родители.

За 5 лет данной деятельности службой переданы в замещающие семьи 46 воспитанников (в 2011 г. – 5; в 2012 г. – 7; в 2013 г. – 8; в 2014 г. – 7; в 2015 г. – 8; в 2016 г. – 11 человек). Таким образом прослеживается тенденция к увеличению семейного устройства детей-сирот.

Учитывая низкий уровень социальной компетентности, свойственный воспитанникам центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей, у детей снижается возможность усвоения принятой системы ценностей, норм, знаний и представлений. Поэтому важна подготовка воспитанников к самостоятельной жизни. Такую подготовку, для тех, кто не попал в семью, возможно, обеспечить, организуя психолого-педагогическое сопровождение.

Основные формы организации психологической составляющей – диагностические исследования и коррекционные занятия. В нашем учреждении проводятся тренинговые занятия по программе «Профилактика агрессии в подростковой среде», практические упражнения по снижению агрессивности. Динамика результативности по данному параметру пока нестабильная. Проведена диагностика выявления уровня тревожности, которая выявила 3-х детей из 25 с высоким уровнем тревожности. Дети прошли реабилитацию в Реабилитационном центре «Светлый», с ними проведен цикл коррекционных занятий в учреждении. В данное время у детей снижен уровень тревожности, но они под постоянным наблюдением психолога и педагогов. Положительная динамика в формировании адекватной самооценки. Своевременная диагностическая деятельность выявила проблемное состояние воспитанников по уровню самооценки и умению оценивать других. Организованы психологические тренинги, арт-терапия, сказкотерапия, рисуночные методики. Все это создает качественные условия для формирования социализации воспитанников.

Формы работы с воспитанниками Центра направлены на организацию досуговой деятельности: Кружковая работа, направленная на подготовку детей к будущей самостоятельной жизни. Данная работа заключается в передачи детям навыков самообслуживания, приготовления пищи, уборки, стирки, работе на приусадебном участке, ведения домашнего бюджета. Дети активно включены в трудовую деятельность, в процесс формирования основных житейских умений и навыков, освоение бытового труда. С удовольствием варят, пекут, гладят, некоторые любят постирать и вручную. Дети школьного возраста умеют самостоятельно приготовить себе еду, знают, какой набор продуктов необходим для приготовления определенного блюда. Умеют пользоваться электропечью, стиральной машиной, швейной машиной, утюгом. Умеют ухаживать за одеждой, за жилищем, за растениями. Умеют ухаживать за своим здоровьем. Учатся ухаживать за растениями и огородом в летний период.

Дополнительное образование направлено на освоения воспитанниками дополнительных образовательных дисциплин и развитию их творческого потенциала. Из 25 воспитанников 5 мальчиков в возрасте от 12 до 16 лет посещают секцию борьбы и самбо, 6 ребят в возрасте от 8 до 13 лет посещают кружок рисования, их работы участвуют в районных и республиканских выставках, 4 девочки старшей группы посещают кружок парикмахера, 5 человек в возрасте от 10 до 14 лет систематически занимаются футболам и хоккеем, 2 из них входят в сборную команду с. Кабанск по этим видам спорта, 2 воспитанников 7 и 9 лет посещают секцию настольного тенниса. 3 воспитанника дошкольного возраста осваивают образовательные программы на базе детского сада № 15 с. Кабанск. Профориентационные экскурсии на предприятия района: Селенгинский целлюлозно-картонный комбинат, Тюмлюйский цементный завод, Большереческий рыборазводный завод, предприятия по изготовлению мебели и др. помогают нашим воспитанникам подробно ознакомиться с деятельностью данных учреждений и рабочими профессиями. Туристская деятельность, подразумевает организацию спортивных походов и знакомство с природой родного края. 9 наших воспитанников в 2015 году участвовали в переходе до Шумакских источников, покоряли вершины хребта Восточный Саян: г. Мунку-Сардык высота 3491 м., пик Балданова – 2861 м. В 2016 году совместно с детьми из замещающих семей и воспитанниками Центра организован пеший переход по побережью оз. Байкал общее количество детей – 16 человек. В выходные и праздничные дни организованы выезды в кинотеатр и бассейн п. Селенгинск.

Описанная выше работа, направленная на формирование практических навыков, которые помогут подростку почувствовать и ощутить в реальной жизни свою умелость, способность выполнять значимые для него и для других действия. Это чувство умелости у многих подростков активизирует постижение ценностей и смыслов жизни, что на новом возрастном этапе приведет к развитию, причем развитию оптимальному, своих профессиональных навыков, а в дальнейшем – навыков воспитания собственных детей.

Список литературы:

1. Богданова А.С., Шурыгина Ю.Ю. О деятельности Еравнинского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних по результатам независимой экспертизы // Технологии социальной работы с различными группами населения: сборник научных статей IV Международной науч.-практ. интернет конф. / Забайкальский гос. ун-т – Чита, 2014. – С. 31-33.
2. Пронина А.Н. Характеристика переживаний детей-сирот в целостном процессе социализации-индивидуализации // Сибирский психологический журнал. 2010. № 38. С. 54-59.

УДК 614.876

Захариев В.С., Христов Н.М.
Медицинский университет - София, г. София, Болгария

ОРГАНИЗАЦИОННИ АСПЕКТИ НА МЕДИЦИНСКОТО ОСИГУРЯВАНЕ ПРИ РАДИОЛОГИЧЕН ТЕРОРИЗЪМ

Борбата срещу тероризма е един от най-актуалните и важни проблеми в наши дни, като особена тревога буди нарастващата опасност от радиологичен тероризъм. Създаването на изключително тежка обща и медицинска обстановка при радиологичен тероризъм налага нов съвременен подход в организацията на медицинското осигуряване на населението. Предлагат се конкретни мерки за подобряване на организацията и качеството на медицинската помощ при радиационна аварийна ситуация, като са ползвани препоръките на водещите международни организации.

Ключевые слова: *радиационна аварийна ситуация, радиологичен тероризъм, медицинско осигуряване.*

Zahariev V.S., Hristov N.M.
Medical University - Sofia, Sofia, Bulgaria

ORGANIZATIONAL ASPECTS OF THE MEDICAL PROVISION IN RADIOLOGICAL TERRORISM

Fight against terrorism is one of the leading themes these days and the increasing danger of radiological terrorism poses a unique threat. The grave general and medical situation in case of radiological terrorism requires new approaches in the organization of medical provi-

sion. We offer specific steps to the improvement of medical provision in radiation accidents based on the recommendations of leading international organizations in the field.

Key words: *radiation accidents, radiological terrorism, medical provision.*

Международната агенция за атомна енергия алармира за непрекъснато увеличаване броя на радиационните увреждания през последните години, като особено внимание се обръща на нарастващата опасност от радиологичен тероризъм. Най-вероятен е сценария за разпръскване на радиоактивен материал (мръсна бомба) в централната част на голям град [3, 16, 22, 24, 26, 28]. Ако се изключат ядрените боеприпаси, то всички останали възможности за използване на източници на йонизиращи лъчения (ИЙЛ) няма да доведат до възникването на голям брой тежко пострадали хора (както при използване на класически взривни материали), тъй като при по-малки дози йонизираща радиация, риска е свързан основно със стохастичните ефекти. От друга страна обаче, поради съществуващата в населението радиофобия, използването на ИЙЛ би предизвикало много силен психологичен ефект, което всъщност е и една от основните цели на тероризма – създаване на паника сред населението и недоверие към официалните власти, както и възможността им да гарантират сигурността и нормалното функциониране на държавата. Според Реймон Арон „едно насилствено действие се нарича терористично, когато физическите резултати са в пълна диспропорция с психологическите" [27]. Усилването на ефектите – страх от тероризма и страх от радиацията прави възможността за реализиране на радиологичен тероризъм много голяма [2, 4, 8, 20]. Радиологичният терористичен акт може да бъде определен като авария, която обаче е преднамерено и съзнателно предизвикана. Това означава, че при медицинското осигуряване на населението задължително трябва да се ползва опита натрупан от предходни аварийни ситуации. По този начин може да бъдат изяснени здравните ефекти за населението и дейностите по медицинското осигуряване [1, 7, 15, 18, 20, 28]. Медицинското осигуряване на населението при радиологичен тероризъм може да се раздели в три основни направления: планиране и подготовка за действие, оказване на първа медицинска помощ на мястото на инцидента и медицинска помощ извън мястото на инцидента [10, 17, 19, 20, 21, 28]. Опитът на специалистите в света при ликвидиране на последствията от терористични актове, показва необходимостта от получаване на превантивна информация за терористични действия по линията на всички специални служби и предварително планиране на мероприятията провеждани след терористичен акт [6, 11, 17, 20, 28]. Превантивните мерки срещу тероризма включват: компютърна и физическа охрана на обектите; наблюдение и локализация на криминалния контингент в района; полицейски патрули; координация между оперативния и обслужващия персонал; съгласуване на действията с местните, областните и държавните силови структури, чрез които се получават данни от разузнаването. Ключов момент в планирането на спасителните мероприятия е изграждането на единен координационен (кризисен) център с участието на всички агенции и ведомства имащи отношение към ликвидирането на последствията от акт на тероризъм. За реализиране на ефективни спасителни мероприятия е необходимо координираното участие на Полиция, Пожарна безопасност и защита на населението, Транспортни агенции, Центрове за спешна медицинска помощ, Червен кръст, доброволни отряди и др. След анализ на препоръките на IAEA, WHO, ICRP, NCRP и REAC относно организацията на аварийното реагиране, формулирахме следните основни параметри, които трябва да включва медицинско осигуряване на населението при радиологичен тероризъм [10, 11, 12, 14, 17, 19, 20, 28, 30]: първа помощ и взаимопомощ на пострадалите на мястото на инцидента; разкриване на приемно-сортировъчно отделение, където да се проведе първична сортировка на пострадалите по предварително разработени критерии и алгоритъм на действие, и етапна евакуация за оказване на квалифицирана медицинска помощ; оказване на спешна медицинска помощ на всички нуждаещи се, осигуряване на лечение както за радиационните увреждания така и за останалите поражения; провеждане на деконтаминационни процедури; регистрация на всички засегнати лица с последващ анализ на пораженията и осигуряване на дълготрайно медицинско наблюдение; осигуряване на психологическа помощ на пострадалите, техните семейства и членовете на екипите за аварийно реагиране; прилагане от здравните власти на подходящи защитни мерки за населението; рискова комуникация, уведомяване на обществеността, съвети и препоръки за поведение. Въпросите за медицинското осигуряване и особено задачите и отговорностите на доболничната помощ трябва да са ясно и точно дефинирани [11, 17, 29, 31]. Основният принцип при изграждането на организацията на радиологичната помощ е създадената структура максимално да се базира на съществуващата здравна система. [5, 11, 14, 17, 20, 28]. В тази функционална радиологична система в лечебно-профилактичните заведения трябва да намерят съответно място и съществуващите отделения по лъчелечение и изотопна диагностика[11, 17, 25, 32]. От станалите до момента радиационни инциденти е видно, че много често на пострадалите се оказва първа помощ именно от лекарите в доболничната помощ. Те трябва да са в състояние да направят първична диагностика, да провеждат начално лечение на пострадалите и да вземат определени административни мерки, ако това е необходимо [13, 31]. Участието на лекарите от доболничната помощ в случай на радиационен инцидент може да се осъществи по различни начини**:** предварително лечение в случай на радиационен инцидент, когато той е единствения възможен лекар; оказване на помощ на специализираните радиологични екипи в случай на инцидент; оказване на помощ в случай на обикновен инцидент, когато впоследствие се установява възможността за въздействието на радиационен фактор; даване консултации на пациенти, които се страхуват от появата на евентуални радиационни ефекти, породени от намиращи се в близост ядрени съоръжения; обръщане внимание на съмнителни клинични симптоми, които може да имат радиационен произход. През последните години водещи международни организации занимаващи се с разработване на контрамерки за справяне с радиационни инциденти, оценяват постигнатото до момента в световен мащаб и формулират приоритетните научни области, като ги разделят на четири степени: висш приоритет, висок, умерен и нисък [23, 28]. Като висш приоритет са посочени: разработването на радиопротектори, автоматизиране на биодозиметричните изследвания и др. Дейности с висок приоритет са: създаване на база от инструкции и алгоритми за действие при поражения предизвикани от йонизиращата радиация, като особено внимание се обръща на въпросите на превенцията, диагностиката и терапията на радиационното увреждане'; разработване на система за обучение, тренировка и оценка на възможностите на аварийните екипи и медицинските специалисти за действие при радиационни инциденти; разработване на система и критерии за продължително медицинско проследяване на пострадалите също се определя като високо приоритетна.

Список литературы:

1. Albert L. W., „REAC/TS, Radiation Emergency Response & Training Capabilities", ASTRO Refresher Course, November 7, 2006

2. Blumenthal D. J., Bader J. L., Christensen D., Koerner J., Cuellar J., Hinds S., Crapo J., Glassman E., Potter A. B., Singletary L., A sustainable training strategy for improving health care following a catastrophic radiological or nuclear incident, Prehospital and Disaster Medicine, Feb 2014

3. Bui E., Joseph B., Rhee P., Diven C., Pandit V., Brown C.V., Contemporary management of radiation exposure and injury, Journal of Trauma and Acute Care Surgery, Sep 2014

4. Bunn, Matthew, and Yuri Morozov, Rolf Mowatt-Larrsen, Simon Saradzhyan, William Tobey, Viktor I. Yesin, and Pavel S. Zolotarev, The U.S.-Russia Joint Threat Assessment of Nuclear Terrorism, Cambridge, Mass., Report for Belfer Center for Science and International Affairs, Harvard Kennedy School, Institute for U.S. and Canadian Studies, June 6, 2011

5. Bushberg J.T., Kroger L.A., Hartman M.B., et al., Nuclear/radiological terrorism: Emergency department management of radiation casualties, J Emerg Med, 2007

6. Centers for Disease Control and Prevention, CDC Grand Rounds: radiological and nuclear preparedness, MMWR, 2010

7. Christensen D. M., Iddins C. J., Sugarman S. L., Ionizing radiation injuries and illnesses, Emergency Medicine Clinics of North America, Feb 2014

8. Daniel Dodgen, Ann E. Norwood, Steven M. Becker, Jon T. Perez, and Cynthia K. Hansen, Social, Psychological, and Behavioral Responses to a Nuclear Detonation in a US City: Implications for Health Care Planning and Delivery, Disaster Med Public Health Preparedness, 2011

9. Development of an extended framework for emergency response criteria. TECDOC-1432, International Atomic Energy Agency, Vienna, January 2005

10. Gussev I.A, Gusskova A.K., Mettler F.A. (eds), Medical Management of Radiation Accident. 2nd ed. Roca Ralton. Fla. CRC Press., 2001

11. IAEA and WHO, Generic procedures for medical response during a nuclear or radiological emergency, Vienna, EPR-MEDICAL, 2005
12. IAEA and WHO, Diagnosis and Treatment of Radiation Injuries, Safety Reports Series No.2, Vienna, 1998
13. IAEA, Convention on Early Notification of a Nuclear Accident, and Convention on Assistance in the Case of a Nuclear Accident or Radiological Emergency, Legal Series No.14, Vienna, 2005
14. IAEA, Development of an extended framework for emergency response criteria, TECDOC-1432, January 2005
15. IAEA, Dosimetric and medical aspects of the radiological accident in Goiania in 1987, IAEA-TECDOC-1009, Vienna, 1998
16. IAEA, Generic procedures for assessment and response during a radiological emergency, Vienna, 2000
17. IAEA, Manual for first responders to a radiological emergency, EPR-FIRST RESPONDERS, 2006
18. IAEA, The radiological accident in Goiania, STI/PUB/815, Vienna, 1988
19. ICRP, Principles for intervention for protection of the public in a radiological emergency, ICRP Publication 63, Ann. ICRP 22(4), 1991
20. ICRP, Protecting People against Radiation Exposure in the Event of a Radiological Attac, ICRP Publication 96, 2005
21. Meineke V., van Beuningen D., Sohns T., Fliedner T.M., Medical management principles for radiation accidents, Mil Med.;168, 2003
22. Nuclear Terrorism: Providing Medical Care and Meeting Basic Needs in the Aftermath – The Federal Response, June 26, 2008
23. Pellmar T.C., Rockwell S., Radiological/Nuclear Threat Countermeasures Working Group, Priority list of research areas for radiological nuclear threat countermeasures, Rad.Res, 2005
24. Pham M. H., Yu C., Rusch M. , Holloway C. , Chang E., Apuzzo M. L., Evolving societal risks and necessary precautions in the age of nuclear power and therapeutic radiation: an American perspective, World Neurosurgery, Dec 2014
25. Preparedness, Armed Forces Radiobiology Research Institute, ASTRO, November 2006
26. Radiological Terrorism, P. Andrew Karam, Department of Biological Sciences, Rochester Institute of Technology, 2005
27. Raymond Aron, Démocratie et totalitarisme, Gallimard, Paris, 1965
28. Responding to a Radiological or Nuclear Terrorism Incident: A Guide for Decision Makers, NCRP Report No. 165, 2010
29. Subbarao I., Bond W.F., Johnson C., et al., Using innovative simulation modalities for civilian-based, chemical, biological, radiological, nuclear, and explosive training in the acute management of terrorist victims: A pilot study. Prehospital Disaster Med; 21(4), 2006
30. The Medical Aspects of Radiation Incidents, Radiation Emergency Assistance Center/Training Site (REAC/TS), 2011
31. What the General Practitioner (MD) Should Know About Medical Handling of Overexposed Individuals, IAEA-TECDOC-366, International Atomic Energy Agency, Vienna, 1986
32. William Dickerson, The Role of Radiation Oncologists in Radiation Emergency, Armed Forces Radiobiology Research Institute, 2006

УДК 364 (082)

Званец М.М., Максимова М.Н.
Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Казань, Россия

РАЗВИТИЕ ПРИНЦИПА АДРЕСНОСТИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

В тезисах представлен анализ основных направлений оказания адресных мер социальной защиты, социальной поддержки населения в Республике Татарстан, в том числе на основе социального контракта.

***Ключевые слова**: адресность, социальная поддержка, социальная помощь, социальный контракт, социальная защита.*

M.M. Zvanets, M.N. Maximova
Kazan State Medical University of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia

ARGETING DEVELOPMENT PRINCIPLES IN PROVIDING SERVICES SOCIAL SECURITY

The thesis presents an analysis of the basic directions of the provision of targeted social protection measures and social support of the population in the Republic of Tatarstan, including on the basis of the social contract.

***Key words**: targeting, social support, social aid, the social contract, social protection.*

Принцип адресности – наиболее актуальное направление в совершенствовании организации социальной защиты населения. Принцип уточняет, что социальная помощь должна оказываться тем лицам, которые истинно нуждаются в ней. Более 50% социальных выплат транслируется не нуждающимся в поддержке, и наоборот, менее 50% нуждающихся получают такие выплаты [2]. Адресный подход в той или иной степени реализуется во всех моделях социальной политики даже, несмотря на ту критику, которой он подвергается сторонниками принципа универсальности социальной помощи [3].

Адресная государственная социальная поддержка, в том числе на основании социального контракта, предоставляется малоимущим семьям или малоимущим одиноко проживающим гражданам, которые оказались в трудной жизненной ситуации, и по независящим от них причинам имеют среднедушевой доход семьи ниже величины прожиточного минимума в расчете на душу населения. Это ежемесячное социальное пособие и (или) единовременное социальное пособие; социальное пособие на оплату технических средств социальной реабилитации; обеспечение бесплатными продуктами питания детей первых двух лет жизни; оказание единовременной материальной помощи получателям пенсии в управлении по труду, занятости и социальной защиты и др. [4].

Система социальных выплат Республики Татарстан (РТ) включает 30 видов федеральных и 49 видов республиканских мер. Общее число получателей по состоянию на 31.12.2015 г. составило 1,74 млн. чел., по сравнению с 2011 г. – рост на 27%.

Меры социальной поддержки в РТ на 31.12.2015 по категориальному принципу получают: пенсионеры (514952 чел.); «федеральные льготники» (322500 чел.); ветераны труда (231416 чел.); получатели компенсации части родительской платы за ДДУ (144556 чел.); получатели субсидии на оплату ЖКУ (121436 чел.); граждане, получающие целевую субсидию «Таттеплосбыт» (100307 чел.); получатели пособия на ребенка с доходом ниже ПМ (89414 чел.); дети из многодетных семей (80884 чел.); иные (76030 чел.); отдельные категории сельской местности (21892 чел.); граждане получающие пособие по уходу до 1,5 лет (19246 чел.); дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей (4778 чел.); граждане награжденные наградами РТ (3685 чел.); труженики тыла (3628 чел.); реабилитированные и граждане, пострадавшие от политических репрессий (1999 чел.); получатели пособий на ребенка военнослужащего срочной службы (102 чел.) [6].

Объемы финансирования социальных мер увеличились в 1,6 раза – с 9,4 млрд. руб. в 2011 г. до 14,7 млрд. руб. в 2015 г., в том числе за счет: федерального бюджета – 4084 млн. руб.; республиканского бюджета – 9880 млн. руб.; бюджета муниципальных образований – 742 млн. руб.

В 2012 г. начата РТ работа по внедрению социального контракта, как наиболее эффективного механизма повышения уровня социальной защищенности малообеспеченных семей. На конец 2015 г. заключено 574 социальных контрактов. Доля граждан, получивших государственную социальную помощь на основании социального контракта, в общей численности получателей государственной социальной помощи (15790 человек) составляет 9,14% или 1457 человек (план к 2030 г. – 20%).

Одно из направлений адресности – обеспечение граждан техническими средствами реабилитации. На это из федерального бюджета направлены максимальные за последние 5 лет объемы финансирования – 789,7 млн. руб. Это позволило обеспечить техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями 80102 человек. Еще 6228 гражданам выплачена компенсация за самостоятельно приобретенные изделия на сумму 45 млн. рублей [6].

Важным направлением адресном применении ресурсов в Республике Татарстан является поддержка семей с детьми. 20% получателей мер социальной поддержки – это семьи, воспитывающие несовершеннолетних детей, получающие: – компенсацию за посещение детских садов – 144 556 получателей; – пособие на ребенка – 89 414 получателей; – выплаты многодетным семьям и сиротам – 85 662 получателя; – пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет – 19 246 получателей. Сумма выплат, направленных на поддержку семей с детьми, в 2015 году составила 3 886,9 млн. рублей или 26,4% от общего объема финансирования мер социальной поддержки [6].

Чтобы пресечь попытки получить пособие необоснованно, в РТ начали учитывать условный размер дохода индивидуального предпринимателя, даже если в налоговую пришла нулевая отчётность. Он равен размеру среднедушевого денежного дохода по муниципалитету, но не больше, чем в целом по РТ — 31391,3 рублей в 2015 году.

Это не последние изменения, т.к. к 2020 г. в РФ адресность мер соцзащиты должны повысить до 70−80%. А в РТ в 2015 г. этот показатель составлял на 68% [1].

В январе-феврале 2016 г. проведённый анализ семей с целью изучения условий их проживания, выявления задолженностей за коммунальные услуги, анализа противопожарной ситуации, позволил 51,3% семей, имеющих задолженность, подключить услугу «Автоплатеж», 35,7% семей – заключить соглашение по реструктуризации долгов по отоплению, 31,3% – по электроснабжению; решены все вопросы, связанные с восстановление электроснабжения. Еженедельно проводится мониторинг данной ситуации. Пролечено от алкоголизма 807 родителей (59,1% из числа нуждающихся (1365 чел.); 229 человек трудоустроено, 172 человека поставлены на учет в центр занятости (73,3% от числа нуждающихся (547 чел.) [5].

В результате предоставления гражданам субсидий на оплату ЖКУ средний размер собственного платежа за жилищно-коммунальные услуги семьи, получающей субсидии, в 2015 году составил 2 112,1 рублей или 8,72% от среднего дохода семьи (при максимальном пороговом значении в РФ – 22%) [6].

В тоже время существует мнение, что использование принципа адресности является не самым лучшим нововведением в сфере социальной защиты. Опрос пожилых показал, что зависимость с 2015 г. бесплатного социального обслуживания на дому от доходов, сократила их возможность получать социальные услуги. Субсидии на ЖКУ для инвалидов, семей с детьми-инвалидами и чернобыльцев привязали к нормативам потребления, а ветеранов труда, получившим это право после 1.01.2016 г., с доходами от 20 тысяч рублей их и вовсе лишили [6].

Такой же порог «богатства» установили и для пенсионеров. Получаете больше? Доплатите около 35% за проездной. По подсчётам «АиФ-Казань», в 2016 г. на льготах по оплате телефона бюджет РТ может сэкономить около 135 тыс. руб. в месяц, на льготном проезде - около 20,3 млн. руб., на субсидиях на ЖКУ - 22,7 млн. руб. [1].

Таким образом, адресность предоставления в РТ мер социальной поддержки постоянно растёт, но не такими активными темпами. Так, если на 01.01.2015 г. 11 адресных мер получали 365,7 тыс. чел. (21,5%) (для сравнения 67 категорий; 1,333 млн. чел. (78,5%)), то на 01.01.2016 г. 15 адресных мер получали 891,7 тыс. чел. (51,3%) (для сравнения 64 категории; 845,1 млн. чел. (48,7%) [6].

Итак, в социальной защите идет разработка новых адресных программ, которые помогут ускорить и улучшить работу социальных служб по данному направлению.

Список литературы:

1. АиФ Казань [Электронный ресурс] URL: https://news.mail.ru/society/. (Дата обращения: 07.11.2016).
2. Дворецкая А.Е. Среднесрочные перспективы бюджета РФ // ЭКО. 2016. № 8. С. 104–119.
3. Карпикова И.С. Адресность социальной защиты населения: необходимость и проблемы ее внедрения // Известия Иркутской государственной экономической академии. 2007. № 6. С. 125–127.
4. Социальная защита [Электронный ресурс] URL: http:www.soc-education.ru (Дата обращения: 07.11.2016).
5. Зарипова Э.А. Система социального обслуживания в Республике Татарстан на современном этапе / Э.А. Зарипова // Социальная работа. 2016. № 7. С. 32–37.
6. Министерство труда занятости и социальной защиты Республики Татарстан – официальный сайт [Электрон. ресурс] URL: http:mtsz.tatarstan.ru. (Дата обращения: 07.11.2016).

УДК 364–785. 14–053.9

Зиннурова А.Ф., Максимова М.Н.
Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Казань, Россия

ОСОБЕННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ

Статья посвящена изучению и исследованию особенностей применения технологии социальной адаптации на примере ГАУСО «Верхнеуслонский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

Ключевые слова: *технологии социального обслуживания, социальная адаптация, граждане пожилого возраста, дом-интернат.*

Zinnurova A. F., Maksimova M. N.
Kazan state medical University, Kazan, Russia

FEATURE APPLYING THE TECHNOLOGY OF SOCIAL ADAPTATION OF THE ELDERLY IN NURSING HOMES

The article is devoted to the study and research of features of application of technologies of social adaptation on the example of GAUSO "Verkhneuslonsky orphanage for elderly and disabled".

Key words: *technologies of social service, social adaptation, senior citizens, orphanage.*

Актуальность темы обусловлена тем, что технологии социального обслуживания пожилых граждан играют основную роль в социальной защите, социальном обслуживании пожилых граждан, направлены на удовлетворение их базовых потребностей.

Объект исследования: граждане пожилого возраста. Предмет исследования: технология социальной адаптации граждан пожилого возраста, проживающих в «Верхнеуслонском доме-интернате для престарелых и инвалидов» (ГАУСО). Цель исследования: изучить особенность применения технологии социальной адаптации гражданам пожилого возраста, проживающим в ГАУСО. Основные задачи исследования: 1) определение степени адаптации пожилых людей в учреждении; 2) изучение взаимоотношения персонала и пожилых граждан; 3) выявление степени удовлетворенности учреждением.

Социальная адаптация – это «процесс приспособления человека к социальным условиям его существования, к конкретной социальной ситуации» [2]. Социальная адаптация пожилых людей это «… то, как старые люди, получившие новые качества в силу возраста, приспосабливаются к обществу, и как общество приспосабливает старых людей к себе» [1].

ГАУСО «Верхнеуслонский дом-интернат для престарелых и инвалидов» является учреждением социального стационарного обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Верхнеуслонского муниципального района Республики Татарстан. В настоящее время в ГАУСО проживает 62 человека: 26 мужчин и 36 женщин.

«Дом-интернат в жизни каждого его обитателя значит нечто большее, чем крыша над головой. Это уклад жизни, традиции и привычки. Это события, встречи, которые наполняют человека впечатлениями. И жизненно важно, чтобы он стал миром, где каждому жильцу тепло, уютно, радостно» – говорит директор ГАУСО Серебрякова Элеонора Яковлевна.

В ГАУСО успешно реализуется технология социальной адаптации пожилых граждан.

При поступлении в дом-интернат, изменяется привычная жизнь пожилого гражданина. Именно этот момент является критическим в жизни каждого престарелого. Процесс адаптации к новым условиям происходит очень болезненно и у каждого индивидуально, поэтому задачей работников является создание благоприятных условий для проживающих в учреждении, которые позволяют менее

болезненно привыкнуть к новым условиям проживания, освоиться в новой среде, завести знакомых и активно участвовать в жизни учреждения.

Пожилых граждан, проживающих в доме-интернате, попросили ответить на вопросы анкеты, состоящей из 24 вопросов. Для сравнения результатов исследования, данная анкета была отправлена также в ГБУ «Кайбицкий дом-интернат для престарелых и инвалидов» (ГБУ) МТЗ и СЗ РТ (25 проживающих) и ГАУСО «Тетюшский дом-интернат для престарелых и инвалидов» (ГАУСО) (45 проживающих).

В ходе исследования участие приняло 75 человек. Из них находятся в исследуемых учреждениях впервые – 59 человек (78%); повторно – 16 человек (22%). В Верхнеуслонском доме-интернате – 72% (18 человек) из 100% находятся в Верхнеуслонский дом-интернат впервые, оставшиеся 28% (7 человек) пребывают в данном учреждении повторно; в ГБУ – 88% (22 человека) находятся впервые, 12% (3 человека) – повторно; ГАУСО «Тетюшский дом-интернат» – 76% (19 человек) – впервые, 24% (6 человек) – повторно.

У 48 человек (64%) процесс адаптации происходит болезненно, т.е. они тяжело привыкают к новой обстановке, плохо находят общий с язык с коллективом. В Верхнеуслонском доме-интернате – это 44% пожилых граждан (11 человек); ГБУ– 72% (18 человек); ГАУСО– 76% (19 человек).

Одна из важнейших составляющих в адаптации – коммуникативное общение. Исследование показало: 75% (56 человек) пожилых общаются как с персоналом учреждения, так и с другими проживающими в данном учреждении. И только 24% (6 человек) имеют узкий круг общения В Верхнеуслонском доме-интернате – 76% (19 человек), ГБУ – 80% (20 человек), ГАУСО – 68% (17 человек)– общаются как с персоналом учреждения, так и с другими проживающими. Имеют узкий круг общения: Верхнеуслонский дом-интернат – 24% (6 человек), ГБУ 20% (5 человек), ГАУСО 32% (8 человек).

Исследование позволило сделать следующие выводы: 1) социальная адаптация пожилых людей в стационарном учреждении имеет положительный результат – удовлетворяются основные потребности пожилых граждан; 2) создаются все более благоприятные условия для достойного проживания пожилых граждан в доме-интернате; 3) руководитель и персонал учреждения делают все возможное, чтобы проживающие в доме-интернате чувствовали себя комфортно и уютно.

Список литературы:

1. Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии / М.Д. Александрова. – СПб.: ЛИТЕРА, 2014. – 284 с.
2. Холостова Е.И.Технология социальной работы: Учебник для бакалавров / Е.И. Холостова, Л.И. Кононова. – М.: ЮРАЙТ, 2014 – 497 с.

УДК 364.2

Злоказов А.В.
Министерство социальной политики Свердловской области, г. Екатеринбург, Россия
Онохова Т.С.
Государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», Екатеринбург, Россия

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ БАЗЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В статье обоснована необходимость совершенствования нормативных правовых актов в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в сфере формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на основе межведомственного взаимодействия.

Ключевые слова: *комплексная система реабилитации и абилитации инвалидов, нормативные правовые акты.*

Zlokasov A.V.
Ministry of Social Policy of the Sverdlovsk region, Ekaterinburg, Russia
Onohova T.S.
"Regional Rehabilitation Centre for Disability ",Yekaterinburg, Russia

PROBLEMS OF IMPROVEMENT OF NORMATIVE LEGAL BASE OF FORMATION OF REGIONAL SYSTEM OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES

In the article the necessity of improvement of normative legal acts in the field of complex rehabilitation and habilitation of persons with disabilities in the sphere of formation of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities on the basis of interdepartmental interaction.

Key words: *integrated system of rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, regulations.*

Необходимость глубокого анализа нормативных правовых актов Российской Федерации и Свердловской области вызвана тем, что в настоящее время в соответствии с Подпрограммой 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2020 г.г. [1] в Свердловской области формируется региональная система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов. В настоящее время Министерством социальной политики подготовлен реестр федеральных и региональных нормативных правовых актов, содержащий перечень более 200 документов федерального и регионального уровня, 36 государственных и национальных стандартов с краткой аннотацией. Формирование данного реестра позволило проанализировать существующую нормативную базу, обобщить имеющиеся нормативные правовые акты по организации межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов, выявить существующие проблемы, препятствующие формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, предложить направления и пути совершенствования нормативно-правового регулирования и методического обеспечения межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в регионе.

Государственная политика в области реабилитации инвалидов реализуется в соответствии с нормами международного законодательства, а также положениями федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Большое значение в формировании и реализации государственной политики в области реабилитации инвалидов имела ратификация Российской Федерацией Конвенции о правах инвалидов, что потребовало внесения изменений во многие законодательные и иные нормативные правовые акты.

Одним из инструментов реализации государственной политики в области реабилитации инвалидов являются целевые программы, разрабатываемые как в целом по Российской Федерации, так и в субъектах Российской Федерации. Осуществление мероприятий, предусмотренных этими программами в 2000 - 2014 годах, позволило отработать и внедрить правовые, организационные, методические подходы к реабилитации инвалидов, заложить основы формирования отечественной индустрии по производству технических средств реабилитации инвалидов.

Среди значительного числа нормативных актов в области социальной защиты и реабилитации инвалидов особое место занимает та часть, которая регулирует вопросы, связанные с формированием и реализацией индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов (далее - ИПРА). В то же время наличие такой группы нормативных актов не исключает, а наоборот, предполагает возможность использования отдельных положений других норм права в этой области, влияющих на определение содержания ИПРА и на процесс ее реализации. Эти нормативные акты регламентируют не только и не столько вопросы, связанные с ИПРА, а в основном другие отношения, касающиеся, например, образования, здравоохранения, социального обслуживания, труда и т.д. В указанных нормативных актах, в частности, затрагиваются вопросы организации трудоустройства инвалидов; создания для них специальных рабочих мест; установления квот при приеме инвалидов на работу; условий труда инвалидов; организации специальных образовательных учре-

ждений для инвалидов; создания инженерной и транспортной инфраструктуры, учитывающей потребность инвалидов; социального обслуживания инвалидов и т.д.

Правовые основы реабилитации и абилитации инвалидов представляют из себя совокупность источников, содержащих нормы права, регулирующие те или иные вопросы именно в этой области общественных отношений. По своей юридической силе эти источники подразделяются на Законы, постановления Правительства, ведомственные нормативные акты. Деятельность в сфере реабилитации инвалидов в России регламентируется в рамках международных соглашений, а также национального законодательства и иных нормативных правовых актов Российской Федерации (указы Президента Российской Федерации, законы Российской Федерации, федеральные законы, постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации, ведомственные акты федеральных органов исполнительной власти). Основополагающим документом, определяющим политику Российской Федерации в сфере реабилитации инвалидов, является Федеральный закон от 24 ноября 1995г. N 181- ФЗ (ред. от 29.06.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее - Закон). Закон определяет понятие реабилитации инвалидов, ее цели, основные направления, требования к организациям, осуществляющим реабилитацию инвалидов. Законом установлено, что реабилитация инвалидов представляет собой «систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности», направленные на «устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество» [4].

Приводимое определение содержит два принципиально важных положения. Во-первых, процесс и цель реабилитации в соответствии с Законом ограничиваются лишь восстановлением способностей инвалидов. Между тем согласно Конвенции о правах инвалидов (принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г.), ратифицированной Российской Федерацией, реабилитация призвана «наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения, и вовлечения во все аспекты жизни» [2]. Подобный подход отражен в «Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов» (Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 4 марта 1994 г.), устанавливающих, что «государствам следует обеспечить предоставление инвалидам услуг по реабилитации, с тем чтобы позволить им достигнуть и поддерживать оптимальный уровень их самостоятельности и жизнедеятельности» [3]. Такие различия имеют конкретное практическое значение. За ними - реальные последствия, связанные с реализацией Закона, выраженные в объемах, направлениях, содержании и, как следствие, в очевидно более низкой эффективности мероприятий в сфере реабилитации инвалидов.

Второй особенностью определения понятия «реабилитация инвалидов» является то, что оно включает термины «система» и «процесс». Содержание процесса реабилитации раскрывается в Законе достаточно подробно, тогда как термин «система реабилитации» не раскрывается ни в Законе, ни в иных нормативных правовых актах Российской Федерации. Вследствие наличия подобного правового пробела система комплексной реабилитации инвалидов в стране до настоящего времени не сформирована. В этой связи становится очевидной целесообразность уточнения в Законе определения термина «реабилитация инвалидов», приведения его в соответствие с нормами международного права.

Перечень направлений реабилитации инвалидов, определенных Законом, не включает такое направление, как социальное обслуживание. Между тем Конвенция определяет социальное обслуживание как неотъемлемую сферу реализации реабилитационных мероприятий наряду со сферами здравоохранения, занятости и образования. Исключение социального обслуживания из перечня направлений реабилитации инвалидов тем более непонятно в условиях, когда значительное число инвалидов получает реабилитационные услуги в организациях социального обслуживания Российской Федерации. Содержание конкретных направлений реабилитации в Законе не раскрывается.

Отсутствие унифицированных, закрепленных в законодательстве определений направлений реабилитации инвалидов приводит к использованию в нормативных правовых актах терминов, трактуемых по-разному, что осложняет правоприменительную практику. Детальная характеристика направлений и видов реабилитационных услуг инвалидов приводится в национальных стандартах Российской Федерации. Однако применение этих стандартов в соответствии с действующим законодательством носит добровольный характер, а потому используется не повсеместно. Направления реабилитации, определенные Законом, далеко не в полной мере соответствуют группам, содержанию и наименованию видов реабилитационных услуг инвалидов, содержащихся в национальных стандартах.

При анализе нормативных правовых актов, представленных в сформированном Министерством социальной политики Свердловской области реестре следует, что в настоящее время отсутствуют документы, регламентирующие механизм межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов, отсутствует регламент (порядок, алгоритм), определяющий механизм межведомственного взаимодействия учреждений, оказывающих инвалидам услуги по реабилитации (абилитации), в соответствии с их реабилитационным маршрутом. Отсутствуют нормативно-правовые акты, определяющие роль международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее - МКФ) как межведомственного механизма для составления реабилитационного маршрута инвалида и оценки результативности процесса реабилитации инвалидов.

В настоящее время в Свердловской области формируется система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов(детей-инвалидов), разрабатывается механизм межведомственного взаимодействия. Этому процессу, в том числе, способствовало выявление проблем, препятствующих ее созданию, ведущей из которых являются необходимость совершенствования нормативной правовой базы.

Список литературы:

1. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 20 г. г.
2. Конвенция о правах инвалидов Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г.
3. Стандартные правила ООН от 20.12.1993 «Обеспечения равных возможностей для инвалидов» Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 20.12.1993 N 48/96.
4. Федеральный закон от 24 ноября 1995г. N 181- ФЗ (ред. от 29.06.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

УДК 364.3

Золжаргалан Г, Жаргалсайхан Т., Арюнсанаа В.
Школа общественного здоровья, Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

ОБЗОР ШКОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ИЗДЕВАТЕЛЬСТВ И НАСИЛИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Zoljargalan Gantumur, Jargalsaikhan Tumurdash, Ariunsanaa Bagaajav
School of Public Health, Mongolian National University of Medical Sciences

REVIEW OF SCHOOL BASED INTERVENTIONS TO PREVENT YOUTH BULLYING AND INTERPERSONAL VIOLENCE

Youth bullying and interpersonal violence is a public health issue that threatens the well-being of adolescence and youth around the world. This article aims to review school-based interventions to prevent youth violence and bullying. The application of interventions is also discussed.

Key words: *youth violence, bullying, social work practice*

Үндэслэл. Залуучуудын дундах хүчирхийлэл гэж хоорондоо ямар нэгэн хамааралгүй, танил болон танил бус 10-29 насныхны дунд, ихэвчлэн гэрээс гаднах орчинд тохиолдож байгаа аливаа хүчирхийллийг хэлдэг. Залуучуудын дундах хүчирхийллийн хэлбэрт дээрэлхэлт, зодоон, дээрэм зэрэг ордог (1).

Жил бүр дэлхий дахинд 10-29 насны залуучуудын дунд 200,000 хүн амины гэмт хэрэг бүртгэгдэж байгаа нь энэ төрлийн гэмт хэргийн 43%-ийг эзэлдэг байна. Залуучуудын дундах хүчирхийлэл гэмтэл, бэртэл, хүн амины хэргээс гадна сэтгэцийн эрүүл мэнд, архи болон мансууруулах бодисын хэрэглээ зэрэг олон асуудлыг үүсгэх эрсдэлт хүчин зүйл болдог (2).

Монгол улсад 13-15 настай хөвгүүдийн 63%, охидийн 19% нь сүүлийн 30 хоногт зодоонд оролцсон бол хөвгүүдийн 37%, охидын 20% нь сүүлийн 1 сард дээрэлхэлтэнд өртсөн байна (1). Залуучуудын дундах хүчирхийллийг судалсан кейс судалгааны тайлангуудаас харахад Улаанбаатар хотод нэгнийгээ дээрэлхэх, бүлэглэн зодолдох зэрэг асуудлууд ерөнхий боловсролын сургууль болон мэргэжлийн боловсролын төвүүдэд байна. Түүнчлэн уг асуудал нь сурлагын амжилт, анги хамт олны уур амсгал болон хүүхдүүдийн сэтгэцийн эрүүл мэндэд нь сөргөөр нөлөөлжээ (3).

Арга зүй:

Шинжилгээнд олон улсад болон АНУ-д хийгдсэн залуучуудын дундах хүчирхийлэл болон дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх үр дүнтэй хөтөлбөрүүдийг судалсан судалгааны тайлан, эрдэм шинжилгээний өгүүллүүдийг ашигласан.

Үр дүн:

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас гаргасан Залуучуудын дундах хүчирхийллээс урьдчилан сэргийлэх сайн туршлагуудын тойм судалгааны үр дүнгээс харахад сургуульд түшиглэсэн дараах хөтөлбөрүүд үр дүн өндөртэй байна. Үүнд (1):

Амьдрах ухааны болон нийгмийн харилцаан ур чадвар олгох хөтөлбөрүүд

Тус хөтөлбөрүүд нь өөрийгөө танин мэдэх, сэтгэл хөдлөлөө удирдан чиглүүлэх, бусдыг ойлгох, эерэг харилцааг бэхжүүлэхэд нь залуучуудад туслах зорилготой. Эдгээр хөтөлбөрүүд нь залуучуудад мөн өдөр тутам тохиолдож болох стресс, зөрчлийг үр дүнтэйгээр шийдвэрлэхэд нь тусладаг. Судалгааны үр дүнд амьдрах ухаан, нийгмийн харилцааны ур чадвар олгох хөтөлбөрүүд нь хүчирхийлэл бүхий зан үйлийг 15%-иар, дунд ангийн сурагчдын дунд тохиолддог хүчирхийллийг 29%-иар тус тус бууруулсан байна. Тус хөтөлбөрүүдийг сургууль дээр хэрэгжүүлэхэд сургуулийн зүгээс удирдлагын болон санхүүгийн дэмжлэг үзүүлэх шаардлагатай бөгөөд хичээлийн хөтөлбөрийн нэг хэсэг болгох эсвэл багш, нийгмийн ажилтнуудын зүгээс явуулах үйл ажиллагааны нэг бүрдэл болгох замаар хэрэгжүүлдэг байна.

Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд:

Дээрэлхэлтээс сэргийлэх хөтөлбөрүүд нь дээрэлхэлтийг бууруулахад онцгой нөлөө үзүүлсэн ба хохирогч болох үйл явцыг 67%-иар бууруулсан байна. Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд дундаас эцэг эх болон багш нарын сургалт, дээрэлхэлтийн эсрэг сургууль нийтийг хамарсан дүрэм, дэглэм, заавар зөвлөгөө бүхий видео хичээлүүд нь илүү үр дүнтэй ажээ. Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд нь дараах агуулгатай байдаг:

- Эцэг, эх болон сургуулийн ажилтнуудад зориулсан дээрэлхэлтийг хэрхэн үр дүнтэйгээр шийдвэрлэх тухай сургалт
- Багш нарт зориулсан дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрийг хэрхэн хэрэгжүүлэх болон анги дотрох дээрэлхэх зан үйл, дээрэлхэлтийг харилцааг хэрхэн зохицуулах тухай сургалт. Энэ сургалтаар багш нар дээрэлхэлт гэж юу болох, хэрхэн түүнийг танин мэдэх, дээрэлхэлтийн үед юу хийх, үр дүнтэй харилцааны арга гэж юу болох болон хөндлөнгийн ажиглагч нарт байх ёстой ур чадварууд юу вэ гэдгийг хүүхдүүдэд хэрхэн заах тухай сурдаг байна.
- Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх агуулга бүхий ойлголтуудыг ихэвчлэн ангид үзэх хичээлүүдтэй холбож өгөхөөс гадна дээрэлхүүлсэн, дээрлэхсэн хүүхдүүдэд нийгмийн ажилтан зэрэг тусайг мэргэжлийн хүмүүсээр дамжуулан тусламж үзүүлдэг.
- Мөн дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэхэд тухайн асуудалтай холбоотой сургуулийн бодлого, дүрэм, журам чухал байдаг байна.

Түүнчлэн дээрлэхсэн, дээрэлхүүлсэн хүүхдүүдийг “хохирогч”, “дээрэлхүү” зэргээр нэр хоч өгөхгүй байх, ганцаарчлан ярилцах замаар мэдрэмжийг нь таньж мэдэх, мөн зан үйлийг нь өөрчлөх, харилцааны ур чадвар олгох зорилгоор жижиг бүлгийн болон ганцаарчилсан зөвлөгөө өгөх зэрэг нь үр дүнтэй байдаг байна (4)(5).

Дараах 4 янзын үйлчилгээ нь үр дүн багатай үйлчилгээ, хөтөлбөрөөр нэрлэгдэжээ (6)

1. Zero tolerance буюу хүчирхийллийг үл хүлээн зөвшөөрөх бодлого - Уг арга хэмжээ нь тусламж шаардлагатай байгаа хүүхдэд хэрэгтэй үйлчилгээг авахад нь саад болохоос гадна тэдний сурах үйл ажилллагааг тасалдуулдаг байна. Түүнчлэн дээрэлхэлтийг мэдээллэх хүүхдүүдийн зориг, сэдлийг мохоож болзошгүй. 2006 онд АНУ-д хийсэн судалгаанаас харахад энэ төрлийн арга хэмжээ нь сургууль дээрх хүчирхийлэл болон зан үйлийн доголдлыг бууруулах зорилгодоо хүрч чадахгүй харин ч сургууль завсардалт болон зан үйлийн доголдлыг нэмэгдүүлсэн байна (4).
2. Зөрчлийг шийдвэрлэх буюу уе тэнгийн эвлэрүүлэгч - Дээрэлхэх гэдэг нь хүчний тэнцвэргүй байдал байдаг. Тийм ч учраас энэ нь зөрчил биш бөгөөд бусдыг хохироож байгаа үйл явдал ажээ. Дээрлэхсэн, дээрэлхүүлсэн хүүхдүүдийг эвлэрүүлэх нь хүүхдүүдийн дунд буруу ойлголтыг төрүүлж болзошгүй байдаг байна. Бусдыг дээрэлхэж байгаа хүүхдэд өгөх гол сургамж нь “Чиний үйлдэл бол буруу зүйл бөгөөд уг үйлдлийг зогсоох ёстой” харин дээрэлхүүлж байгаа хүүхдэд өгөх гол сургамж нь “Хэн ч дээрэлхүүлэх ёсгүй бөгөөд бид дээрэлхэлтийг зогсоохын тулд бүхнийг хийх болно” гэсэн утгатай байх ёстой аж. Түүнчлэн дээрэлхэлтийн үед эвлэрүүлэх нь үр дүнтэй гэдгийг ямар нэгэн судалгааны үр дүн батлаагүй байна.
3. Дээрэлхэгч хүүхдэд зориулсан бүлгийн засал - Бусдыг дээрэлхэж байгаа хүүхдэд бүлгийн засал нь ихэвчлэн сөрөг үр дүн үзүүлдэг. Бусдыг дээрэлхэж байгаа хүүхдэд уур бухимдлаа зохицуулах, бусдыг ойлгох, өөртөө итгэх итгэлийг нэмэгдүүлэх зэрэг ур чадварыг сургахад ганцаарчилсан хөтөлбөрүүд илүү үр дүнтэй байдаг байна.
4. Энгийн, богино хугацааны шийдлүүд - Эцэг эх, багш нарын уулзалт, сургуулийн хэмжээний хурал, багш нарт ганцаарчилсан зөвлөгөө, сургалт өгөх зэрэг нэг удаагийн арга хэмжээнүүд нь үр дүнтэй биш байдаг. Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа нь байнга, тасралтгүй явагдах ёстой бөгөөд сургуулийн төлөвлөгөөнд тусгагдсан байх ёстой ажээ.

Хүснэгт 1: Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд:

Үр дүнтэй хөтөлбөрүүд	Үр дүн багатай хөтөлбөрүүд
• Амьдрах ухааны болон нийгмийн харилцааны ур чадвар олгох хөтөлбөрүүд • Дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрүүд • Ганцаарчилсан болон бүлгийн зөвлөгөө	• Zero tolerance буюу хүчирхийллийг үл хүлээн зөвшөөрөх бодлого • Уе тэнгийн эвлэрүүлэгч • Дээрэлхэгч хүүхдүүдэд зориулсан бүлгийн засал • Энгийн, богино хугацааны шийдлүүд

Дүгнэлт:

Залуучуудын дундах хүчирхийллийн нэг хэлбэр болох дээрэлхэлт нь ихэвчлэн сургуулийн орчинд үйлдэгддэг учир боловсролын байгууллага нь тухайн асуудлыг шийдвэрлэхэд хамгийн чухал нөлөөтэй юм. Олон улсад хийгдсэн судалгаануудаас харахад уг асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд сургуулийн орчин дахь хүчирхийлэл, дээрэлхэлтийн нөхцөл байдлыг тогтмол үнэлж, тухайн асуудлыг түргэн шуурхай бөгөөд үр дүнтэйгээр шийдвэрлэх мөн хүчирхийлэлгүй орчин бий болгох бодлого, хөтөлбөрийг сургууль дээр хэрэгжүүлэх нь үр дүнтэй байна. Уг хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэхэд сургуулийн болон салбарын удирдлагуудын дэмжлэг онцгой чухал байна. Түүнчлэн дээрэлхэлтээс урьдчилан сэргийлэх үйлчилгээнүүд нь тогтмол, тасралтгүй хэрэгжих шаардлагатай бөгөөд үүний тулд сайн туршлагуудыг нэвтрүүлэх, практик ажилтнуудын ур чадвар, мэдлэгийг нэмэгдүүлэх нь чухал.

УДК 364.65

Зуева А.В.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В статье рассматриваются вопросы, связанные с проблемой старения населения в Республике Беларусь.

Ключевые слова: социальная работа, старение населения.

Zueva A.V.

National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, Gorodische, Belarus

RELEVANCE AND SOCIAL IMPORTANCE PROBLEMS OF AGEING POPULATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS

The article deals with issues related to the aging population in the Republic of Belarus.

Keywords: *social work, the aging of the population.*

Старость можно понять только с учетом социальной сущности человека, развитие которого протекает в определенной общественной среде. Долголетие – сложное и биосоциальное явление, рассматривается как объективный показатель здоровья. Увеличение средней продолжительности жизни человека является самым замечательным результатом научно-технического и социального прогресса. В настоящее время во всех странах мира, в том числе и в Республике Беларусь, происходят демографические изменения, свидетельствующие о стремительном росте относительного и абсолютного числа престарелых людей. За XX в. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в развитых странах увеличилась с 35-40 лет до 70-75 лет. В Западной Европе в 1998 г. средняя продолжительность жизни составила 76 лет, в странах Центральной и Восточной Европы – 70 лет, в СНГ – 66 лет.

В ***Беларуси*** по сравнению с развитыми странами ее уровень ниже у мужчин на 8-13 лет, у женщин – 5-8 лет. С 1993 г. отмечается отрицательный естественный прирост населения [2].

Проблема старения населения определяется многими социальными процессами, в том числе и неблагоприятными, Так, в Республике Беларусь количество граждан в возрасте 65 лет и старше составляет 20%. На 1 января 2001 г. и расчете на 1000 населения приходилось – 261,5 пенсионера, на 1 января 2002 г. – 250,3 пенсионера.

Это означает, что возрастает нагрузка на пенсионную систему, обостряются проблемы ее финансирования, поскольку страховые взносы взимаются из фонда заработной платы работающих.

Важным разделом комплексной проблемы постарения населения является также ***прогрессирующая феминизация*** контингента пожилого населения. В Беларуси отмечается рост числа женщин среди пожилых людей. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у женщин составляет 72 года, у мужчин - 58 лет. При этом происходит увеличение количества вдов [1].

В Республике Беларусь наблюдаются различия распределения пожилых людей по возрасту ***среди отдельных национальных групп.*** По данным переписи населения 1999 г., и возрасте 60-69 лет белорусы составляют 10,4 на 100 000 населения, русские – 10,0 на 100 000 чел.; поляки – 13,9 на 100 000 чел.; евреи – 21,0 на 100 000 чел. Почти половина евреев, проживающих в Беларуси, лица пенсионного возраста, в то время как у белорусов и русских доля пенсионеров составляет пятую часть от общей численности. Значительная часть белорусов и поляков проживает в сельской местности, что определяет повышенную долю их участия в сельском хозяйстве. В городских поселениях проживает русских 85,2 %; евреев – 97,8%; белорусов – 67,4%; поляков – 54,4% от общей численности населения. Основной причиной негативной возрастной структуры является повышенный отток лиц трудоспособного и дотрудоспособно**го** возраста из страны в дальнее зарубежье (Израиль, США и Канаду и др.).

Одно из заметных макроэкономических последствий старения как социально-демографического процесса – рост потребности медицинской помощи и социальных услуг в широком смысле. Расходы на медицинскую помощь одному больному пенсионного возраста в 3 раза больше, чем больному трудоспособного возраста. Граждане пожилого возраста формируют устойчивый спрос на социальные услуги. Возрастает доля дорогостоящих услуг по постоянному уходу на дому, медико-социальных услуг, услуг сиделок. Растет спрос на места в социально защищенных жилищах [3].

Число домов-интернатов для престарелых и инвалидов в 1990 г. – 66 в них проживало 15,2 тыс. чел.; в 2000 г. – 63 в них проживало 14,2 тыс. чел.; в 2001 г. – 63 в них находилось 14,5 тыс. чел. Численность граждан пожилого возраста и инвалидов, обслуживаемых отделениями социальной помощи на дому, всего в 1990 г. составила 37 130 чел.; в 2000 г. – 92 839 чел.; в 2001 г. – 90 332 чел. В 2001 г. на постоянном постельном режиме находилось 38,7% взрослых и 32,5% детей из числа проживающих в домах-интернатах [2].

Таким образом, анализ положения пожилых по социально-демографическим и экономическим показателям позволяет выделить три основные проблемы данного контингента: малообеспеченность, неудовлетворенность состоянием здоровья и одиночество. Нарастающий процесс старения населения как сложное социальное явление требует специальных подходов к его решению.

Список литературы:

1. Гериатрия в системе практического здравоохранения: Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Менеджмент социально-значимых услуг в гериатрии». – Минск, БелМАПО, 2010. – 218 с.
2. Пантюк, И.В. Теоретические основы социальной работы / И.В. Пантюк. – Минск: Амалфея, 2010. – 388 с.
3. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. проф. Е.И. Холостова, проф. А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА-М, 2002. С 195-228.

УДК 331.53:316.346(571.584)

Зуйконова Т.А., Дэбэева Т.Б.

Восточный Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МОЛОДЕЖИ НА РЫНКЕ ТРУДА В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В статье рассматривается положение молодежи на рынке труда в Республике Бурятия.

Ключевые слова: *безработные, рынок труда, занятость.*

Zuiconova T.A., Debeeva T.B.

East Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

THE CURRENT SITUATION OF YOUTH IN THE LABOUR MARKET IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

The article discusses the current situation of youth on the market there in the Republic of Buryatia

Keywords: *the unemployed, the labor market, employment.*

Необходимость анализа положения молодежи на российском рынке труда обусловливается двумя важнейшими обстоятельствами. Во-первых, молодые граждане составляют около 35% трудоспособного населения России, во-вторых, что самое главное, они – будущее страны, и от стартовых условий их деятельности зависит последующее развитие.

Проблема занятости наносит урон и жизненным интересам молодых граждан. Безработица не дает молодым людям реализовать свои потенциалы, приложить свое умение в том роде деятельности, в котором человек может наибольшим образом проявить себя и, что самое главное, резко ухудшая материальное положение молодых семей безработных, способствуя росту преступности и заболеваемости, обостряя социальную напряженность в обществе.

Республика Бурятия один из многонациональных субъектов РФ, где проживает 1 млн 45,6 тыс. человек более ста национальностей. Основными народами, заселяющие Бурятию, являются русские, буряты и эвенки.

В настоящий момент общая численность молодежи в возрасте от 16 до 30 лет с учетом демографических и миграционных процессов в РБ составляет 220,2 тыс. человек, это составляет около 20% от численности всего населения республики.

Молодые люди РБ занимаются трудовой деятельностью, принимают участие во всех сферах экономики. Самый высокий уровень занятости городской молодежи наблюдается в сфере торговли, затем – в промышленности, строительстве и жилищно-коммунальном хозяйстве. Сельская молодежь больше занята в отраслях сельского хозяйства, образования, а также строительства и торговли. Молодежь 18-24 лет чаще всего выбирает работу в сфере услуг и бытового обслуживания. На рынке труда так же представлены работающие студенты. А трудовая деятельность, связанная не по своей специальности характерно именно для работающих студентов, совмещающих работу с учебой.

В РБ незанятость молодого поколения больше характерна для сельской местности. Противоречия молодого поколения, сложившиеся в сфере трудовых отношений: нежелание молодых людей работать по своей специальности, и желание получать высокий заработок. Это приводит к тому, что молодежь Бурятии имеет низкий уровень жизни и экономически зависит от родителей.

Для того чтобы проанализировать современное положения молодежи на рынке труда в г. Улан-Удэ автором было проведено социологическое исследование «Современное положение молодежи на рынке труда в РБ». Социологическое исследование проводилась в форме анкетного опроса. В опросе приняли 50 безработных граждан г. Улан-Удэ. Из них 40% мужчин и 60% женщин.

По национальному признаку, в опросе приняли участие 46% бурят и 54% русских. 21% опрашиваемой молодежи женат/замужем, и большинство 74% не замужем/ холост.

Все опрашиваемые молодые люди проживают в г. Улан-Удэ и в настоящее время являются безработными.

Опрашиваемым был задан вопрос «Почему Вы не работаете в настоящее время?» респонденты ответили следующим образом: не могут найти работу 51%, не позволяет здоровье 17%, нет материальной необходимости 9%, не могут найти работу по специальности 20% не хотят 3%.

В ситуации безработицы молодых людей больше всего угнетает «29% материальная зависимость от родителей и 71% отсутствие денег».

Для того чтобы выяснить у молодежи об осведомленности государственных и социальных служб, респондентам был задан следующий вопрос: «Знаете ли Вы, что существуют службы занятости для молодежи» многие ответили, что знают 88% и 12% не осведомлены об этом, но на вопрос «Состоите ли Вы на учете в СЗН» многие респонденты ответили, что не состоят и 23% состоят на учете. Это говорит о том, что молодые люди не хотят состоять на учете в СЗН, так как проблему трудоустройства, по мнению опрашиваемой молодежи должна решать сама молодежь 68% и лишь 7% считают, что центр занятости населения.

При трудоустройстве молодые люди рассчитывают на собственные способности 60% и 26% на помощь со стороны родственников и друзей.

Для молодых граждан первостепенно при выборе места работы является уровень предлагаемого заработка 46%, гибкий график работы 17%, социально-психологический климат в организации 10%, престижность фирмы 15%, и по 6% сфера деятельности и получение практического опыта.

Многие молодые граждане ответили, что на отказ при трудоустройстве молодых специалистов является тот факт, что большинства молодых людей нет практического опыта 85%. Действительно, в настоящее время работодателям не хватает квалифицированных работников. Также представления молодых специалистов не совпадают с требованиями работодателя по ряду критериев, например, заработная плата, требования предъявляемые работнику, компетентности, которым должен обладать специалист.

На вопрос «Как Вы оцениваете свои шансы на получение работы в ближайшее время», респонденты ответили, что в ближайшее время мне обеспеченна работа 46%, а 54% нет твердой уверенности.

На вопрос «Какие причины, по-вашему, формируют высокий уровень безработицы среди молодых специалистов в г. Улан-Удэ?» респонденты ответили следующим образом: излишние претензии самих молодых людей к желаемому месту работы 71%; пробелы в предоставляемом местными вузами образования 23%; отсутствие желания работодателей в трудоустройстве молодых специалистов 6%.

На вопрос «могут ли молодые специалисты оказывать конкуренцию на рынке труда старшему поколению?», респонденты ответили: скорее да, чем нет – 54%, скорее нет, чем да – 32%, да – 11%.

Это означает, что молодые люди могут составлять конкуренцию старшему поколению, потому что нынешнее поколение в условиях новых устоев является более предприимчивым, инициативным, мобильным, энергичным и др.

На вопрос «Где бы Вы хотели работать?», опрошенные отметили, что как получиться 40%, в частной компании 28%, в государственных учреждениях 23% и 9% респондентов ответило все равно где работать. Треть респондентов сами не знают, где они хотят работать. На данный момент опрашиваемые молодые люди пока не задумываются над тем, где им работать.

Таким образом, социологический анализ среди безработной молодежи показал, что многие опрошенные молодые граждане при помощи своих усилий пытаются найти приемлемую работу для себя, т.к. не хотят, зависят от родителей, хотят применить свои знания и умения на практике. При трудоустройстве многие молодые люди рассчитывают на свои способности и умения, а не на службу занятости.

На сегодняшний день для молодых граждан первостепенно при выборе места работы является уровень предлагаемого заработка и гибкий график работы, эти два критерия являются основным при трудоустройстве. В условиях российской рыночной экономики, которая постоянна, меняется, трудно найти свое место в обществе и поэтому молодежь сталкивается с серьезными проблемами при поиске работы.

Молодое поколение специалистов – это серьезный трудовой ресурс, но все-таки молодым людям не хватает личных связей, опыта работы и профессиональной подготовки.

Для того чтобы снизить уровень молодежной безработицы государство располагает различными методами, связанными с разработкой способов переподготовки безработного населения, социальной поддержкой безработных, содействием в создании дополнительных рабочих мест и т.д.

Молодежная политика составляет важную часть государственной политики: именно государство должно брать на себя большую часть ответственности по созданию благоприятных условий для развития молодого поколения своих граждан.

Список литературы:

1. Чернышева Н.И. Пути решения проблемы молодежной безработицы в современном обществе . [Электронный ресурс] : URL: http://cyberleninka.ru. (04.05.2016).
2. Демография Бурятии [Электронный ресурс]:2015. URL: http://www.buriatia.ru (05.05.2016).
3. Население Бурятии [Электронный ресурс]. URL: http://egov-buryatia.ru (04.05.2016).
4. Борисов Е.Ф. Экономическая теория: учеб. пособие для вузов. М., 2011. С. 520.

УДК 364:351.74

Иванова А.А., Максимова М.Н.

Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Казань, Россия

СОЦИАЛЬНЫЕ ГАРАНТИИ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

В статье анализируются особые социальные гарантии сотрудников правоохранительных органов и членов их семей.

Ключевые слова: *социальные гарантии, правоохранительные органы, сотрудник органов внутренних дел.*

Ivanova A.A., Maximova M.N.

«Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia

SOCIAL SECURITY POLICE

This article discusses the special social security law enforcement officers and members of their families.
Keywords: *social security, law enforcement agencies; Interior enforcement officer.*

Актуальность темы обусловлена тем, что правовой статус сотрудников правоохранительных органов имеет особенности, связанные с возложением на них обязанностей по защите государства, с необходимостью беспрекословного выполнения поставленных задач в любых условиях, в том числе с риском для жизни.

Цель исследования: анализ социальных гарантий сотрудников правоохранительных органов, практики их применения.

В состав правоохранительных органов включены 10 военизированных органов, осуществляющих оперативную следственную и прокурорскую деятельность. Ежегодно численность состава правоохранительных органов Российской Федерации изменяется, в связи с приходом в систему молодых курсантов, окончивших высшие профессиональные заведения, сотрудников, ушедших в отставку и сотрудников уволенных со службы в связи. В табл. 1 представлена статистика роста численности сотрудников правоохранительных органов, имеющих право на социальные гарантии в Российской Федерации (2013–2016 гг.).

Таблица 1 – Численность сотрудников правоохранительных органов, имеющих право на социальные гарантии в Российской Федерации

	Численность сотрудников правоохранительных органов имеющих имеющие право на социальные гарантии в РФ	
Военизированные органы	**2013 г.**	**2016 г.**
Прокуратура РФ	48836	47912
Министерство по чрезвычайным ситуациям	221364	288565
Следственный комитет РФ	21156	23190
Федеральная служба безопасности	252741	274912
Министерство внутренних дел	1106472	904871
Федеральная таможенная служба	10870	12859
Министерство юстиции РФ	573126	634465
Федеральная служба исполнения наказания	225276	295965 [3]

Социальные гарантии в Министерстве внутренних дел относятся к следующим категориям лиц [3]:

1. Сотрудники правоохранительных органов.

2. Члены семьи сотрудников правоохранительных органов.

К особым гарантиям сотрудников Министерства внутренних дел относятся [3]: денежное довольствие сотрудников; пособия и другие денежные выплаты; единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения; предоставление жилого помещения в собственность; денежные компенсации расходов на оплату коммунальных и иных услуг; медицинское и санаторно-курортное обслуживание; поддержки членов семей сотрудников, погибших (умерших), пропавших без вести при выполнении служебных обязанностей.

Денежное довольствие сотрудников является основным средством их материального обеспечения и стимулирования выполнения ими служебных обязанностей, и состоит из месячного оклада в соответствии с замещаемой должностью и месячного оклада в соответствии с присвоенным специальным званием, которые составляют оклад месячного денежного содержания, ежемесячных и иных дополнительных выплат.

Производятся выплаты на командировочные расходы в порядке и размерах, которые определяются Правительством Российской Федерации. За каждый день нахождения в служебной командировке сотруднику выплачиваются суточные, в размере 200 руб. В период с 2010 года по 2016 год эта сумма не изменялась.

Сотрудник, имеющий стаж службы в органах внутренних дел не менее 10 лет, имеет право на единовременную социальную выплату для приобретения или строительства жилого помещения один раз за весь период службы в органах внутренних дел. Единовременная социальная выплата предоставляется сотруднику в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных федеральному органу исполнительной власти в сфере внутренних дел [1].

Размер данной выплаты будет рассчитываться исходя из общей площади жилого помещения и размера средней рыночной стоимости 1 кв. метра общей площади жилья, корректируемого по коэффициенту, учитывающему место прохождения службы [1].

Сотрудник имеет право на бесплатное медицинское обслуживание, в том числе на изготовление и ремонт зубных протезов, на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, выданным врачом, а также изделиями медицинского назначения в медицинских организациях. Сотрудник и члены его семьи имеют право на санаторно-курортное лечение и оздоровительный отдых в учреждениях федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел за плату в размере, устанавливаемом указанным федеральным органом [2].

Медицинское обслуживание осуществляется в специальных медицинских организациях федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел, а так же в других медицинских организациях.

Действующие сотрудники органов внутренних дел оплачивают 100 % стоимости путёвки в санатории и центры восстановительной медицины и реабилитации МВД России, а сотрудник, уволенный со службы, имеющий стаж службы в органах внутренних дел 20 лет и члены его семьи за плату в размере соответственно 25 % и 50 % стоимости путевки [2].

Путевки в здравницы МВД России предоставляются за плату, за исключением случаев, когда в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации определены иные условия оплаты. В соответствии с приказом МВД России от 14 января 2011 № 1234 с 1 января 2012 г. стоимость путевки составляет: в санатории на 21 день – 12 000 руб., в центры восстановительной медицины и реабилитации на 18 дней – 9 000 руб. [2].

Членам семьи, а также родителям сотрудника, погибшего вследствие увечья или иного повреждения здоровья, полученных в связи с выполнением служебных обязанностей, либо вследствие заболевания, полученного в период прохождения службы в органах внутренних дел, пропавшего без вести при выполнении служебных обязанностей, предоставляются следующие меры социальной поддержки:

– Денежная компенсация расходов, связанных с оплатой любым (за исключением такси) транспортом:

1. К месту лечения в санаторно-курортной организации и обратно (1 раз в год).
2. К месту погребения погибшего сотрудника и обратно, в том числе за пределами территории Российской Федерации (1 раз в год).

– Ежемесячное пособие на содержание детей. В 2015 году эта сумма составила 1786,48 руб. [4].

– Ежегодное пособие на проведение летнего оздоровительного отдыха детей. На 2015 год пособие выплачивается в размере 18 866 руб. [4].

Таким образом, социальные гарантии предоставляемые государством для сотрудников Министерства внутренних дел РФ и членов их семей в полной мере охватывают все стороны их жизнедеятельности.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РФ «О предоставлении единовременной социальной выплаты для приобретения или строительства жилого помещения сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации» от 30 декабря 2010 г. № 1234 // Справочно-правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (Дата обращения: 02.11.2016).
2. Постановление Правительства РФ «О порядке предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» от 30 декабря 2011 г. №

1223 // Справочно-правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (Дата обращения: 06.11.2016).
3. Постановление Правительства РФ «О социальных гарантиях сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 13 августа 2013 г. № 694 // Справочно-правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (Дата обращения: 06.09.2016).
4. ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 30 ноября 2011 г. № 342-ФЗ. Ст. 1// Справочно-правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (Дата обращения: 01.03.2016).
5. Федеральная служба государственной статистики (1999−2016 гг.) [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/ (Дата обращения: 03.11.2016).
6. ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 19 июля 2011 г. № 247-ФЗ. Ст. 1 // Справочно-правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (Дата обращения: 06.11.2016).

УДК 614.2

Иванова Г. П.
Зам. председатель Управительного совета Болгарского союза врачей, г. София, Болгария
Сиджимова Д. А.
Факультет общественного здоровья, Медицинский университет – София,г. София, Болгария

МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БОЛГАРИИ – ПОТЕНЦИАЛ ОПТИМИЗАЦИИ

В статье рассматриваются вопросы организации системы здравоохранения в Болгарии и конкретнее национальной модели медицинского страхования.

Ключевые слова: *система здравоохранения, модели медицинского страхования, организация здравоохранения*

Pavlova G. I.
Deputy Chairman of the Management Board of the Bulgarian Medical Association, Bulgaria
Sidjimova D. A.
Faculty of public health, Medical university of Sofia, Bulgaria

MODEL HEALTH IN BULGARIA - CAPACITY OPTIMIZATION

This article is devoted to the questions of the organization of the Bulgarian healthcare system. In particular - the national health insurance model.

Key words: *healthcare system, the health insurance model; healthcare organization*

Введение: Мы являемся свидетелями тенденции ускоренного расширения объема предлагаемых медицинских услуг в Европе, что приводит к нарастанию процента расходов на здравоохранение от валового внутреннего продукта (ВВП) стран.

Основные причины связаны с появлением иновативных медицинских услуг и продуктов и со старением населения.

По данным Национального статистического института, в Болгарии на здравоохранение уделяются $ 454 на душу населения. Из них публичные расходы - $300, а личные - $ 154 [4]. В более развитых странах публичные расходы имеют более значительную долю, чем личные расходы пациентов – это соотношение 80:20. В България оно 61:39.

В развитых странах основной элемент анализа систем здравоохранения является урон, который наносит отсутствие больного от рабочего места или его неполноценный внос в национальную экономику. Учитывается продолжительность активного включения населения в трудовую деятельность. С одной стороны, нарастание продолжительности жизни увеличивает нагрузку на систему здравоохранения, но с другой – каждый дополнительный год ведет к нарастанию общего экономического результата на 4%. Типичным примером економического измерения инвестиций в здоровье являются данные о сердечно-сосудистых заболеваний. В Национальной стратегии здравоохранения в Болгарии на период 2014-2020 г. [3] указывается, что снижение на 10% смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний лиц в работоспособном возрасте приводит к росту ВВП на душу населения на 1%.

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В БОЛГАРИИ

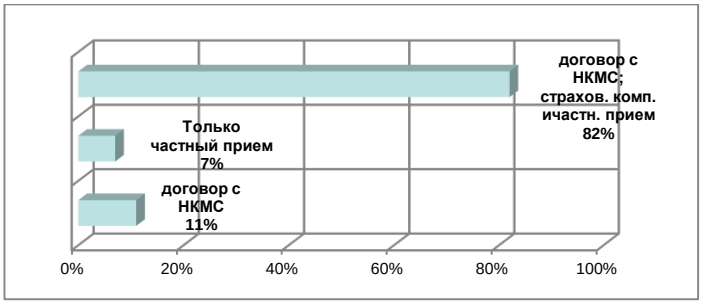
В соответствии с Закономо медицинского страхования [6] в Болгарии регламентируется обязательное и добровольное медицинсоке страхование – все болгарские граждани обязательно участвуют в сборе средств в единный медицинский фонд (Национальная касса медицинского страхования (НКМС)) и получают право на медицинскую помощь и свободный выбор исполнителей данной помощи. Дополнительная медицинская защита обеспечивается страховыми компаниями с лицензом для осуществления такой деятельности – в 2016 г. реально медицинское страхование осуществляют 24 компании.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТЕВННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами был осуществлен анализ среди 55 медицинских специалистах и 100 болгарских граждан с обязательной медицинской страховкой.

В процессе исследования установлено, что 82% из анкетированных специалистов работает одновременно и с Национальной кассой медицинского страхования и с частными страховыми компаниями.

Фиг. 1.



91% тех же специалистов отмечает, что не оценивает как эффективной модель медицинского страхования в Болгарии. Данный результат свидетельствует о том, что среди медицинских специалистах существует мнение о необходимости в радикальных изменениях системы медицинского страхования.

88% анкетированных пациентов использовали медицинские услуги в связи с обязательным медицинским страхованием.

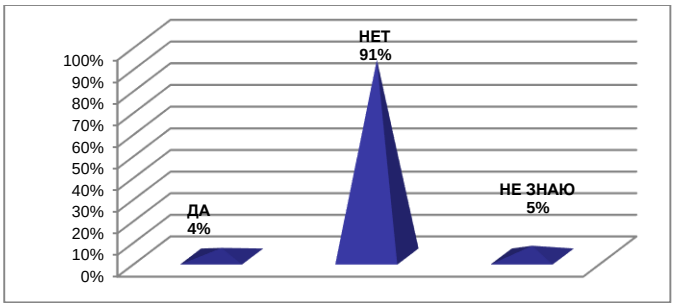
Установлено, что 42% анкетированных посещало лечебное учреждение в связи с полагаемой им обязателной медицинской страховкой 1 раз за последние 2 года. Более чем 3 раза – 38% респондентов, а 20 % - свыше 5 раз.

Анкетное исследование установило, что респонденты с обязательной медицинской страховкой чаще всего пользовались следующими услугами во внебольничной помощи (указаны больше, чем один ответ):

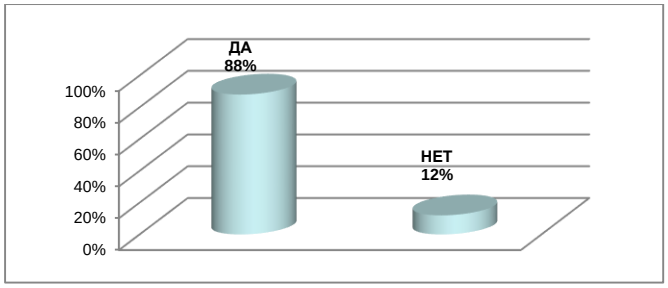
- ✓ Самый большой удел (39%) медицинских осмотров у общепрактикующего врача в связи с заболеванием.
- ✓ Для медицинского направления к специалисту – 36 % анкетированных.

- ✓ Выписывание лекарств, финансированных НКМС (24%).
- ✓ Профилактический осмотр (21%).
- ✓ Стоматологические услуги (19%).
- ✓ Административные услуги (18%).

Фиг. 2.



Фиг. 3.



Выводы

- ✓ Полученные и анализированные результаты исследования являются основанием сделать вывод, что болгарская система медицинского страхования работает успешно, но существуют направления, требующие корректировки.
- ✓ Ряд примеров эффективно функционирующих моделей медицинского страхования в Европе могут послужить в процессе оптимизации системы здравоохранения в Болгарии.

Список литературы:

1. Воденичаров Ц., В. Борисов. Доброволното здравно осигуряване - стратегия на избора. С., 1999, 150 с.
2. Закон за здравно осигуряване. Обн. ДВ. бр. 70 от 19 Юни 1998 г., последно изм. ДВ. бр. 20 от 15 Март 2016 г.
3. Национална здравна стратегия за периода 2014-2020 г. - [Электронный ресурс] URL: www.mh.government.bg/DownloadHandler.ashx?id=13615 (дата обращения: 29.09.2016).
4. Национален статистически институт - [Электронный ресурс] URL: www.nsi.bg (дата обращения: 29.09.2016).
5. Национална здравноосигурителна каса- [Электронный ресурс] URL: www.nhif.bg (дата обращения: 29.09.2016).
6. Закона за здравното осигуряване. Обн. ДВ. бр. 70 от 19 Юни 1998 г. посл. изм. ДВ. бр. 20 от 15 Март 2016 г.
7. Перусанова-Павлова Л. Здравното осигуряване в Германия, Дания и България (сравнителен анализ). УИ „Св. Климент Охридски". С., 2016.
8. Стайкова Ж. Качество на околната среда и здравен риск в района на гр. Кърджали, УИ „Св. Климент Охридски", София, 2009

УДК 35.071.2

Ивайловская М.С.

Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия, г. Улан-Удэ, Россия

МОДЕРНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

В статье рассматриваются основные направления модернизации управления отрасли, занимающейся социальной защитой населения Республики Бурятия. Значительное внимание уделяется вопросам повышения открытости государственного управления и проблемам реформирования структуры управленческого аппарата.

Ключевые слова: *реформирование, открытость государственного управления, социальная защита, повышение квалификации.*

Ivailovskay M.S.

Ministry of Social Protection of the Republic of Buryatia population, the city of Ulan-Ude, Russia

MODERNIZATION OF MANAGEMENT IN THE SPHERE OF SOCIAL PROTECTION OF POPULATION OF THE REPUBLIC OF BURYATIA: PROBLEMS AND WAYS TO IMPROVE

This article the main directions of modernization of industry management, dealing with social protection of population of the Republic of Buryatia. Considerable attention is paid to enhancing openness of goverment managment and problems of reforming of managerial staff structure.

Key words: *reforming, openness of public administration, social security, training.*

В Республике Бурятия, как и во многих других регионах Российской Федерации, существенно устарели методы управления социальной защиты населения, заложенные в 90-х годах прошлого столетия и базирующиеся в основном на директивных принципах. Поэтому сегодня является актуальным вопрос о модернизации управления в сфере социальной защиты населения путем внедрения концепции «Хорошего управления» («Good governance»), соответствующей изменившимся векторам социально-экономического развития региона.

Основная идея модернизации управления в сфере социальной защиты населения заключается в создании условий, позволяющих сформировать действенную, развивающуюся систему, основанную на инновационных технологиях, методах, формах, стандартах и моделях практики, которая позволит выполнять государственное управление в условиях информационной доступности максимально качественно и результативно.

В Бурятии модернизация управления в сфере социальной защиты населения ведется в соответствии с реализацией принципов новой модели государственного управления, озвученных В.В. Путиным в Послании Президента РФ Федеральному Собранию РФ в 2012 году. Так, для «ориентации работы всех звеньев госмеханизма и уровней власти на измеримый, прозрачный и понятный для обще-

ства результат работы» Министерством социальной защиты населения Республики Бурятия проводится системная работа по ряду направлений:

- обеспечение эффективного межведомственного взаимодействия и информационного обмена. Внедрена отраслевая информационная система «Социальный регистр населения Республики Бурятия», объединившая все виды пособий на детей и компенсаций, ежемесячные денежные выплаты отдельным категориям граждан (всего более 30 госуслуг по социальным выплатам), выполнена ее интеграция с информационной системой АИС «МФЦ», Единым порталом государственных и муниципальных услуг;

- привлечение гражданского общества к обсуждению ключевых государственных решений. Осуществляется взаимодействие с Советом по делам инвалидов, Советом по делам ветеранов при Правительстве Республики Бурятия. С 2007 года при Министерстве действовал Совет общественных организаций, который в 2014 году преобразован в Общественный совет, одновременно были расширены его полномочия. По предложениям членов Советов меняется законодательная база, совершенствуется структура учреждений социального обслуживания. За время работы рассмотрены и даны заключения на 5 законопроектов, 23 проекта нормативно-правовых актов Правительства Республики Бурятия, 13 проектов приказов Министерства социальной защиты населения Республики;

- взаимодействие с общественными организациями и объединениями по улучшению качества предоставления социальных услуг. В 2014 году при Министерстве создан Общественный совет по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги. Работа Совета направлена на исследование и анализ эффективности деятельности учреждений социальной сферы, и составление планов развития данных учреждений.

- совершенствование информационных ресурсов отрасли, в том числе доступных в сети Интернет. Осуществляется модернизация официального сайта Министерства (с 2013 года создано 15 новых разделов «Министерство on-line», «Открытые данные», «Музей Министерства» и т.д., усовершенствовано 7 интернет-площадок). С начала 2014 года организован выпуск ежеквартальной аналитической газеты Министерства «Социальный вестник».

Для реализации качественно новых подходов в государственном управлении требуется перестройка деятельности Министерства на принципы открытости и прозрачности. Для решения данной проблемы необходимо:

- активизировать деятельность по доведению до населения информации, разъясняющей характер, приоритеты и результаты деятельности ведомства. Для этого, в список показателей эффективности деятельности Министерства ввести параметры, регулирующие достижение этой цели. Например, результаты мониторинга доступности информации о функциях и основных направлениях деятельности отрасли, результаты более активного информирования граждан;

- привести официальные сайты подведомственных учреждений социального обслуживания в соответствие с федеральным законодательством, на постоянной основе осуществлять мониторинг, актуализацию информации, баз данных, представленных на них;

- сформировать практику освещения инициатив в сфере социальной защиты населения в связи с проблемами, привлекшими внимание общественности, с привлечением независимых журналистов;

- разработать эффективные инструменты обратной связи, позволяющие общественности вести живой диалог с представителями власти (организовать информационно-разъяснительную работу в СМИ, проводить интернет-конференции) и т. д.

В рамках информатизации общества повышение открытости должно стать одним из приоритетных направлений работы Министерства.

Модернизация управления на уровне разграничения предметов ведения и полномочий между федеральными и региональными органами власти осуществляется в результате исполнения Федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», определяющего основные цели, направления развития сферы социальной защиты населения на территории Республики Бурятии. За эти годы для дальнейшего углубления данного федерального закона Министерством социальной защиты населения Республики Бурятия принято 25 подзаконных нормативных правовых актов.

Однако, как показывает практика, существует еще много нерешенных проблем, решение которых немыслимо без дальнейшего совершенствования нормативно-правовой базы, опирающегося на глубокие знания реальной действительности. Эти знания формируются на основе грамотной и своевременной помощи федерального центра региональным органам власти. Оттого насколько исчерпывающими будут разъяснения и пожелания региональных органов власти во многом зависит создание на уровне федерации эффективной законодательной базы и работоспособной системы централизованного управления, необходимой для согласованности и гармонизации основополагающих целей, направлений развития отрасли и определения продуктивности деятельности управляющих структур на всех уровнях.

Одним из основных направлений стратегии управленческой модернизации является повышение профессиональной подготовленности специалистов Министерства. Необходимость решения данной задачи обусловлена отставанием уровня квалификации государственных служащих от требований управленческой практики, соответствующей изменившимся условиям. Об этом глава государства заявил, выступая на Петербургском международном экономическом форуме-2015: «*Необходимо сформировать класс государственных менеджеров, которые умеют работать гибко и по-современному, понимают запросы бизнеса к деловому климату, к системе госуправления в целом. Одним из важнейших шагов должен стать запуск механизма постоянного совершенствования управленческих кадров*».

В соответствии с законодательством доля государственных служащих Министерства, ежегодно проходящих переподготовку и повышение квалификации, составляет 15-17 % от общего числа специалистов. В то время как для соответствия подготовки специалистов современным требованиям к уровню профессиональных знаний необходимо постоянное совершенствование мастерства специалистов путем организации личностно ориентированного обучения. Данную потребность может удовлетворить внедрение дистанционных образовательных технологий, так как традиционные формы обучения не в полной мере справляются с быстрым обновлением знаний.

Повышение квалификации и обучение специалистов осуществляется преимущественно по направлениям «Административное регулирование управленческой деятельности», «Организация работы по профилактике коррупционных правонарушений», «Управление в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд в рамках контрактной системы» и т.д. Однако, в целях повышения эффективности административных процедур, внедрения новых ценностей требуется совместно с ведущими учебными заведениями региона определить современные направления пополнения профессиональных знаний служащих, пересмотреть учебные программы обучения. На сегодняшний день актуальными направлениями являются совершенствование взаимодействия со СМИ, информационные и мобильные технологии, повышение культуры и этики управления. Большую роль в стимуляции непрерывного улучшения работы госаппарата играют мероприятия направленные на распространение лучшего опыта в области отраслевого и регионального управления, обмен передовыми идеями и практическими новациями.

В конечном счете, усовершенствованный подход к обучению специалистов, помимо обеспечения соответствия работников современным квалификационным требованиям позволит решить задачи повышения мотивации труда, заинтересованности в содержании работы и внутриотраслевой культуры.

Процесс модернизации управления в сфере социальной защиты населения предполагает осуществление структурных, технических, технологических трансформаций. Однако главное — это модернизация сознания сотрудников. Они должны:

- понимать смысл проводимых преобразований;

- иметь достаточную мотивацию на их проведение.

В заключение следует подчеркнуть, только тогда, когда специалисты всех уровней системы социальной защиты будут активными сторонниками и проводниками модернизации, когда их гуманность, инициативность, деятельность станет современной технологизированной формой, можно будет с уверенностью сказать, что современному обществу соответствует современная социальная защита.

Список литературы:

1. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 12.12.2012 г. // Президент России. Официальный сайт. URL: http://kremlin.ru/events/ president/transcripts/ messages/17118.

2. Пленарное заседание Петербургского международного экономического форума 19.06.2015г. // Президент России. Официальный сайт. URL: http://kremlin.ru/events/president/news/49733

УДК 340

Ильина А.А.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ОПЫТ РЕГИОНА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЖИЛЫМИ ПОМЕЩЕНИЯМИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

В статье рассмотрен опыт региона по обеспечению жилыми помещениями детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из их числа.

Ключевые слова: *дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, специализированный жилищный фонд.*

Ilina A.A.

East-Siberian State University of Technology and Managemen,Ulan-Ude, Russia

THE EXPERIENCE OF THE REGION BY PROVIDING WITH PREMISES OF CHILDREN-ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

The article describes the experience of the region by providing with premises of children-orphans and children left without parental care, persons from among them.

Keywords*: children-orphans, children left without parental care, a specialized housing for orphans and children left without parental care.*

В Российской Федерации обеспечение жилыми помещениями является одной из мер по социальной поддержке детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и лиц из их числа. Детям-сиротам, начиная с 2013 г. однократно предоставляются жилые помещения из специализированного жилищного фонда по договору найма специализированного жилого помещения сроком действия договора на пять лет. После истечения срока договора заключается договор социального найма в отношении данного жилого помещения.

В соответствии с Федеральным законом от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей» право на обеспечение жильем имеют дети-сироты, которые не являются собственниками или нанимателями либо членами семьи нанимателя жилья по договору социального найма [3].

С 2013 г. в Республике Бурятия ежегодно формируется Единый список детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте от 14 лет и старше, имеющих право на получение жилого помещения. Список формируется по дате рождения гражданина и утверждается ежегодно в срок до 1 июня текущего года. Предоставление жилых помещений производится строго в соответствии с данным списком [2].

Количество детей-сирот, состоящих в Едином списке, неуклонно растет с каждым годом. Так в 2013 г. на очереди состояло 3356, в 2014 г. – 3721, в 2015 г. – 3906, на ноябрь 2016 г. – более 6000 тысяч детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Среди них у более 2700 право на получения жилья уже наступило.

По состоянию на 1 апреля 2016 г. лидером по количеству детей-сирот, состоящих на учете в органах опеки и попечительства, имеющих право на получение жилья является Октябрьский район г. Улан-Удэ, далее идет Железнодорожный район г. Улан-Удэ, следом – Советский район г. Улан-Удэ. Среди районов Республики Бурятия в тройку лидеров входят Кабанский район, Заиграевский и Селенгинский районы Республики Бурятия.

В настоящее время формирование специализированного жилищного фонда осуществляется в рамках Государственной программы Республики Бурятия «Социальная поддержка граждан (2014-2017 годы и на период до 2020 года)». В 2016 году запланировано приобретение 199 единиц жилья в 7 районах республики.

По информации Минобрнауки РФ о лучшем опыте органов исполнительной власти субъектов РФ по организации деятельности в сфере обеспечения детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и лиц из их числа жилыми помещениями, Республика Бурятия полностью выполнила обязательства по соглашению о выделении субсидии из федерального бюджета на предоставление жилых помещений детям-сиротам и освоила средства указанной субсидии в полном объеме.

Необходима отметить, что Федеральным законом предусмотрена региональная модель реализации федеральной гарантии обеспечения жильем детей-сирот и лиц из их числа. Таким образом, предоставление субсидии в совокупности с иными мерами направлено на стимулирование регионов к исполнению обязательств по обеспечению жильем детей-сирот, что дает возможность ликвидировать сложившуюся в течение длительного периода времени задолженность по обеспечению их жильем.

Только в 4 субъектах РФ существует практика привлечения внебюджетных источников для обеспечения жильем детей-сирот (Республика Бурятия, Республика Саха (Якутия), Красноярский край, Саратовская область). Так в 2013 г. по инициативе Уполномоченного по правам ребенка в Республике Бурятия и Министерства социальной защиты населения Республики Бурятия был создан региональный благотворительный фонд по обеспечению жильем детей-сирот «Надежда». За счет средств, полученных в результате его деятельности фонда, приобретен новый частный дом с земельным участком для многодетной семьи лица из числа детей-сирот. В рамках работы по привлечению внебюджетных средств проводится взаимодействие со строительными компаниями. В 2015 г. одной из подрядных организаций была подарена благоустроенная квартира выпускнице Иркутского государственного университета, относящейся к категории дети-сироты.

Проблемы увеличения количества детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обеспечения их жильем стоят на постоянном контроле всех органов власти. Однако стали возникать и такие проблемы как качество предоставляемого жилья, непроживание детей-сирот в предоставленных жилых помещениях, образовывается огромная задолженность нанимателей перед ресурсоснабжающими организациями, по причине несвоевременной оплаты, имеются факты противоправных действий со стороны нанимателей, ненадлежащим образом используются предоставленные жилые помещения [5].

На решение этих проблем направлено Распоряжение от 22 января 2015 г. №72-р. Комплекс мер подготовлен с учетом результатов анализа ситуации в сфере обеспечения жилыми помещениями детей-сирот, в том числе анализа правоприменительной практики по реализации субъектами Федерации полномочий по обеспечению жилыми помещениями детей-сирот [2].

Комплекс мер содержит 15 мероприятий, направленных на оказание организационной, правовой и методической поддержки в решении наиболее актуальных проблем органов исполнительной власти субъектов Федерации, связанных с созданием условий для предоставления жилья детям-сиротам [1,4].

В документ включены дополнительные меры, в том числе:

- внесение изменений в российское законодательство в части совершенствования механизмов обеспечения жилыми помещениями детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и лиц из их числа;
- повышение квалификации специалистов по вопросам обеспечения жилыми помещениями детей-сирот и лиц из их числа;
- мониторинг проведения органами исполнительной власти субъектов Федерации контроля за использованием, распоряжением и сохранностью жилых помещений, находящихся в собственности или пользовании по договору социального найма у детей-сирот до

достижения ими возраста 18 лет, а также мониторинг исполнения судебных решений об обеспечении жилыми помещениями детей-сирот и лиц из их числа.

Для достижения эффективных результатов по обеспечению жильем детей-сирот в Бурятии необходимо более активно использовать практику привлечения внебюджетных источников. По управлению специализированным жилищным фондом для детей-сирот необходимо создание учреждения, работа которого была бы направлена на осуществление контроля за сохранностью жилых помещений, переданных по договорам найма и социализации граждан, получивших жилье.

Список литературы:

1. Жилищные права несовершеннолетних: система вещных прав, жилищные алименты, обеспечение жильем детей-сирот (Обзор всероссийской научно-практической конференции "Защита жилищных прав детей") [Электронный ресурс] URL: http:// www.zakon.ru/ (дата обращения: 11.07.2015).
2. Закон Республики Бурятия от 22.12.2012 № 3102-IV «Об учете и формировании списка детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подлежащих обеспечению жилыми помещениями в Республике Бурятия, и о внесении изменений в Закон Республики Бурятия «О порядке предоставления жилых помещений специализированного жилищного фонда Республики Бурятия».
3. Ильина А.А., Шурыгина Ю.Ю. Анализ нормативно-правовой базы по обеспечению жилыми помещениями детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Российской Федерации // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене. Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. 2015. С. 152-153.
4. Распоряжение Правительства РФ от 22.01.2015 № 72-р «Об утверждении комплекса мер по предоставлению жилья детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, и лицам из их числа на 2015 - 2017 годы».
5. Шодонова М.Э., Шурыгин Д.С. Организация реализации норм по защите прав детей, оставшихся без попечения родителей // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене. Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. 2015. С. 376-377.

УДК 615.036.8: 616.12-008.46

Исломов И. И., Разиков А.А, Гадаев А.Г.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: АКЦЕНТ НА ЭПЛЕРЕНОН

В статье рассмотрены сравнительные данние применения антагонистов альдостерона, полученные на основе ретроспективного анализа историй болезни больных с диагнозом хронической сердечной недостаточностью.

***Ключевые слова**: Альдостерон, спиронолактон, эплеренон, хроническая сердечная недостаточность.*

Islomov I.I., Razikov A.A., Gadaev A.G.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

PLACE OF ANTAGONISTS OF ALDOSTERONE IN TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE: ACCENT TO EPLERENONE

In this article is devoted the comparative data use of aldosterone antagonists derived from a retrospective analysis of medical records of patients diagnosed with chronic heart failure.

***Key words**. Aldosterone, spironolactone, eplerenone, chronic heart failure/*

Не тайно, что повышение концентрации альдостерона при хронической сердечной недостаточности (ХСН) обусловлено, с одной стороны, гиперпродукцией этого гормона надпочечниками вследствие избыточной активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), с другой – нарушением инактивации альдостерона в печени. Задержка натрия и жидкости под влиянием альдостерона вызывает объемную перегрузку сердца, а инициируемый альдостероном фиброз миокарда существенно снижает компенсаторные возможности сердца (одновременно повышая риск развития угрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти) [1, 2, 3, 4]. Итогом этих патологических процессов является постепенное прогрессирование систолической дисфункции левого желудочка. Блокада альдостерона – один из ключевых моментов патогенетической терапии ХСН. Однако доказано, что ни β -адреноблокаторы, ни блокаторы рецепторов к ангиотензину, ни ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (и-АПФ) не влияют на альдостероновый обмен [5]. Для этого используют антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР). Достижение нейроэндокринной блокады, позволяющей затормозить ключевые механизмы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) — это очень важная цель терапии. На сегодняшний день воздействием на один из важнейших нейроэндокринных факторов является торможение эффектов альдостерона [6].

Таким образом, длительный гиперальдостеронизм влечет за собой снижение числа кардиомиоцитов в единице объема миокарда с развитием гипоксии миокарда, что в итоге ведет к снижению сократительной способности сердечной мышцы [1]. На сегодняшний день именно сочетание трех нейрогуморальных модуляторов (и-АПФ + β-адреноблокаторы + АА) является наиболее рациональной схемой лечения больных с ХСН. Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых, почечных осложнений, замедлить прогрессирование течение ХСН и нарушения функции почек, а также продлить жизнь больных с ХСН и улучшить её качество.

Цель исследования. Изучить значение и влияние антагонистов альдостерона на функциональное состояние пациентов, путем ретроспективного анализа историй болезни больных с диагнозом ХСН.

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе 3- клиники ТМА за 2014 год. Изучено 538 историй болезни больных с ХСН у которых лабораторные анализы проводились до и после лечения. Из них 328 (60,96%) мужчин и 210 (39,03%) женщин, средний возраст больных составил 72,55±5,66 лет. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ). Больные вне зависимости от генеза ХСН были подразделены на три группы в зависимости от применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

Результаты и их обсуждения: По итогам ретроспективного изучения историй болезни было выявлено, что основными причинами развития ХСН были артериальная гипертензия (АГ) у 70,26% (n=378), ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 64,31% (n=346) больных, у 39,59% (n=213) пациентов имелись постоянную форму фибрилляции предсердий, у 3,34% (n=18) атеросклеротические пороки сердца. 34,57% (n=186) пациентов страдали СД. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло 137,46±14,44 мм рт. ст. (при выходе из стационара 126,14±10,46 мм рт. ст.) и диастолическое АД (ДАД) 85,07±11,03 мм рт. ст. (при выходе из стационара 76,04±9,06 мм рт. ст.) Исходный уровень фракции выброса (ФВ) был составлен 39,4±7,6%. Средний показатель пульса составлял 81,4±22,6 ударов в минуту (при выходе из стационара 74,12±5,08 мм рт. ст.). Исходный уровень калия составлял 3,84±1,6 ммоль/л и 5,42±1,08 ммоль/л при выходе из стационара. Исходный уровень креатинина в крови составлял 113,2±3,8 мкмоль/л и 112,8±2,02 мкмоль/л при выходе из стационара. Пациенты первой группы, составившие 48,69% (n=262) из 538 больных, получали верошпирон в сочетании с и-АПФ и бета-блокаторы, пациенты второй группы 42,56% (n=229) получали без антагониста альдостерона бета-блокаторы и и-АПФ, а пациенты из третьей группыn 11,52% (n=62) получали эплеренон в сочетании с бета-блокаторами и-АПФ. При сравнении результатов больных, получавших и не получавших АА, было выявлено, что клинико-лабораторные показатели пациентов двух груп-

пы, которых получали АА, были сравнительно лучше. При сравнении данных показателей среди групп, получавших эплеренон и верошпирон, значительная разница не была выявлена. Но был отмечен положительный сдвиг показателей клинико-лабораторных анализов, в частности уровни калия и креатинина в крови у пациентов группы, получавших эплеренон, в сравнении с показателями пациентов группы, получавших верошпирон.

Выводы: Применение селективных антагонистов минералокортикоидных рецепторов у больных с ХСН, улучшает течение и прогноз болезни. Это является основанием для более широкого применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов в клинической практике.

Список литературы:

1. Атрощенко Е.С. Роль альдостерона в патогенезе хронической сердечной недостаточности и эффективность применения его антагонистов. 2013. – №3. – С. 8-9.
2. Гиляревский С.Р., Голшмид М.В., Кузьмина И.М. Роль антагонистов рецепторов альдостерона в профилактике и лечении сердечно-сосудистых и почечных заболеваний: реальность и перспективы // Рус.мед. журн. 2014. № 23. С. 1689–1693.
3. Калягин А.Н. Хроническая сердечная недостаточность: современное понимание проблемы. Применение ингибиторов ангиотензин – превращающего фермента и антагонистов АТ1-рецепторов ангиотензина // Сибирский мед. журн. – 2007. – №6. – С. 98-103.
4. Hu L.J., Chen Y.Q., Deng S.B. et al. Additional use of an aldosterone antagonist in patients with mild to moderate chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis // Br. J. Clin. Pharmacol. 2013. V. 75. P. 1202–1212.
5. Iqbal J., Parviz Y., Pitt B. et al. Selection of a mineralocorticoid receptor antagonist for patients with hypertension or heart failure // Eur. J. Heart Fail. 2014. V. 16. P. 143–150.
6. Pitt B., Zannad F., Remme W.J. et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators // N. Engl. J. Med. 1999. V. 341. P. 709–717.
7. Zannad F., Alla F., Dousset B. et al. Limitation of excessive extracellular matrix turnover may contribute to survival benefit of spironolactone therapy in patients with congestive heart failure: insights from the randomized aldactone evaluation study (RALES) Rales Investigators // Circulation. 2000. V. 102. P. 2700–2706.

УДК 364.07:316.346.3(571.54)

Исламгалиева И.С.

Научный руководитель: д.и.н., доцент Гельман В.А.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕНОЛЕБНИХ

В статье рассматриваются социальная реабилитация в «Тарбагатайском социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних».

***Ключевые слова**: несовершеннолетние, реабилитация, воспитание.*

Islamgaliyeva I. S.

Supervisor: Gelman V.A.

East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL REHABILITATION NESOVERSHENOLEBNIKH

In article are considered social rehabilitation in "The Tarbagatai social and rehabilitation center for minors".

***Keywords:** minors, rehabilitation, education.*

Проблема положения детей в России относится к наиболее актуальным вопросам, так как возраст и социальная уязвимость детей обуславливают зависимое от взрослых состояние. Под влиянием социально-экономических процессов, происходивших в течение 90-х, начале 2000-х годов, положение детей в нашей стране претерпело значительные изменения и стало проблемой государственного масштаба. Несовершеннолетний оказывается подчас в криминальной среде, где действуют чуждые обществу требования, правила, традиции, ценности, асоциальные групповые нормы. В то же время, дети являются творческим, интеллектуальным и трудовым потенциалом страны и требуют ответственного отношения со стороны взрослых; продуманной системы мер, направленной на обеспечение их выживания и развития.

В Российской Федерации развита сеть учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. Одно из них – «Тарбагатайский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних».

Рассматривая историю образования центра: в 1996 году открыта социальная группа на 19 детей при детском садике « Родничок», в 1997 году был открыт приют для подростков, в 2000 году - зарегистрирован устав муниципального специализированного учреждения «Тарбагатайский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних». Основной задачей ставилась социальная реабилитация несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Центр имеет все возможности для оказания социальной помощи и реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и рассчитан на 25 детей от 3 до 18 лет.

Структура учреждения состоит из приемного отделения, отделения временного пребывания и службы сопровождения замещающих семей.

Основной целью центра является:

- Оказание комплексной социально-экономической, социально-педагогической, социально-правовой, юридической, медицинской помощи несовершеннолетним, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

За время реабилитации налаживаются межличностные отношения, внутрисемейные связи, создаётся благоприятный социальный фон дальнейшей жизни воспитанников. При невозможности восстановления семьи, ребёнку находится замещающая семья. Таким образом, задачи центра многогранны и включают в себя: снятие острого психического напряжения, проведение первичной адаптации ребенка к жизни в социально здоровой среде, разработка и реализация индивидуальных программы социальной реабилитации, восстановление или компенсирование утраченных социальных связей.

Центр осуществляет предоставление социальных услуг в соответствии с индивидуальными и групповыми программами социальной реабилитации, такие как: социально-педагогические услуги; социально-психологические услуги; социально-правовые услуги; социально-медицинские услуги.

В Учреждение круглосуточно принимаются несовершеннолетние: заблудившиеся или подкинутые; не имеющие места жительства, места пребывания и средств к существованию; самовольно оставившие семью, самовольно ушедшие из организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, за исключением лиц, самовольно ушедших из специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа; оставшиеся без попечения родителей или иных законных представителей; проживающие в семьях, находящихся в социально опасном положении и находящиеся в иной трудной жизненной ситуации.

Если ранжировать причины поступления детей в центр, то складывается следующая картина: 1-е место - дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации; 2-е место - социально-опасное положение семьи; 3-место - уклонение родителей от воспитания; 4-е место - неспособность опекуна справиться со своими обязанностями; 5-е место - лишение родительских прав; 6-е место- пребывание родителей в местах заключения. Это позволяет судить о том горьком социально-психологическом опыте, который приобретают дети в собственной семье, о причинах утраты ребенком семейных связей.

Нарушены связи детей и с таким важнейшим институтом социализации как школа. Ведь искажения психического развития ребенка особенно ярко выражены у детей из кризисных и асоциальных семей в связи с большим «стажем» пребывания ребенка в неблагоприятной ситуации, увеличивающейся социально-педагогической запущенностью, накоплением не решаемых эмоциональных про-

блем, снижением познавательного интереса, формированием специфических черт личности. Лишенные ласки и заботы, подчас подвергаемые физическим страданиям и унижениям, эти дети нуждаются в участии и поддержке со стороны общества. Не находя этой поддержки, они вступают в жизнь надломленные, эмоционально недоразвитые или даже эмоционально искалеченные, с ненавистью и обидой на весь мир, с сформированной отчужденностью от мира взрослых, неприятием норм и традиций общества, хорошей адаптированностью к условиям, в которые их поставила жизнь. Ребенок, из семьи с асоциальным образом жизни и асоциальными установками лишен положительного опыта семейной жизни, деформируется как в личностном, так и в индивидуальном развитии. Попадая сюда, многие ребята впервые видят светлые комнаты, чистые постели и заботливых воспитателей. Задача работников центра этого ребенка возвратить, дать ему образование, воспитание.

Воспитание таких детей работникам центра дается непросто. Главное – достучаться до сердец, вовремя остановить трудного подростка, помочь ему разобраться в себе, не позволить встать на криминальный путь. Направляя процесс перестройки жизненных ориентаций и поведения подростков, очень важно расширить круг их представлений о социальной жизни, о гуманных взаимоотношениях людей, о подлинной красоте, т. е. показать, что жизненный опыт, накопленный ими в семье или сомнительной уличной компании, не исчерпывает всей полноты жизни. Общение воспитанника с людьми в отделении служит тому наглядным подтверждением. Ребенок, у которого снижена планка жизненных ценностей, должен убедиться в значимости новых для него ориентиров, носителями которых являются сотрудники центра. Ребенок способен оценить и широту кругозора, и любовь к своей профессии, и готовность понять чужие проблемы и прийти на помощь. Заботясь о расширении круга представлений воспитанников о социальной жизни и ценностных ориентациях других людей, важно «вывести» их за пределы центра, показать примеры позитивной активности окружающих.

В учреждении специалистами создана уютная, приближенная к домашней атмосфере обстановка. Деятельность всех специалистов отделения построена на обеспечении всестороннего изучения личности воспитанников, выявлении причин кризисной ситуации или существа конфликта, приведшего несовершеннолетнего в приют. Только комплексный подход к реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением даёт стабильный и положительный результат.

В работе всеми службами выполняется единство и непрерывность реабилитационного процесса, который построен на принципах гуманизма, ненасильственного отношения к детям и принципах социальной терапии. Эффективными формами работы с нашими воспитанниками мы считаем тренинги, игры, конкурсы, праздники, трудовые дела.

Очень важным мы считаем принцип открытости нашего учреждения. У «Тарбагатайского реабилитационного центра для несовершеннолетних» много друзей – единомышленников, принимающих активное участие в реабилитационном процессе.

Мы должны стремиться к тому, чтобы наша деятельность была бы значима для того учреждения, в котором мы работаем, для того места, в котором мы живем, а значит и для всей страны в целом!

УДК 159.942:316.346.32-053.6

Калуженина Т.А.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

В статье рассматривается понятие психологического здоровья человека и его основные критерии. Автор анализирует результаты исследования психологического здоровья студентов с помощью проективного теста и предлагает рекомендации по его коррекции.

***Ключевые слова**: психологическое здоровье, модель психологического здоровья, критерии психологического здоровья, тестирование, рисуночный тест Э.Вартегга, результаты тестирования.*

Kaluzhenina T.A.

East Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

THE RESULTS OF DETERMINING THE LEVEL OF STUDENTS PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

The article discusses the concept of psychological health and its key indicators. The author analyzes the results of the research of psychological health of students using a projective test, and offers recommendations for its correction .

***Key words**: psychological health, the model of psychological health, criteria of psychological health, testing, drawing test E. Wartegg, the results of the testing .*

Психологическое здоровье является необходимым условием полноценного развития человека. Еще Сократ утверждал, о том, что «…тело не болеет отдельно и независимо от души». Физическое здоровье и психологическое здоровье взаимосвязаны и взаимообусловлены. Наши мысли, эмоции, реакции, установки влияют на физическое здоровье. Сильные эмоции такие как: страх, гнев, горе – особенно, если они вытесняются и подавляются – могут являться причиной психосоматических заболеваний. И наоборот, наше физическое здоровье (сбалансированное питание, физические упражнения, управление дыханием, полноценный сон) влияет на нашу духовную и эмоциональную жизнь.

Под понятием психологическое здоровье понимается состояние душевного благополучия (комфорта), адекватное отношение человека к окружающему миру, отсутствие болезненных психических явлений: страхов, неврозов, проявлений дезадаптации.

Определение «психологического здоровья человека» состоит из двух категориальных словосочетаний: психологии здоровья и психологии человека. На стыке этих областей знания возникают психологические модели, рассматривающие проблему здоровья с человеческой позиции [2]. Модель психологического здоровья представляет собой систему, состоящую из пяти компонентов.

1. *Аксиологический* (самоотношение) *компонент* предполагает осознание человеком своей ценности и уникальности, а также ценности и уникальности окружающих. Принятие человеком самого себя при достаточно полном знании себя, а также принятии других. Полностью принимает самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих людей.

2.*Инструментальный компонент* предполагает владение рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать сознание на самом себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими.

3. *Потребностно - мотивационный компонент* определяет наличие у человека потребности в саморазвитии, т.е. в самоизменении и личностном росте. Человек полностью принимает ответственность за свою жизнь.

4. *Развивающий компонент* предполагает наличие динамики в умственном, личностном, социальном, физическом развитии. Не создает предпосылок для возникновения психосоматических заболеваний. Человек находится в постоянном развитии и способствует развитию других людей.

5. Социально – культурный компонент определяет возможность человека успешно действовать, развиваться в окружающих его социально- культурных условиях. Умение понимать и взаимодействовать с людьми.

К критериям психологического здоровья относятся:

- позитивное самоощущение (позитивный эмоциональный фон настроения)
- высокий уровень развития рефлексии
- успешное прохождение возрастных кризисов
- гибкость адаптированность к социуму (умение приспосабливаться к изменяющимся условиям).

Ежегодно Центр практической психологии Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления проводит комплексную деятельность, направленную на изучение уровня психологического здоровья студентов. Данная деятельность осуществляется в рамках психологического сопровождения студентов и проводится во втором семестре со студентами третьего курса. В 2016 году в работе приняли участие 29 кураторов и 303 студента третьего курса. Комплексная деятельность включала в себя:

1. проведение психологами обучающих семинаров с кураторами третьего курса;
2. проведение тестирования;
3. обработку результатов;
4. составление психологического паспорта группы;
5. проведение индивидуального собеседования с кураторами и студентами по результатам тестирования.

Определение уровня психологического здоровья осуществлялось с помощью проективного теста Вартегга. Рисуночный тест Э. Вартегг разработал в 30-х годах прошлого столетия. Это один из проективных тестов, предполагающих завершение испытуемым графического незаконченного объекта. Следует отметить, что «Рисуночный тест Вартегга» обладает широким диагностическим потенциалом и предоставляет большие возможности для изучения особенностей личностного развития. Такого рода преимущества предоставляет стимульный материал теста, основанный на архетипических стимульных знаках, глубоко заложенный на бессознательном уровне смысл которых провоцирует усиление эмоционального реагирования со стороны субъекта оценки [1]. Методика позволяет выделить следующие диагностические критерии, позволяющие судить о психологическом здоровье респондента:

- отношение личности к себе, (уверенность/неуверенность, самооценка);
- отношение личности к другим людям (доброжелательность/холодность; контактность/замкнутость);
- (последовательность трех увеличивающихся вертикальных штрихов, расположенных на равных расстояниях друг от друга) – отношение личности к целеполаганию (мотив “Стремление к успеху”/мотив избегания неудач);
- отношение личности к стрессу (тревожность; страхи);
- энергетический потенциал (активность/пассивность; агрессия);
- отношение личности к учёбе, к работе (гармония социального окружения);
- психоэмоциональный фон респондента (чувствительность, ранимость, сензитивность к социальному взаимодействию);
- отношения личности в близком окружении (потребность в аффилиации; потребность в защите).

После завершения рисунков респонденту предлагается назвать их, указать последовательность и написать не менее трёх ассоциаций, которые характеризуют этот рисунок. Психологический портрет испытуемого складывается из анализа качественных показателей завершения рисунков, порядка выполнения теста и анализа ассоциаций.

Анализируя иерархию «проблемных зон» студентов, первое место делят «отношение к целеполаганию» и «проблемы с энергетическим потенциалом»– 43,6%. Проблемы, связанные с целеполаганием заключаются в трудностях постановки студентами цели, сложностях поэтапного планирования и прогнозирования своей жизни. Студенты отмечают, что неспособность планирования сказывается в основном на учёбе, и проявляется в их слабой организованности, низкой концентрации внимания и зачастую в импульсивности действий, которые не приносят эффективности.

Кроме того, результаты собеседования раскрывают проблему, в которой сочетаются сразу три темы: «отношение к учебе», «отношение к целеполаганию», и «энергетический потенциал». Опыт работы показывает, что III курс является кризисным этапом для студентов, и связан с уточнением их профессионального самоопределения. В это время многие студенты задумываются о правильности своего профессионального выбора, часть из них разочаровываются, считают, что они ошиблись в выборе, в результате та модель и перспектива, которая была ранее создана ими, рушится, и они чувствуют разбитость, апатию, неопределенность, страх перед будущим.

Переживания, связанные с уточнением студентами «своего профессионального места» в будущем не могут не сказаться на их физическом и психологическом состоянии. На собеседовании студенты отмечают, что часто чувствуют утомление, усталость и резкую смену фаз активность – пассивность. В результате подобных перепадов не исключены функциональные расстройства, неустойчивость сердечно-сосудистой системы, склонность к головным болям, головокружениям, ухудшению сна и общего самочувствия. Возможно, этот показатель также связан с достаточно высокой загруженностью студентов третьего курса.

На втором месте находится проблема адекватного реагирования в стрессовой ситуации – 35,6%. У данной группы студентов отмечается низкая стрессоустойчивость, высокий уровень тревожности, «застревание» на негативных ситуациях, внешнеобвинительный стиль реагирования на ситуацию.

Дальнейшее собеседование со студентами выявило, что в основном студенты оценивают, как стрессовые, следующие ситуации: учёба, сдача экзаменов, неразделённая любовь, (любовь вообще), потеря близких, развод родителей, болезнь близких, ситуации, связанные с детством, финансовые трудности, страх смерти и др.

Третье место иерархии проблемных зон занимает проблема, связанная с трудностями в учебе – 34%. Как уже отмечалось ранее, данная проблема перекликается с проблемой отношения к целеполаганию. Студенты отмечают, что из-за того, что они не имеют четкого представления по поводу своей будущей самореализации, они «учатся, потому что надо», снизили свою успеваемость, думают о получении второго образования и т.д.

Методика Вартегга позволила также определить студентов группы риска по наличию отклонений в психологическом здоровье. В эту группу вошли студенты с возможными отклонениями в психическом здоровье, с отклонениями психосоматического круга, предрасположенностью к разного рода зависимостям. Эта группа составляет 2,6 % от общего числа студентов, прошедших тестирование.

Таким образом, изучение уровня психологического здоровья студентов третьего курса показало, что около 35% студентов нуждаются в психологическом сопровождении. Коррекционную деятельность следует направить на составление программы тренинга по формированию у студентов гибкого восприятия действительности, стрессоустойчивости, по работе над формированием целеполагания. Особое место необходимо уделить тренингам и индивидуальной коррекционной работе, направленным на снятие психологического напряжения, обучению медитативным техникам и релаксационным упражнениям, а также тренингам, направленным на повышение ответственности студентов.

Список литературы:

1. Валявко С. М., Князев К. Е. Возможности использования проективных методик для диагностики особенностей личностного развития дошкольников с общим недоразвитием речи // Экспериментальная психология. 2014. Т. 7. № 4. С.110–122.
2. А.В. Шувалов Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология.2009. Вып.4.С.87-101.

УДК 37.013.42

Капалыгина И.И.
Гродненский университет имени Янки Купалы, Гродно, Республика Беларусь

ЗДОРОВЬЕ КАК МЕРА СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В ОБЩЕСТВЕ

Методология исследования понятия «здоровье» дает основание для классификации подходов к его определению, а также формирует дальнейшее поле научной деятельности в заданном направлении.

Ключевые слова: *здоровье, личность, школьник, показатели здоровья, социум.*

Kapalygina I.
Grodno University named after Yanka Kupala, Grodno, Republic of Belarus

HEALTH AS A MEASURE OF SOCIAL ACTIVITY OF HUMAN SOCIETY

Research Methodology "health" of the concept provides a basis for the classification of approaches to its definition, and also forms a further field of scientific activity in a given direction.

Keywords: *health, person, student, health indicators, society.*

В контексте здоровьесбережения ключевым понятием является «здоровье». В литературе можно встретить множество вариантов определений здоровья на обобщенном и частном уровне. Те или иные из них основаны на различных критериях, показателях, уровнях. Контент анализ трудов ученых различных областей наук, практиков позволил выделить подходы к его рассмотрению. Обобщенная характеристика терминологического аппарата понятия «здоровье» как предметной области исследования и связанных с ним показателей представлена на рисунке 1. Более подробное описание в контексте ниже.

С позиции субъекта деятельности различают здоровье общественное и личностное. Определение «общественного здоровья или «здоровья населения» достаточно широкое, носит обобщенный характер и многими учеными понимается следующим образом: ресурс национальной безопасности [2]; общественная, социально-политическая и экономическая категория, а также объект социальной политики, нуждающееся в измерении, точной оценке с учётом не столько медицинского, сколько социального его значения [1]; многокомпонентное понятие, отражающее не только биологический, но и социальный, психологический, экономический, интеллектуальный, духовный уровни развития общества; состояние общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни, нестесненного физическими и психическими заболеваниями, то, без чего общество не может создавать материальные и духовные ценности, это и есть богатство общества [5]; медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, духовное, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей [3].

Обобщая представленные научные понятия, можно заключить, что общественное здоровье отражает интегрированное комплексное здоровье каждого человека, что и составляет в совокупности здоровое или нездоровое общество людей. Это своего рода потенциал, имеющий экономическое выражение, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей.

Для оценки общественного здоровья учеными предложены следующие показатели: демографические, показатели заболеваемости, первичной инвалидности, физического развития [1; 2; 4; 5]. Экспертами ВОЗ сформулированы требования к показателям общественного здоровья населения: доступность данных, полнота охвата, качество, универсальность, вычислимость, приемлемость и интерпретируемость, воспроизводимость, специфичность, чувствительность, валидность, репрезентативность, иерархичность, целевая состоятельность [2].

Общественное здоровье населения связано с личностным здоровьем человека. Личностное здоровье, или тождественное с ним понятие «индивидуальное здоровье» трактуется следующим образом: свойство человека выполнять свои биосоциальные функции в изменяющейся среде, с перегрузками и без потерь, при условии отсутствия болезней и дефектов [1]; персональное самочувствие, наличие или отсутствие заболеваний, физическое состояние человека [4]; состояние отдельного человека, позволяющее вести активную в социальном и экономическом плане жизнь [3].

В науке существует понятие «субъективное здоровье», которое имеет следующие уровни: поведенческий (здоровое поведение), когнитивный (адекватная оценка своего состояния и своих способностей в решении проблем), аффективный (позитивное переживание своего состояния). К параметрам субъективного качества жизни, связанным со здоровьем, относятся: самооценка здоровья; влияние здоровья на возможность переносить физические и психологические нагрузки; влияние уровня физического и эмоционального благополучия на продуктивность труда и повседневную деятельность человека; самооценка настроения; самооценка физических симптомов здоровья (болевых ощущений) [5].

Чтобы провести самооценку своего здоровья необходимо знать сведения о состоянии здоровья, количество всех показателей и их соотношение, соматические признаки, функциональные изменения и эмоциональное состояние. Ученые выделили критерии самооценки здоровья: биомедицинский, критерий физического функционирования организма, оценка своего поведения, психологического, эмоционального духовного состояния [5]. Предположительного можно утверждать, что на самооценку здоровья влияют культура, ценности, убеждения, представления о приоритетных компонентах здоровья, социальное окружение, экономический статус, гендерные показатели и возраст. Таким образом, люди стремятся дать своему здоровью позитивную оценку, выбирая более «выгодную» для себя группу сравнения.

В науке и практике употребляются определения здоровья, связанные с физическим развитием человека, резервов организма, работы внутренних органов, функционирования систем жизнедеятельности. *С позиции физиологических возможностей личности* учеными выделяются биологическое, физическое и соматическое здоровье. *С позиции мировоззренческой направленности* можно обозначить интеллектуальное нравственное и духовное здоровье. Личностный уровень здоровья в современных публикациях часто отождествляется с психологическим здоровьем и психологическим благополучием [5]. *С точки зрения психологии личности в социуме* различают психическое, психологическое и социальное здоровье.

Анализ теоретических подходов к исследованию проблемы здоровья человека и здоровьесбережения показал, что на современном этапе она остается актуальной и ее разрешение в контексте целенаправленно организованного формирования личности возможно в системе образования.

Список литературы:

1. Василенко, Н.Ю. Основы социальной медицины / Н.Ю. Василенко. – Владивосток : Издательство Дальневосточного университета, 2004. – 129 с.
2. Навыки, необходимые для здоровья: информационные серии по школьному здравоохранению (документ 9) // Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа : http://www.unicef.org/lifeskills/files/SFH-RUS.doc. – Дата доступа : 02.02.2009.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. В 2 ч. Ч. 1 / И.А. Наумов [и др.] ; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – 335 с.
4. Пантюк, И.В. Теоретические основы социальной работы / И.В. Пантюк. – Минск: Амалфея, 2010. – 388 с.
5. Фролова, Ю.Г. Психология здоровья : пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск : Выш. шк., 2014. – 255 с.

УДК: 378.016:796

Кашматова Ж.А.
Кызыл-Кыйский гуманитарно-педагогический институт, Баткенского государственного университета, Кыргызская республика

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ К ФИЗКУЛЬТУРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Данная статья посвящена в определении сущности и содержания подготовки будущих педагогов начальных классов к физкультурной деятельности.

Разработана педагогическая система формирования готовности к физкультурно-спортивной деятельности, обоснован комплекс педагогических условий ее эффективной практической реализации в физическом воспитании студентов-педагогов.

Ключевые слова: *педагог начальных классов, физкультурно-спортивная деятельность, студент-педагог, физическое воспитание, педагогические условия.*

Kalmatova J. A.
Kyzyl-Kya humanitarian pedagogical Institute of Batken state University, Kyrgyzstan

SOCIO-PEDAGOGICAL CONDITIONS OF EFFECTIVE FORMATION OF READINESS OF FUTURE TEACHERS OF INITIAL CLASSES TO PHYSICAL ACTIVITIES

This article deals with the definition of the nature and content of training of future teachers of initial classes to sports activity.

Developed pedagogical system of formation of readiness for physical activity, justified by the complex of pedagogical conditions of its effective practical implementation in physical education students-teachers.

***Key words**: teacher of initial classes, sports activities, student-teacher, physical education, pedagogical conditions.*

С каждым годом возрастает потребность в совершенствовании методики подготовки педагогических кадров. Это вызвано закономерным развитием образования физической культуры и спорта (ФиС). Учитывая многогранность и сложность деятельности педагогов начальных классов намипредприняты попытки выделить и обосновать комплекс педагогических условий эффективного формирования готовности будущих педагогов начальных классов к физкультурно-спортивной деятельности (ФСД) в образовательном процессе по физической культуре (ФК).

Экспериментальная часть содержание данного образовательного процесса обеспечивала сопряженное изыскание уровня и изменения развития готовности студентов-педагогов к ФСД и управления формированием их готовности к ФСД и на этой основе довольно успешно осваивались необходимые знания, двигательные навыки и умения, повышались усвоения знаний по дисциплине «Физическая культура», обостренные чувства к ФСД, уровни соответствующих физических качеств.

Важно и то, что в ходе опытной работы неуклонно претворялась в практику и такая сторона физического воспитания (ФВ), как оптимизации связи с практической деятельностью. Это проявлялось в комплексном развитии педагогических и физических способностей, их сопряженном взаимодействии с нравственно-волевыми и другими психолого-педагогическими свойствами, воздействием на качественные показатели наиболее необходимых двигательных качеств: бег, прыжки, метании и др. Естественно, все вышеуказанное не может позитивно не влиять общего уровня подготовки к многогранной профессионально-педагогической деятельности (ППД).

Общераспространенным является суждение, что глубина усвоения педагогических знаний, мотивы, стимулирующих человека к ФСД: укрепить и сохранить здоровье, повысить уровень физической подготовленности и др, степень проявления мотивов, частота важнейших мотивов и наиболее важнейших студентов ЭГ против 19,68 ± 4,37 балла студентов контрольной группы при $P > 0,05$).

При сравнительном анализе качества усвоения знаний после педагогического эксперимента выявлено существенное преимущество студентов ЭГ: 15,67±2,54 балла против 10,85+2,32 балла у студентов КГ, или 4,36+0,54 против 3,02±0,32 балла - при переводе полученных данных в 5-балльную шкалу оценивания.

сложностей при организации ФСД, обостренные чувства, уровень развития физических качеств. Также, по-своему примечательными являются показатели отражающие посещаемости занятий, активность оценка рефлексивного, информационного, операционного, мотивационного составляющих.

В мотивационном составляющем в обеих группах (КГ и ЭГ) преобладают лица с физкультурно-оздоровительной ориентированностью [от 41,7 до 44,5%], что совпадает как с литературными данными, так и с нашимиполученными данными. В рефлексивном составляющем, первоначально преобладали лица с низким уровнем развития рефлексии: 66,7% студентов в КГ и 58,3%-ЭГ.

За время эксперимента у каждого третьего студента ЭГ изменился в лучшую сторону. За время эксперимента развития физических качеств студентов ЭГ значительно улучшили свои результаты в беге на 100м, беге на 3000м и прыжках в длину с места (таблица 2).

Сравнительный анализ полученных с помощью t- критерии Стьюдента показывает показывает о примерном уровне информационной готовности студентов обеих групп.

Значительно полнее и методически обоснованно выполнили мероприятия по самоконтролю физического развития (ФР), физической подготовленности (ФП) и физической работоспособности (PWC170)(4,4 балла против 3,4 балла у испытуемых КГ).

Содержание подготовки педагогов начальных классов не может ограничиться использованием указанных принципиальных основ ФК. Он охватывает в себя серию специальных сторон, логически вытекает из требований профессионально-педагогического (ППТ) труда, в наших условиях из специфики работы по повышению эффективности (ППТ), отличающееся от деятельности профессионалов другого профиля.

В этом плане обычно имеются в виду профессионально-педагогические возможности педагога, его педагогические, психологические качества, умения, физические способности, педагогическое чутье и др.. Указанные стороны в общей совокупности отражают такие особые составляющие педагогического мастерства, умение управлять ФСД и умения в постоянно меняющейся ситуации ППД, включение в эту деятельность нравственных, психологических, умственных эмоциональных и иных личных способностей.

Полученный нами фактический материал позволяет говорить о том, что важнейшее составляющие получают в процессе экспериментальной работы (ЭР)позитивное изменение как в своем дифференцированном, так и в интегральном проявлении.

Введение общепринятых, принципиальных основ ФК и обязательное выполнение особых требований профессионально-педагогической подготовки (ППП) будущих педагогов начальных классов следует ориентироваться также на идею их гармонического сочетания, обеспечивать необходимый уровень формирования и совершенствования подготовки педагогов начальных классов.

По общей педагогике, и в теории и методики физической культуры, и методике начального образования, и в других научных педагогических дисциплинах, известно, что предъявляемые требования гармония заложены в самой цели образования и воспитания.

Добиться этоговозможно в том случае, когда гармония задач и направлений работы с детьми постоянно подкрепляется гармоническим единством используемых средств, форм и методов педагогического воздействия на них.

Полученные нами материалы свидетельствуют обобязательном соблюдении такого требования в процессе всей экспериментальнойработы. Средства, формы и методы (педагогические воздействия) использовались с учетом особых специфических требований:увеличений объема специальных заданий студентами в образовательном процессе;выполнение требований, позволяющих сочетание объема специальных заданий с заданиями общефизической и общепедагогической ориентированности;достаточно широкое использование работ и установок, регламентирующих прилагаемых студентами усилий;обязательное выполнение заданий и требований при различных формах образовательных процессах и эмоциональных состояниях и др.

Первостепенное значение придавалось рациональному соотношению тех из методом, обеспечивающиеповышение физических иинтеллектуальных способностей, показателей мобилизации психических свойств и качеств, комплексные проявления из этих качеств и свойств заданиях и действиях.

Видимо нельзя упускать из вида и то обстоятельство, что эффективность осуществленного экспериментального изыскания в определенной мере зависело и от форм проведения занятий, отличающиеся обоснованным их разнообразием и соответствующим решаемым задачам.

Эффективность осуществленного экспериментального изыскания непосредственно связана с успешным решением целей и задач, как ФВ, ППП будущих педагогов начальных классов. Многосторонность полученных фактических показателей связана с непосредственной зависимости от содержания всей работы с избранным контингентом студентов, многообразия средств, и методов педагогического воздействия на них, и форм занятий. Все это показывает и теоретическое, и конкретно-методическое значение нашего исследования.

Отметим еще одно принципиально важное обстоятельство: полноценная подготовка педагога начальных классов оказывает сильное положительное влияние на все стороны личности.

Итак, обобщая итоги эксперимента, следует заключить, что при реализации модели формирования готовности к ФСД обеспечивается педагогические условия для успешного:формирования спортивно-педагогической ориентированности; развития способности к рефлексивному отношению к ФСД и «Я» на уровне самоопределения в ФиС;развития необходимых физических качеств;формирование соответствующих теоретических и методических знаний их применения в ФСД.

Преобладающее большинство студентов специальности: «Педагог начальных классов» при использовании этих педагогических условий становятся подготовленными к ФСД.

Список литературы:
1. Абдыкадырова, Д.Р. Формирование готовности студентов педагогических вузов к оздоровительно-физкультурной деятельности: автореф. дис…. канд. пед. наук: 13.00.04 / Д.Р. Абдыкадырова.- Алматы, 2008- 26 с.
2. Адамбеков, К.И. Педагогические основы физического воспитания учщихся: автореф. дис…. канд. пед. наук: 13.00.04 / К.И. Адамбеков.- Алматы, 1995- 44 с.
3. Визитей, Н.Н. Физическая культура и спорт как социальное явление: философские очерки. / Н.Н. Визитей.-Кишинев: Штиница, 1989.- 162с.
4. Воронов, А.М. Педагогические условия формирования физической культуры учителя в процессе профессиональной подготовки в вузе: автореф. дис…. канд. пед. наук: 13.00.04 / А.М. Воронов.- Петрозаводск, 1996.- 22 с.
5. Дуйшоев, Б.Э. Формирование здорового образа жизни у студентов средствами физической культуры: автореф. дис…. канд. пед. наук: 13.00.04 / Б.Э. Дуйшоев.- Ташкент, 2008.- 23 с.
6. Теория и методика физической культуры: учебное пособие: под редакцией А.И. Шарабакина, К.У. Мамбеталиева.- Бишкек: Шам, 1997.- 327 с.

УДК 316

Квашнина В.О., Хабарова Е.В.
Горно-Алтайский государственный университет, г. Горно-Алтайск, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ АУТИЗМОМ

В статье рассматриваются формы социальной работы с детьми, страдающими РАС.
Ключевые слова: *детский аутизм, социальная работа, аутизм.*

Kvashnina V.O., Khabarova E. V.
Gorno-Altaisk state University, Gorno-Altaisk, Russia

SOCIAL WORK WITH CHILDREN WITH AUTISM

This article discusses a form of social work with children with ASD.
Key words: *infantile autism, social work, autism.*

Аутизм (от греч. autos—сам) представляет собой отрыв от реальности, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий [4].

Несмотря на то, что этот термин употребляется во всем мире и по сей день, следует отметить, что современное понимание аутизма существенно отличается от первоначального клинического определения, предложенного Блейлером. В зарубежной психиатрии аутизм рассматривается в поведенческом плане как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное защитное приспособление против душевной боли, дающее человеку возможность избежать непосильных для него требований окружающей среды [4].

Проблема детского аутизма достаточно распространенное явление, которое встречается не реже, чем нарушения зрения или слуха. Но, к сожалению, об этом особом нарушение психического развития недостаточно известно в России даже профессионалам, и зачастую семьи, имеющие детей с РАС, на протяжении много времени не могут получить квалифицированную медико-социальную помощь. Также нередки случаи, когда родители вынуждены сами ставить диагноз и практически без всякой профессиональной поддержки, начинать и годами вести реабилитацию и социализацию своего ребенка.

На сегодняшний день уделяется большое внимание проблеме изучения и коррекции различных психических расстройств у детей. Появляется достаточно много литературы, в том числе и рекомендательной по вопросам умственной отсталости, нарушениям обучения и воспитания, отклонениям в поведении и общении. В России данной проблемой занимаются такие специалисты, как Богдашина О.А., Башина В.М., Иванов Е.С. и другие. Но проблема квалицированной социальной работы с детьми страдающими аутизмом на данный момент все еще не до конца изучена.

Следует сказать, что аутизм — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки начинают проявляться в возрасте до трёх лет [1].

Всемирная организация здравоохранения приводит такие факты об аутизме:

- 1 из 160 детей страдает расстройством аутистического спектра (РАС).
- Расстройства аутистического спектра начинаются в детстве, но, как правило, сохраняются в подростковом и взрослом возрасте.
- Хотя некоторые лица с РАС способны жить самостоятельно и продуктивно, другие страдают тяжелыми нарушениями и нуждаются в пожизненном уходе и поддержке.
- С помощью таких психосоциальных мероприятий, опирающихся на фактические данные, как поведенческая терапия можно ослабить затруднения в коммуникации и социальном поведении, что положительно сказывается на благополучии и качестве жизни.
- Меры помощи лицам с РАС должны сопровождаться более широкими мероприятиями, с целью придать физической и социальной среде и взаимоотношениям более доступный, инклюзивный и благоприятный характер.
- Во всем мире лица с РАС часто подвергаются стигме, дискриминации и нарушению прав человека, а их доступ к услугам и поддержке является недостаточным [2]. В связи с этими фактами возникает острая необходимость социальной работы с детьми, страдающими РАС.

На сегодняшний день Россия испытывает острый недостаток в практических разработках методик социальной работы, которая бы способствовала социально-бытовой адаптации детей с РАС к повседневной жизни.

За рубежом наибольших положительных результатов в области социально-бытовой реабилитации людей с РАС достигли сторонники поведенческой терапии, основные усилия которых направлены на формирование самостоятельности и более независимого поведения ребенка в его повседневной жизни. Выделяют два основных направления в рамках поведенческой терапии: Оперантное обучение и Обучение по программе TEACCH – это не метод или терапия, а комплексная программа содействия и помощи людям с аутизмом. Она была создана почти 30 лет назад на основе результатов исследовательских проектов Эрика Шоплера в сотрудничестве с университетом, объединением родителей и государственными учреждениями. Данная программа является государственной в некоторых штатах Америки и европейский странах, например в Бельгии [1].

В основе Оперантного обучения лежат исследования бихевиористов, направленные на разработку социально-бытового поведения через оттачивание отдельных операций с их последующим объединением. Специалисты, пользующиеся данным подходом, столкнулись с трудностями переноса сформированного навыка в другую ситуацию.

Обучение по программе TEACCH направлено на облегчение социально-бытовой адаптации аутичного человека с помощью зрительной организации его внешней среды. Основные принципы концепции TEACCH:

- Аутизм – это всестороннее нарушение развития. Люди с аутизмом нуждаются в поддержке и сопровождении во всех сферах жизни.

- Помощь в сопровождении людей с аутизмом осуществляется в форме так называемого принципа двух путей. Их, образно выражаясь, можно рассматривать как людей другой культуры. Чтобы вести максимально независимую жизнь, они должны получать поддержку при развитии их способностей и навыков, которые помогают им преодолевать предъявляемые нашим миром требования. Но вместе с этим мы должны «прислушиваться» к людям с аутизмом и создавать им такое окружение, где в значительной мере компенсируется дефицит и трудности, вызванные аутистическим нарушением. Это дает возможность изучать новые типы поведения.

- Люди, которые работают с аутистами, не должны являться специалистами только в своей узкой области (логопедия, психология, дефектология), они должны быть специалистами по аутизму.

- Существенную роль играет сотрудничество с родителями. Родители предстают в роли «специалистов по своему ребенку». Без их помощи практически невозможна эффективная помощь, которая должна включаться в повседневную жизнь ребенка.

- Существенным признаком аутистического расстройства является неравномерный профиль развития такого человека, который не позволяет по уровню развития способностей в одной области сделать вывод о развитии способностей в другой. Поэтому центральное значение имеет индивидуализация помощи. Каждому человеку необходима своя специальная программа.

- Для индивидуального подбора и адаптации развивающей программы необходима полная и актуальная информация о способностях, интересах и специфический проблемах в различных сферах жизни.

- Все программы помощи ориентированы на сильные стороны и интересы человека с аутизмом и используют их для компенсации слабых сторон [1].

На первой стадии акцент так же делается на становлении у ребенка способности оставаться на своем месте и сосредоточивать свое внимание на задании. Такое поведение называется рабочим, так как оно является необходимой предпосылкой для самостоятельной, независимой от взрослого деятельности аутичного ребенка. Следует, однако, отметить то, что хотя специалисты, такие как Зюмалла Розитта, работающие по программе TEACCH, предполагают, что зрительная организация среды уменьшает зависимость ребенка от взрослого, но повышается опасность зависимости от определенной организованной ситуации. Попадая в неструктурированную ситуацию, ребенок может оказаться беспомощным. Не смотря на это, принципы организации учебной среды, разработанные в рамках программы TEACCH, представляют собой полезный опыт, в решении проблемы социальной адаптации людей с РАС в России.

Таким образом, тот аффективный опыт, который ребенок получает в детском возрасте, становится основой всего его дальнейшего развития - эмоционального, личностного, социального и интеллектуального. Именно поэтому так важно, чтобы он прошел его благополучно. Для этого необходимо, что бы социальный работник, понимая логику его аффективного развития, имел возможность разрабатывать индивидуальный подход, ориентируясь не только на возраст, но и отдельные особенности психического развития.

Список литературы:

1. Аутизм - причины, признаки, симптомы. Синдром аутизма [Электронный ресурс] URL: http://ru-happychild.livejournal.com/546073.html (дата обращения 1. 11. 2016).
2. ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/ru/ (дата обращения: 29. 10. 2016).
3. Спиваковская А. С. Роль осознаваемых и неосознаваемых переживаний в формировании аутистических установок. — В коллективной монографии: Бессознательное / Отв. ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассин. Тбилиси, 1978, т.II, с. 425—430.
4. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.

УДК 615.8: 616.28-008

Кипень М.Н.
Полесский государственный университет, г. Пинск, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Многовековые усилия мирового сообщества и всемирного здравоохранения до настоящего времени не привели к решению проблем, порожденных цивилизацией: повсеместный рост числа неинфекционных заболеваний, омоложение хронических недугов и смертности от целого ряда болезней, увеличение количества молодых лиц с ограниченными возможностями.

Ключевые слова: *социальная адаптация, интеграция, дети с нарушением слуха.*

Kipen M.N.
Poleski State University, Pinsk, Belarus

FEATURES OF SOCIAL ADAPTATION OF PERSONS WITH HEARING IMPAIRMENT

The centuries-old efforts of the world community and global health so far have not led to the solution of the problems caused by civilization: the widespread growth of non-communicable diseases, chronic diseases and rejuvenation of mortality from a number of diseases, the increase in the number of young people with disabilities.

Klyuchivye words*: social adaptation, integration, children with hearing impairment.*

Современные тенденции снижения показателей здоровья детей, как в мире, так и в Беларуси, определяют одну из значимых медико-социальных и социально-педагогических проблем: совершенствование подходов к сохранению и укреплению детей, а также адаптации и социальной интеграции их в обществе[3,6,7].Следует отметить, что в настоящее время в Беларуси только 47,3% первоклассников относятся к категории здоровых детей, а к моменту перехода в пятые классы их число уменьшается до 22,7%. Число слабослышащих детей 8,2%, нарушение слуха возникают на первом-втором году жизни.

Значительное число проблем, в том числе снижение уровня здоровья детей, связано с различными аспектами социализации человека к изменившимся условиям окружающей внутренней и внешней среды. Недостаточная сенсорная интеграция, в том числе врожденные и приобретенные снижения слуха, приводят к неадекватному развитию детей в общество[7,8].

Среди причин нарушения слуха детского населения следует отметитьнаследственные факторы, родовая травма, внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах,внутриутробная интоксикация и инфекция,детские инфекции, недоношенность,черепно-мозговая травма и др.[1,8].

Важно отметить, что в настоящее время специализированных учреждений для детей со снижением слуха 9 в Беларуси, которые не могут обеспечить всех желающих специализированной помощью.Растет число нуждающихся среди слабослышащих в реконструктивно-восстановительном лечении.

Выше обозначенное определяет актуальность изучения проблем, связанных с интеграцией детей с нарушением слуха в общество[2], в том числе социальной адаптации указанного контингента[4,5].

В соответствие с этим нами была определена **цель исследования:**совершенствование социальной интеграциидетей с нарушениями слуха путем исследования основных тенденций их социальной адаптации.

Материалы и методы исследования

Исследования проводилось в период с ноябрь 2015 по февраль 2016 года в рамках научно-исследовательской работы кафедры оздоровительной и адаптивной физической культуры УО «Полесского государственного университета».

В нем приняли участие 74 ребенка ГУО «Пинской специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интернат».

Дизайн работы предполагал анализ социального статуса детей с двустороннейнейросенсорнойтугоухостью на основе изучения анамнеза жизни, данных медицинской документации, интервьюированияпедагогов школы-интерната и родителей.

Результаты и их обсуждение

По результатам проведенного исследования было выявлены основные тенденции и трудности социальной адаптации детей с нарушениями слуха, как в детском коллективе, в семье так и в условиях педагогического процесса.

Анализ данных показал, что большинство детей67,2% с нарушением слуха, воспитываются в полных семьях и проживают в удовлетворительных бытовых условиях. Практически все дети 84,6 % активно общаются со своими сверстниками в школе-интернате, но имеют проблемы взаимодействия вне ее. Значительные барьеры для развития данного контингента являются нарушения координации, трудности расширение круга общения, напряженность во взаимодействии с родителями.

Основными направлениями по совершенствованию подходов к социальной адаптациитаких детей в обществе,может бытьследующие способностей:

- к расширению границ пространства жизнедеятельности;
- к самоопределению;
- к овладению социально ролевым поведением через систему дифференцированных отношений.

Естественная линия развития ребенка предполагает последовательное удовлетворение потребностей по мере их возникновения. В условиях интернатного учреждения эти способности могут длительное время оставаться в скрытом состоянии и требуются особые педагогические воздействия для их актуализации.

Методическими средствами для этого могут быть специальные спортивные занятия, которые направлены на развитие координации движений, включающие передвижения и вращение тела в пространстве с преодолением ряда препятствий.

Способность к самоопределению позволяет ребенку вступать в разнообразные отношения с окружающим его миром, оставаясь при этом самим собой, сохраняя собственные границы. Характерная особенность этой способности в том, что потребности в самоопределении первично у ребенка нет. Эта потребность формируется взрослым только при условии, что ребенок уже способен владеть границами собственного пространства. Решение задач зависит от преодоления трудностей социализации детей, подготовленности педагогов, сформированности их профессиональной позиции.

Выводы. Социальная адаптация детей с нарушением слуха играет важную роль в развитии и совершенствование, как двигательных, так и сенсорных навыков.

Одним из условий успешной интеграции детей с нарушением слуха являетсяопределение индивидуального социального статуса, которыйдолжно бытьосновой при работе для планирования социально-педагогический деятельности.

Список литературы:

1. Алексеевских, Д.Ю. Развитие детей с нарушениями слуха во внеурочное время [Текст] / Д.Ю. Алексеевских // М.: Владос. - 2005. - 225 с.
2. Антонова, А.И. Социология семьи: учебник / А. И. Антонова.-2-е изд. - М., 2005 - 330 с.
3. Богданова, Т.Г. Диагностика познавательной сферы ребенка / Т.Г. Богданова, Т.В. Корнилова. - М.: Владос - 2004 - 189 с.
4. Боскис, Р.М. Глухие и слабослышащие дети/ Р.М. Боскис. - М.:АРКТИ. - 2003. – 75с.
5. Выгодский, Г.Л. Обучение глухих детей сюжетно-ролевым играм/ Г.Л. Выгодский. - М.: Просвещение. - 2001 - 187 с.
6. Ермолаева, М.В. Психологические рекомендации и методы развивающей и коррекционной работы с детьми/М.В.Ермолаева. - М.: -2001 - 138 с.
7. Зыкова В.К. Социально-бытовая ориентировка /В.К. Зыкова. - М.:ВЛАДОС. - 2007 - 198 с.
8. Леонгард, Э.И. Я не хочу молчать: Из опыта работы по организации обучения глухих и слабослышащих детей/Э.И. Леонгард, Е.Г. Самсонова, Е.А. Иванова. - М.: Просвещение. - 2000 - 93 - 192 с.

УДК 316

Киселева А.А.

Отдел социальной защиты населения по Селенгинскому району, город Гусиноозерск, Россия

СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

В статье рассматриваются вопросы повышения качества жизни пожилых граждан.

Ключевые слова: *социальная работа, пожилые граждане, социальное самочувствие.*

Kiseleva A.A.

Department of social welfare in the area of the Selenga, the city Gusinoozersk, Russia

SOCIAL WELL-BEING OF OLDER PEOPLE IN MODERN SOCIETY.

The article deals with improving the quality of life of older people.

Key words: *social work, senior citizens, social well-being.*

В современном обществе пожилые люди занимают значимую социальную нишу, вследствие этого возрастает внимание общества к вопросам их социального бытия.

Пожилые люди заслуживают человеческого отношения к себе потому, что они равноправные, полноценные граждане, которые уже внесли свой вклад в развитие общества. Все более очевидна необходимость интеграции пожилых людей в социум, обеспечивающей их включенность в основные сферы жизнедеятельности.

Участие пожилых людей в общественной жизни можно оценить как крайне низкое. Можно отметить, что выставки, кино, театры, спортивные секции, творческие кружки посещают пожилые люди полностью удовлетворенные своей жизнью. Дневная активность большинства пожилых людей достаточно стандартна. Как правило, в течение дня пожилые люди смотрят телевизор, работают по хозяйству, гуляют, читают, вяжут, шьют, и лишь малая часть из них посещают, кружки по интересам, группы здоровья.

Самым важным в своей жизни пожилые люди называют благополучие детей и внуков, свое здоровье и взаимоотношения с детьми и внуками. В целом иерархия жизненных приоритетов пожилых людей еще раз подтверждает, что люди старше трудоспособного возраста в большинстве сосредоточены на жизни своих детей и внуков, и возможность им помогать становится важным аспектом удовлетворенности жизнью. Собственные потребности будут реализовываться с большим успехом, в ситуации благополучия детей.

В последнее десятилетие в связи с увеличением продолжительностью жизни человека заметно возрос интерес к геронтологическим проблемам. Необходимость сохранения активной жизни в пожилом возрасте - одна из актуальных тем в сфере социальной защиты.

Решение проблемы социокультурного развития людей пожилого возраста в современном социальном контексте необходимо искать в сфере досуга. Это обусловлено тем, что в пожилом возрасте в большинстве случаев изменяется структура жизнедеятельности. Всё это приводит к значительному увеличению объёма свободного времени. Жизнь человека не является полноценной, если не реализуется его право на отдых и предпочтительные формы проведения свободного времени. Досуг играет особо важную роль в жизни людей пожилого возраста, особенно, если их участие в профессиональной трудовой деятельности затруднено.

Для стабилизации социального самочувствия пожилых граждан населения, в Селенгинском районе создан «Университет третьего возраста», в котором действует 10 факультетов:

1. Факультет « Пользователь ПК».
2. Факультет «Социальный туризм».
3. Факультет « Хочу всё знать!».
4. Факультет «Творческого развития личности».
5. Факультет «Золотая ладья» (любители шахмат).
6. Факультет «Физкультура и спорт».

7. Факультет «Ромашка» для любителей-цветоводов.

8. Факультет «Социальная библиотека».

9. Факультет «Поверь в себя».

10. Факультет «Управление финансами»

Все факультеты главным образом направлены на улучшение качества жизни пожилых граждан, пробуждение их социальной активности и организации их досуга. За 11 месяцев 2016 года в «Университет третьего возраста» привлечено 2620 человек

Факультет «Пользователь ПК». (145 чел.)

Главной задачей данного факультета является обучение основам компьютерной грамотности граждан «третьего возраста», использование современных информационных ресурсов в бытовых целях, ознакомление с официальным сайтом Министерства социальной защиты населения РБ, освоение новейших способов коммуникаций, а так же ознакомление с Порталом государственных и муниципальных услуг, в котором граждане могут получить всю необходимую информацию о предоставляемых услугах, а так же оформить заявку на интересующую их услугу.

За 11 месяцев 2016 г. в Селенгинском районе 145 граждан прошли курс обучения «Пользователь ПК»

Факультет «Социальный туризм». (2408 чел.)

Факультет проводится с участием пожилых граждан и инвалидов куда входят:

- посещение культурно - досуговых заведений, музеев, филармоний, театров;
- места религиозных культов, зон отдыхов;
- праздничных мероприятий республиканского и местного значения.

Так же Отдел социальной защиты населения по Селенгинскому району организовывает поездки с учетом пожеланий наших туристов в Государственный русский драматический театр им. Бестужева, в Бурятский академический театр драмы им. Намсараева, в Бурятский академический театр оперы и балета, и др.

Это направление пользуется большим успехом у пожилых людей и инвалидов, так как не каждый пенсионер сможет в одиночку преодолеть значительное расстояние и добраться своими силами до желаемого места отдыха, посетить святые места района и республики.

Факультет «Хочу всё знать». (310 чел.)

Данный факультет направлен на повышение доступности информирования и консультирования граждан по различным вопросам. Проведение бесед, лекций со специалистами Пенсионного фонда, Совета ветеранов, Союза пенсионеров, ЦРБ, общественными организациями, где граждане могут больше узнать о своих правах.

Так же при факультете «Хочу всё знать!» проводятся лекции «Православие» и «Буддизм», которые предполагают знакомство пожилых людей и инвалидов с религиозным наследием православной культуры, с основами буддийского учения.

За 11 месяцев 2016 г. в Селенгинском районе – 310 человек стали участниками факультета «Хочу всё знать».

Факультет «Социальная библиотека» (550чел.)

При отделе функционирует «Социальная библиотека», для пожилых граждан, инвалидов, где они могут найти литературу различных жанров, а также социальную литературу по всем изменениям и новшествам, происходящим в социальной сфере.

Факультет «Физкультура и спорт».(210 чел.)

Целью данного факультета является сохранение и укрепление здоровья пожилых граждан и инвалидов, путем создания мотивации граждан к ответственности за сохранение собственного здоровья и ведению здорового образа жизни. Проведение спортивных мероприятий для граждан данных категорий.

В Селенгинском районе группа пенсионеров активно занимается лыжным спортом и скандинавской ходьбой, в данном случае, факультет «Физкультура и спорт» направлен на организацию досуга граждан пожилого возраста, с целью укрепления их общего физического самочувствия, а также хорошего времяпровождения.

За 11 месяцев 2016 г. в Селенгинском районе – 210 человек стали участниками факультета «Физкультура и спорт».

Факультет «Управление финансами» (60 чел.)

В июне 2016 г. Отделом социальной защиты населения по Селенгинскому району в рамках «Университета третьего возраста» был создан новый факультет «Управление финансами» по обучению финансовой грамотности граждан пожилого возраста и инвалидов. Для проведения лекций специалисты отдела приглашают представителей банковских учреждений, которые знакомят слушателей с предоставляемыми банковскими услугами, с правилами соблюдения мер безопасности при получении электронных услуг.

Для более детального ознакомления слушателей с платёжными терминалами, и системой дистанционного обслуживания клиентов «Сбербанк Онлайн», занятия проводятся в офисах банковских учреждений.

Культурно - досуговая деятельность, обладающая огромным багажом форм и методов культурного развития личности и социализирующего воздействия на неё, способна оптимизировать жизнедеятельность людей пожилого возраста, стимулировать их интеллектуальную и физическую активность, развивать творческие способности, способствовать эффективному процессу адаптации в современном мире.

Социально-психологическая поддержка от любого человека, включая членов семьи и друзей, должна признавать потребность пожилого человека в его собственном "контроле самоопределения" и должна находить альтернативные способы улучшения жизни пожилых людей.

УДК 331.56

Кислович А.И.

Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, г. Гродно, Беларусь

БЕЗРАБОТИЦА В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

В статье раскрыты основные причины и проблемы молодёжи на рынке труда, рассмотрены пути снижения уровня безработицы среди молодёжи.

Ключевые слова: *безработица, молодёжь, рынок труда.*

UNEMPLOYMENT AMONG YOUNG PEOPLE AS A SOCIAL PROBLEM

Kislovich A.I.

Yanka Kupala State University of Grodno, Grodno, Belarus

The article reveals the main causes and the problems of youth in the labor market, considered ways to reduce youth unemployment.

Keywords: *unemployment, youth, labor market.*

Особой социальной группой, которая способна оказать существенное влияние на состояние рынка труда в ближайшем будущем, является молодёжь, получающая сегодня профессиональное образование. Молодые специалисты - выпускники высших профессиональных учреждений, впервые ищущие работу, так же, как и молодёжь без образования и специальности, традиционно входят в группу риска, являясь одними из наиболее проблематичных участников рынка труда [2, с. 172].

Молодёжный рынок труда характеризуется отсутствием нужного профессионального опыта, недостаточным уровнем образования, что приводит к низкой конкурентоспособности по сравнению с другими возрастными группами на рынке труда.

По мнению И.А. Айдаровой, причины трудоустройства молодёжи можно разделить на несколько факторов:

1. Несоответствие уровня квалификации выпускников к требованиям работодателей и отсутствием опыта принятия самостоятельных решений, недостаток знаний, отсутствие практических навыков по полученной профессии.

2. Представления молодёжи о путях адаптации в сфере труда и занятости. Часто абитуриент в выборе профессии не ориентируется в реальной ситуации на рынке труда, в потребностях нужного специалиста.

3. Падение профессий с техническим уклоном, т.к. в основном спрос составляют профессии с гуманитарным уклоном, что ведет к избытку специалистов гуманитарных наук и нехватке технических специалистов [1].

П.М. Ельчанинов считает, что увеличение численности безработных среди молодых людей, невостребованность их на рынке труда обуславливается рядом объективных причин:

- рост общей численности безработных;
- отсутствие у молодых людей достаточного опыта;
- несоответствие профессиональной подготовки молодёжи с требованиями рынка труда;
- значительная часть безработной молодёжи стремится получить работу, соответствующую своей подготовке и высоко оплачиваемую, но не получает таковой по причине несоответствия спроса и предложения рабочей силы [5, с. 4–5].

При анализе положения молодёжи на рынке труда выделяют несколько подгрупп:

- молодые люди до 18 лет;
- молодые люди от 18 до 24 лет;
- молодые люди от 25 до 30 лет.

Каждая из этих групп отличается специфичностью проблем, особенностью трудовых ориентаций и своеобразием экономического поведения. Разные категории молодёжи требуют особого отношения к себе со стороны службы занятости. Молодёжь до 18 лет относится к слабо защищенным категориям населения. Не имея профессии и опыта работы, она оказывается в наиболее сложном положении на рынке труда. Показатель трудоустройства выпускников школ остается самым низким. Старшие возрастные подгруппы молодёжи также несвободны от груза проблем на рынке труда. Эти категории, как правило, имеют образование и профессию, что не всегда служит гарантом высокой конкурентоспособности [4, с. 69].

По мнению О.В. Селивановой, незанятая молодёжь представляет собой один из четко определённых устойчивых сегментов рынка труда, характеризующийся стабильным ростом предложения рабочей силы. Молодёжный рынок труда формируется молодыми людьми, нуждающимися в трудоустройстве. Это незанятые выпускники высших, средне-специальных и профессионально-технических, общеобразовательных учебных заведений. Также рынок труда пополняется за счёт демобилизованных воинов срочной службы. Не все выпускники учебных заведений ищут работу и попадают на рынок труда. Часть из них планирует продолжить образование, другие не трудоустраиваются по иным причинам [9, с. 29].

По мнению Н.И. Никитиной и М.Ф. Глуховой, вынужденная бездеятельность ведет к появлению социальной напряженности в обществе, к снижению моральных устоев, приводит к потере профессиональных навыков и т.д. Анализ статистических данных показывает, что наиболее незащищенной на рынке труда оказывается именно молодёжь. Высокий уровень безработицы среди молодёжи отрицательно влияет на социальный климат в стране сегодня, а ее последствия в будущем трудно просчитать [8, с. 111].

Молодые люди из числа сирот, как правило, не конкурентоспособны на современном рынке труда. Немногие организации, которые работают и готовы помочь сиротам, в том числе и в трудоустройстве, исполняют роль формальных и неформальных каналов трудоустройства: знакомства, биржи труда, рекомендации [3, с. 68].

Решение проблем молодёжной безработицы, несоответствия рынка образовательных услуг и потребностей рынка труда возможно только с позиции комплексного, системного подхода [6].

По мнению С.Н. Чистяковой, одной из важнейших задач образовательных учреждений является подготовка учащихся к общественно полезному труду, помощь школьникам сознательно выбрать профессию с учётом социального заказа общества, что включает в себя профориентацию в средних общеобразовательных школах, в профессиональных учебных заведениях, консультации молодёжи в кабинетах профессиональной консультации или ориентации [10, с. 58].

Основными направлениями деятельности в области содействия занятости молодёжи в Республике Беларусь являются следующие: содействие в проведении государственной политики в области занятости; подготовка к самостоятельному выходу на рынок труда, оказание содействия в трудоустройстве; улучшение материального благосостояния; организация деятельности студенческих отрядов, производственных бригад, лагерей труда и отдыха, как в Республике Беларусь, так и за ее пределами, а также формирование гражданственности и патриотизма, посредством привлечения её к общественно-значимому труду [7].

Анализ молодёжной безработицы в республике позволяет сделать несколько выводов: доля молодёжи среди безработных непропорционально высока, в особенности за счёт впервые идущих на работу; молодёжный рынок труда характеризуется отсутствием нужного профессионального опыта, уровнем образования; решение проблемы безработицы среди молодёжи возможно только в комплексе с решением проблем в экономической, политической, образовательной и других сферах.

Список литературы:

1. Айдарова, И.А. Проблемы трудоустройства молодёжи на рынке труда / И.А. Айдарова // Гуманитарные научные исследования. – 2014. –№ 6.
2. Беглова, Е.И. Безработица молодёжи: первоочередная проблема современного рынка труда / Е.И. Беглова // Экономические науки. – 2010. – № 11.
3. Буланов, В.С. Современные проблемы занятости и безработицы: учеб. пособие. / В.С. Буланов. – М.: РАГС, 1996. – 230 с. 7.
4. Дубовик, А.К. Рынок труда молодёжи в Республике Беларусь: проблемы теории и практики / А.К. Дубовик // Вестник БНТУ. – 2010. –№ 5. – С. 67–72.
5. Ельчанинов, П.М. Проблемы трудовой занятости молодёжи / П.М. Ельчанинов // Социс. – 2004. – № 2.
6. Магера, И.В. Проблема молодёжной занятости и безработицы в контексте несоответствия рынка образовательных услуг и рынка труда / И.В. Магера // Современная экономика: проблемы, тенденции, перспективы. – 2012. – № 6.
7. Минская городская организация БРСМ [Электронный ресурс] URL: http://minsk-brsm.sml.by/stab_del.htm (дата обращения: 16.09.2016).
8. Никитина, Н.И., Глухова, М.Ф. Методика и технология работы социального педагога / Н.И. Никитина, М.Ф. Глухова. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 399 с.
9. Селиванова, О.В. Занятость молодёжи – стратегическая проблема / О.В. Селиванова // Человек и труд. – 2003. – № 3.
10. Чистякова, С.Н. Профессиональное самоопределение и профессиональная карьера молодёжи / С.Н. Чистякова. – М., 1993. – 267 с.

УДК 613.0 : 614.253.4 : 378.015.3

Кишкан І.Г.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

ПИТАННЯ ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ТА ВИХОВНІЙ РОБОТІ З МАЙБУТНІМИ ЛІКАРЯМИ

У статті розглядаються питання пропаганди здорового способу життя, які засвоюють майбутні лікарі під час занять з біоетики, тематичних кураторських годин та при проведенні просвітницьких акцій.

Ключові слова: *здоровий спосіб життя, медико-етичні аспекти, підготовка майбутніх лікарів.*

Kyshkan I. G.
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

ISSUES OF PROPAGANDA OF HEALTHY WAY OF LIVING IN EDUCATIONAL PROCESS AND TUTORIAL WORK WITH FUTURE DOCTORS

The article has been devoted to the questions of propaganda of healthy way of living studied by future doctors at the lessons of bioethics, during the tutor's hours concerning a particular subject and at educational activities.

Key words: *healthy way of living, medical and ethical aspects, training of future doctors.*

Здоровий спосіб життя передбачає профілактику захворювань та збереження здоров'я людини. Адже здоров'я – найцінніший скарб, дарований людині природою. Згідно визначення ВООЗ: «Здоров'я — це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад». Як відомо, здоров'я людини лише на 10% залежить від роботи медичної галузі, решту 90% обумовлюють генетичні чинники (близько 20%), фактори довкілля (теж 20%) і найбільшою мірою (майже 50%) – умови, спосіб життя та поведінка самої людини. Як писав відомий кардіолог М. Амосов: «Добути і зберегти своє здоров'я може тільки сама людина». Для збереження і зміцнення здоров'я людина повинна постійно піклуватись про стан свого здоров'я, берегти його, уникати шкідливих звичок, покращувати рівень, стиль та якість життя. Тому однією з актуальних медико-етичних проблем сьогодення є формування ціннісних орієнтацій населення, особливо, молоді [3] на вдосконалення резервних можливостей організму щодо збереження здоров'я та необхідність якісної підготовки висококваліфікованих лікарів, добре обізнаних із питаннями пропаганди здорового способу життя.

На кафедрі фармакології Буковинського державного медичного університету студенти ІІІ курсу спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія» та «Стоматологія» вивчають навчальну дисципліну основи біоетики та біобезпеки, на якій передбачено окремі практичні заняття на теми: «Здоровий спосіб життя як умова його тривалості, фізичного та духовного розвитку» та «Біоетичні проблеми шкідливих звичок. Профілактика алкоголізму, наркоманії й тютюнопаління. Профілактика, реабілітація та ресоціалізація». При підготовці до занять з основ біоетики та біобезпеки студенти детально опрацьовують медико-біологічні аспекти збереження здоров'я [2, 4], зокрема, наявність навичок особистої гігієни, достатній рівень рухової активності, своєчасне звернення до лікаря та чітке виконання його призначень; соціально-психологічні чинники здорового способу життя (установка особистості на довгу тривалість життя, готовність до створення сім'ї, здоровий психологічний мікроклімат у родині, в робочому колективі) та соціально-економічні принципи (сприятливі житлово-побутові умови, доступність медичного обслуговування, достатній рівень заробітної плати та пенсійного забезпечення тощо). Важливими є питання реабілітації та ресоціалізації пацієнтів, які лікувалися від алкоголізму чи наркоманії, створення благоприємного мікроклімату довіри та взаєморозуміння із ними. Практичні заняття з основ біоетики та біобезпеки проводяться з використанням інтерактивного навчання шляхом моделювання клінічних ситуацій, наближених до реальних видів роботи майбутніх лікарів, під час яких студенти відпрацьовують практичні навички із проведення психологічних тренінгів щодо активної пропаганди здорового способу життя.

Питання фармакологічної та токсикологічної характеристики нікотину, наркотичних речовин, спирту етилового студенти опрацьовують при вивченні фармакології нейротропних лікарських засобів [5]. Акцентується увага на особливостях лікарської залежності до наркотиків, безпечному зберіганні та застосуванні наркотичних лікарських засобів, негативних наслідках тютюнопаління, зловживання алкоголем. На допомогу студентам та з метою покращання якості освіти у навчальному процесі широко використовуються електронні навчальні курси з фармакології, з основ біоетики та біобезпеки в середовищі дистанційної підготовки Moodle на сервері Буковинського державного медичного університету [1].

Закріпленню у майбутніх лікарів навичок щодо пропаганди здорового способу життя серед населення значна увага приділяється при організації навчально-виховного процесу зі студентами. На тематичних кураторських годинах постійно у вигляді «круглого столу» проводяться цікаві дискусії на теми: «Наркоманія – біла смерть», «Наркоманія – шлях у безодню», «Алкоголь, тютюн, наркотики - викрадачі людського здоров'я», «Шкідливість тютюнопаління», «Наше здоров'я – у наших руках!» та інші. Студенти готують цікаві виступи у вигляді мультимедійних презентацій із подальшим обговоренням важливості попередження шкідливих звичок та збереження здоров'я як найбільшої людської цінності.

Так, під час круглого столу «Ми – за здоровий спосіб життя», організованого до Всесвітнього дня здоров'я (www.bsmu.edu.ua, 07.04.2016), студенти 22 групи ІІІ курсу спеціальності «Лікувальна справа» разом із куратором доцентом кафедри фармакології Кишкан І.Г. (див. фото) продемонстрували презентації й обговорили наслідки негативного впливу на організм людини тютюнопаління, спиртних напоїв, наркотиків та продуктів харчування, які містять генно-модифіковані компоненти й токсичні харчові домішки. Жваву дискусію серед студентів викликали питання профілактики шкідливих звичок, умови раціонального харчування та методи пропаганди здорового способу життя серед населення. Усі присутні отримали підготовлені студентами флаєри з інформацією про домішки з канцерогенними властивостями, токсичні барвники **(**Е121 – барвник цитрусовий червоний, Е123 – червоний амарант) і консерванти (Е240 – консервант-формальдегід), які заборонені до вживання, а також домішки, найбільш небезпечні для дітей (Е270).

Отримані студентами знання та набуті навички щодо профілактики шкідливих звичок та пропаганди здорового способу життя використовуються під час просвітницьких акцій, організованих для населення, учнів та дітей, які виховуються у будинках дитини.

Таким чином, комплексний інтегративний підхід до поглибленого вивчення медико-етичних питань щодо збереження здоров'я людини із використанням інтерактивних методів навчання сприяють підготовці висококваліфікованих лікарів, компетентних у питаннях пропаганди здорового способу життя серед населення.

Список літератури:

1. Бойчук Т.М. Досвід впровадження інформаційно-комунікаційних технологій в навчальному процесі Буковинського державного медичного університету / Т.М. Бойчук, І.В. Геруш, В.М. Ходоровський // Медична освіта. – 2012. - № 2. – С. 64-67.
2. Запорожан В. М. Біоетика: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. - К.: Здоров'я, 2005. - 288 с.
3. Русіна С.М. До питання формування шкідливих звичок у студентської молоді. / С.М. Русіна // Буковинський медичний вісник. – 2007. - Т.11, №3. - С. 77-79.
4. Терешкевич Г.Т. Основи біоетики та біобезпеки: підручник / Галина Терешкевич (с. Діогена). – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – 400 с.
5. Фармакологія: Підручник для студентів медичних факультетів / Чекман І.С., Горчакова Н.О., Казак Л.І. та ін. / Видання 3-тє, випр. та доопрац. - Вінниця: Нова книга, 2016. - 784 с.

УДК 616.7

Клименко М. М., Симонов Е.А
Кемеровское НПП «Эксергия», г. Новосибирск, Россия

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИИ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ЗОНЫ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ИЛИ РУССКАЯ АЛЬТЕРНАТИВА АКУПУНКТУРЕ

Разработан метод лечения позвоночника и соматических заболеваний воздействием на позвоночник и паравертебральную зону, который по эффективности может конкурировать с акупунктурой.

Ключевые слова: *акупунктура, аутокинезитерапия, КУМП-01, нейрохирургия, качество жизни.*

Klimenko M. M., Simonov E.
Kemerovo NPP "Exergy", Novosibirsk, Russia

PROBLEMS OF REHABILITATION RESTORATION OF PHYSIOLOGY PARAVERTEBRAL ZONES AS A METHOD OF TREATMENT OF THE SPINE OR THE RUSSIAN ALTERNATIVE TO ACUPUNCTURE

A method for the treatment of the spine and somatic diseases effect on the spine and paravertebral area, which efficiency can compete with the acupuncture.

Key words: acupuncture, autolinedetroit, COMP-01, neuro-surgery, quality of life.

Основным показателем состояния позвоночника является боль, которую купируют неврологическими или хирургическими приемами, то есть внешним воздействием. В восьмидесятых годах прошлого века у пациента с тяжелой формой остеохондроза были открыты возможности купирования боли за счет коррекции патологических двигательных паттернов организма. На основании этого открытия был разработан ортопедический комплекс КУМП-01, позволяющий эффективно купировать боли в позвоночнике. Комплекс КУМП-01 не только эффективно купирует боли в позвоночнике, но и расширяет терапевтические возможности специалистов при лечении заболеваний органов, которые зависят от состояния позвоночника, то есть сопутствующих заболеваний.

Так применение АКТ в нейрохирургическом отделении позволило отказаться от повторных операций. Не редки случаи, когда после процедур на КУМП-01 пациенты отказывались от оперативного лечения даже с межпозвоночной грыжей до 12 миллиметров. При предварительной подготовке пациента к операции на КУМП-01, когда необходимость оперативного лечения остаётся, послеоперационные боли практически не наблюдаются.

Комплекс разработан таким образом, что при проведении процедуры пациент контролирует рефлекторное сопровождение упражнений, используя обратные связи, а во время процедуры одновременно получает:

1. непрерывный массаж мышц;
2. гимнастику межпозвонковых сочленений
3. мануальное воздействие;
4. воздействие на меридианы позвоночника;
5. восстановление нормальных физиологических изгибов позвоночника;
6. Восстановление или адаптацию физиологически нормальных рефлексов;
7. Увеличение скорости течения внутренних сред и активацию обменных процессов

На комплексе пациент развивает контролируемые терапевтические нагрузки, которые превосходят по эффективности массаж и мануальную терапию, без опасности получить травму мягких тканей или позвоночника.

При неправильном проведении процедуры у пациента возникает болевой импульс в точке соприкосновения его с лечебным элементом аппарата или возникает иррадиирующая боль. Тогда, используя обратные связи, пациент рефлекторно останавливает процедуру или меняет воздействие на позвоночник, исправляя ошибку. Таким образом, пациент, используя обратную связь в системе: воздействие аппарата – боль – аппарат, своевременно купирует боль, не допуская возникновения отека или воспаления мягких тканей.

Для отслеживания состояния пациента при проведении процедур используют ВАШ (внешнюю аналоговую шкалу), по которой можно, не всегда объективно, оценивать состояние пациента. Для увеличения объективности информации по определению состояния пациента было решено, параллельно с ВАШ использовать приборы электроакупунктуры типа «Прогноз-мини», как индикатора интегрального состояния пациента.

На рис. 1 показано интегральное состояние пациентки L перед процедурой.

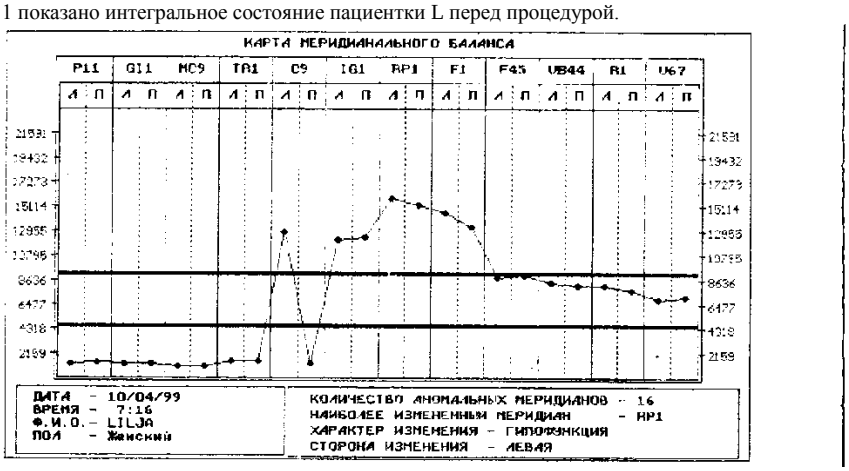


Рис. 1

Перед процедурой пациентка испытывала боли в спине от шеи до сакрального сочленения. По ВАШ она оценивала свое состояние между 2 и 3. При этом аппарат «Прогноз-мини» зафиксировал 16 аномальных меридианов. Процедура началась в 7 часов 16 минут и продолжалась 46 минут. После этого пациентка поступила на обследования. Самооценка состояния по шкале ВАШ была 10 и более. Пациентка сообщила, что “не чувствует веса тела и если взмахнет руками то может улететь”. После этого пациентку обследовали на аппарате «Прогноз-мини». Результаты обследования приведены на рис.2. Аппарат не обнаружил аномальных меридианов.

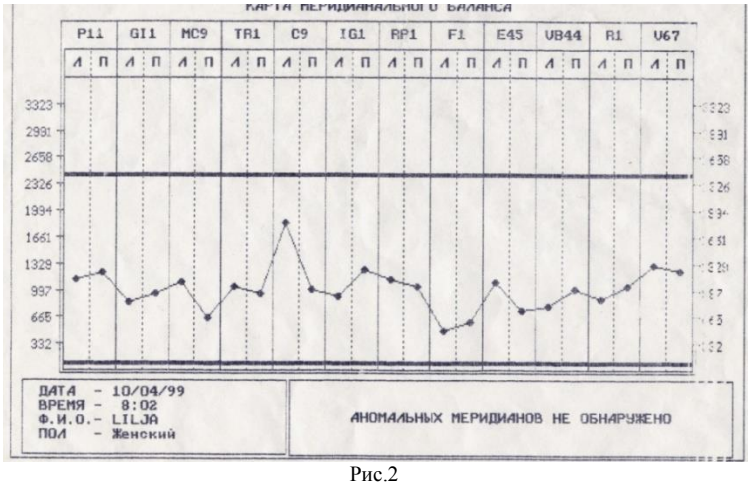


Рис.2

Таким образом, при воздействии на позвоночник получили идеальное состояние пациентки, не только по состоянию позвоночника, но и состояние соматических органов.

Исследования показали, что наши представления о физиологии позвоночника отличаются от реальной физиологии. Были выявлены десятки несоответствий наших представлений к потребностям организма.

Мы наблюдали несоответствие при купировании судорог икроножных мышц на КУМП-01 и существующим представлениям по этой нозологии. По литературным данным судороги возникают при дефиците кальция и магния. При проведении процедуры на КУМП-01 судороги купируются в течение нескольких минут при первой же процедуре. За это время изменить количество кальция и магния в организме практически невозможно.

Было опровергнуто положение, что в острый период, пациент должен находиться в полном покое. Клинически установлено, что при возникновении острой боли в первые 15-30 минут использование ортопедических комплексов КУМП-01 приводит к тому, что на следующий день пациент сможет перемещаться без особых болевых ощущений. Если это время увеличивается до часа и более, то приходится прилагать большие усилия по компенсации отеков нервных корешков, а купирование компрессии корешков отходит на второй план. Поэтому положение, что в острый период пациент должен находиться в полном покое, приводит к усилению отека и противоречит физиологии нашего тела.

По литературным данным, если где то в конечностях возникает боль, то в головном мозге формируются болевые центры. Но на комплексе КУМП-01 пациенты купировали боли воздействием на позвоночник, причем в подавляющем большинстве при первых процедурах, в том числе и фантом боли в отсутствующих конечностях. Возникает предположение, что боли формируются в корешках в спинном мозге а иррадиируют в конечности или органы, за которые они несут ответственность.

Рентгеновские исследования с помощью компьютерных фильмов показали, что вероятность дренажа спинномозговой жидкости через интерстициальные клапана оболочек спинного мозга существенно меньше, чем дренаж в дуральный мешок на уровне конского хвоста с последующим выводом через почки.

Это хорошо согласуется с клиническими наблюдениями. Из этого следует предположение, что появляется возможность управления болью изменением режима течения ликвора не воздействуя на нервные окончания.

Поэтому врач теперь может воспользоваться двумя способами купирования боли: воздействием на нервные окончания и узелки нервной системы иглами- акупунктура или воздействием на корешки спинного мозга на комплексе КУМП-01- аутокинезитерапия.

Разработанная система может не только конкурировать с иглорефлексотерапией, но и по некоторым нозологиям превосходит её.

Так как, метаморфозы происходят в самом позвоночнике, и датчиком этих изменений является корешок нерва, то проводя процедуры на комплексе КУМП-01, пациент управляет возникновением и интенсивностью боли в позвоночнике, корректирует двигательные паттерны и их рефлекторное сопровождение.

Другим примером конкурентоспособности АКТ является анкилозирующий спондилоартрит или болезнь Бехтерева. Основной проблемой этой патологии является оссификация продольных связок позвоночника. Так как пациент на комплексе КУМП-01 одновременно получает массаж, гимнастику и мануальную процедуру, то это позволяет снизить скорость оссификации продольной связки и разрастание остеофитов на телах позвонков. Восстанавливается или поддерживается подвижность позвоночника. В раннем возрасте возможен регресс заболевания. При этом не возникает угрозы повышения креатинина.

Следующим примером является поддержка качества жизни. В результате трудовой деятельности возникают усталостные напряжения в мышцах спины. И если спазмы длинных мышц спины можно снять ручным массажом, то напряжение внутренних мышц позвоночных сочленений можно снять только на комплексе КУМП-01. Поэтому при возникновении дискомфорта или угнетенного настроения необходимо провести релаксация мышц паравертебральной зоны на комплексе КУМП-01 и остановить скрытый период развития заболевания позвоночника и обострение остеохондроза. При этом нагрузка на сердце не превышает нагрузку от простой прогулки. Контроль пациентом процедуры позволяет корректировать двигательные рефлексы, а если коррекция невозможна, то вырабатывать новые рефлексы в соответствии со сложившимися обстоятельствами. Это особенно актуально при лечении детей с детским церебральным параличом.

Список литературы:

1. Технология биосферы №4 2016. Русская альтернатива китайской акупунктуре или восстановление физиологии паравертебральной зоны, как метод лечения позвоночника.[Электронный ресурс] http://niinmt.tora.ru/pages/home.html.

УДК 612.6:37.018.3-053.2/4

Клименко О.В..В., Таран О.Н.

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - ВОСПИТАННИКОВ ДОМА РЕБЕНКА

В статье приводятся результаты сравнительного анализа показателей физического развития детей раннего возраста - воспитанников дома ребенка и их свестников, воспитывающихся в семье.

Ключевые слова: *дети раннего возраста, лишенные родительской опеки, физическое развитие.*

Klimenko O.V., Taran O.N.

Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine, Dnipro, Ukraine

PHYSICAL DEVELOPMENT OF INFANTS - PUPILS OF CHILDREN'S HOME

The article presents the results of a comparative analysis of the physical development of young children - pupils of children's homes and the same aged children brought up in the family.

Key words: *young children deprived of parental care, physical development.*

Проблема состояния здоровья детей, лишенных родительской опеки, остается актуальной. По данным центра медицинской статистики МЗ Украины, в структуре патологии детей раннего возраста - воспитанников дома ребенка, одно из ведущих мест занимают хронические расстройства питания (Р.А. Моисеенко, 2013) [1]. Уровень физического развития ребенка является основным параметром ее биологической зрелости и одним из главных критериев адаптационных возможностей детского организма[2].

Процессы роста и развития определяются генетическими фенотипическими факторами, а реализация этих процессов находится под влиянием эндогенных факторов и среды, в которой находится ребенок. Причиной грубой задержки физического развития ребенка, хронических расстройств питания является негативное влияние целого ряда биологических, наследственных и социальных факторов[2]. Поэтому, целью нашего исследования стало изучение особенностей физического развития детей раннего возраста, воспитывающихся в доме ребенка.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 58 детей, воспитывающихся в Доме ребенка №2 г. Днепр: 45 мальчиков (76,5%) и 13 девочек (23,5%). Дети первого года жизни составили 21,65%, во второй год - 38,2%, третьего года - 40,25%. В качестве контрольной группы были выбраны 34 ребенка, воспитывающиеся в семье. По возрасту и полу исследуемые группы существенно не отличались.

Физическое развитие оценивалось по показателям массы и длины тела и их динамики в зависимости от возраста. Статистический анализ проводили с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты исследования и их обсуждение. Как свидетельствует таблица 1, показатели физическое развитие у детей в группах сравнения при рождении были, примерно, одинаковыми. Но уже с первых месяцев жизни дети из группы наблюдения начина-

ют отставать в физическом развитии от своих сверстников из группы контроля. Так, в первом полугодии жизни отставание и в показателях массы и длины у воспитанников дома ребенка было уже существенным - в 1,4 раза ниже, чем в группе контроля. И если у детей из группы контроля наибольшая интенсивность прироста массы тела приходилась на первое полугодие, то в группе наблюдения на 5-ый и 7-ой месяцы. За первый год жизни наблюдаемых детей суммарный прирост массы тела составил 4297,1 г, что в 1,7 раза меньше, чем у в группе контроля ($p<0,01$) (табл. 1). Следует так же отметить, что за первый год жизни воспитанники дома ребенка подросли на 19,2 см, а их сверстники из семей 23,6 см (табл. 1).И если группе материнских детей ежемесячный прирост был равномерным и закономерным, то в группе наблюдения, кривая прироста длины имела волнообразный характер (максимальный рост на 3-м месяце минимальный - на 4-м 8-м и 10-м) (табл.1).На конец первого года жизни, показатели длины тела в группе наблюдения оставались низкими 68,83 см ± 0,6 и достоверно отличались от таковых из группы контроля (75,77 см ± 0,5, $p<0,001$).

На втором году жизни, динамика показателей физического развития оценивалась поквартально. Наибольший прирост массы тела у детей из группы наблюдения отмечался в третьем квартале. Дети из семей набирали массу тела равномерно. Следует отметить, что за второй год жизни суммарный прирост показателей массы тела у материнских детей был почти в два раза меньше, чем у воспитанников дома ребенка. Однако все равно масса тела у детей из группы наблюдения была существенно ниже (10118,5г±240,3 против 12529,1 г±1019,7 $p<0,001$) (табл.1). Анализируя динамику показателей длины тела на втором году жизни, мы заметили, что темпы роста у детей, воспитывающихся в семье также стали несколько меньшими, а ежеквартальный прирост длины тела у воспитанников дома ребенка был достаточным и относительно равномерным. Однако, показатели линейного развития в группе наблюдения оставались низкими и достоверно отличались от группы контроля ($p<0,001$) (табл.1).

Оценка показателей физического развития на третьем году жизни проводился один раз в полугодие. Прирост массы и длины тела у детей третьего года в группах сравнения был практически одинаковым. Тем не менее, показатели и массы и длины тела у детей из группы наблюдения оставались низкими и достоверно отличались от группы контроля (табл. 1).

Выводы. Проведенные наблюдения выявили значительные отклонения в физическом развитии у воспитанников дома ребенка. Наиболее выражена задержка и массы и длины тела у этого контингента детей в течение первых месяцев жизни, что связано с целым комплексом неблагоприятных биологических и социальных факторов. На втором и третьем годах жизни на фоне стабилизации процессов адаптации у воспитанников дома наблюдается интенсификация физического развития, тем не менее, догнать сверстников, воспитывающихся в семьях, ни по массе тела, ни по росту до 3-летнего возраста им не удается. И если отставание развития массы тела у наблюдаемых детей можно объяснить алиментарными факторами и этот показатель нормализуется при адекватном уходе и сбалансированном питании, то задержка роста у детей из дома ребенка наблюдается еще долгое время, несмотря на адекватные реабилитационные мероприятия. По нашему мнению, задержка роста у этих детей являются признаками психосоциальной депривации, вызванной, в первую очередь, отсутствием материнского ухода и опеки.

Список литературы:

1. Моисеенко Р.А. Оценка эффективности системы социального обеспечения детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, в домах ребенка Украины / Р.А. Моисеенко // Современная педиатрия. - 2013. - № 1. - С. 37-43.
2. Гойда Н.Г. Социально-гігієнічна характеристика дітей в соціально-неблагополучних сім'ях та деякі особливості їх захворюваності та фізичного розвитку / Н.Г. Гойда, П.М. Веропотвелян // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2012. - № 1. - С. 13-15.

УДК 613.846:614.353.4

Кметь О.Г., Філіпець Н.Д., Кметь Т.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ВІДМОВИ ВІД ТАБАКОПАЛІННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Стаття присвячується методам формування мотивації відмови від тютюнопаління у студентів-медиків.

Ключові слова: *тютюнопаління, студент.*

Kmet O.H., Filipets N.D., Kmet T.I.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

FORMATION OF MOTIVATION DISCLAIMER TABAKOPALINNYA IN MEDICAL STUDENTS

The article deals with methods of formation of motivation of refusal of smoking in medical students.

Key words: *smoking, student.*

Тютюнопаління в наш час становить одну з провідних медико-соціальних проблем [3, 5]. Складність її вирішення полягає у невідповідності відношення до паління в суспільстві та його негативним впливом на стан здоров'я людей. Це найпоширеніша у всьому світі шкідлива звичка, що здійснюється вдиханням різних тліючих рослинних продуктів. Залежність від тютюну внесено до Міжнародної класифікації хвороб [2]. Нікотин – стимулятор нервової системи, який має патологічний вплив на організм людини і є фактором ризику розвитку злоякісних новоутворювань. За сучасною статистикою від захворювань, спричинених тютюнопалінням на планеті щорічно помирає понад 4 мільйони людей, із них 110 тисяч – в Україні.

Отже, Україна належить до країн з високою розповсюдженістю тютюнопаління. В наш час палять 51 % чоловіків працездатного віку в міській і 60 % – у сільській місцевості [4]. Найбільша частота паління реєструється серед чоловіків віком 20-29 років. Аналіз досліджень показує, що із цієї когорти молодих чоловіків 25 % помруть передчасно внаслідок хвороб, спричинених палінням, тобто із 3,5 мільйонів молодих людей зазначеного віку 587 тисяч не доживуть до 70 років. За даними ВООЗ в Україні споживається 1,5 % всіх цигарок у світі [3]. В той же час, населення України складає не більше 0,85 % населення планети. Якщо в усьому світі на кожну людину припадає в середньому 870 випалюваних за рік цигарок, то в Україні – 1500-1800 або в середньому – 4,5 цигарки в день, тобто приблизно в 2 рази більше, ніж в середньому на земній кулі.

Враховуючи вище сказане, одним із пріоритетних напрямків діяльності науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів повинна бути наполеглива та цілеспрямована робота з пропаганди здорового способу життя, профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі. Необхідно інформувати молодь про високий ризик виникнення широкого спектру патологій, пов'язаних з палінням як особисто, так і серед оточуючих.

У Буковинському державному медичному університеті проводиться велика робота зі студентами щодо пропаганди здорового способу життя та дбайливого ставлення до свого здоров'я. Особливо акцентується увага студентів на шкідливості тютюнопаління. Адже тютюнозалежність – хронічна патологія, що потребує комплексного лікування. На практичних заняттях з фармакології, основ біоетики та біобезпеки обговорюються питання досвіду України та інших країн, які досягли значних успіхів у зниженні захворюваності і смертності від хронічної патології завдяки зменшення поширеності паління.

Особливо активно обговорюють студенти проблеми намагання припинити тютюнопаління. При цьому важливо акцентувати на непомітний початковий вплив тютюну на організм, швидкий розвиток залежності і труднощі відмови від шкідливої звички. Оскільки процес відмови складний, тривалий, потребує індивідуального підходу залежно від стадії паління (преклінічна стадія, хронічна інтоксикація тощо). Адже на першій *стадії* легше відмовитись від паління, оскільки ні фізичної, чи психічної залежності ще немає. Навпаки ніхто не може докурити першої сигарети до кінця. Цьому заважають запаморочення й нудота, а часом і ще неприємніші відчуття, такі як інтенсивне слиновиділення, шум у голові, головний біль, серцебиття. З часом куріння не викликає таких неприємних відчуттів, організм пристосовується до нікотину. Головним елементом дискусії є розуміння студентами, що нікотин – речовина, яка викликає у людини сильну наркотичну залежність. На сьогоднішній день вченими доведено спільні риси між наркотичною та нікотиновою залежністю. Коли припиняється введення нікотину у організм то розвивається абстинентний синдром, який характеризується роздратованістю, станом збудження, порушуєнням концентрації уваги та зниженням працездатності, тривогою, почуттям голоду, збільшенням маси тіла, порушенням сну.

Студент має знати, що наслідки куріння пов'язані з великою кількістю небезпечних хвороб. Зокрема, ця шкідлива звичка є причиною серцевих нападів, інсультів, хронічних бронхітів, різних видів онкозахворювань. Систематичне отруєння тютюном сприяє зростанню частоті серцевих скорочень у 2-2,5 рази. До 40 % усіх летальних випадків від ішемічної хвороби серця, інфаркту та інсульту пов'язані з палінням сигарет. Серед людей віком 30-40 років, які палять цигарки, інфаркти трапляються в 5 разів частіше, ніж серед тих хто цієї шкідливої звички не має. Дим цигарок містить смоли, до складу яких входить понад 4000 хімічних елементів. Відомо, що 43 з них викликають онкозахворювання. У цигарковому димі також містяться оксиди азоту і вуглецю – отруйні гази. Випалювання однієї цигарки завдає організмові такої ж шкоди, як і півтора добове перебування на загазованій автомагістралі. Паління призводить до руйнування головного структурного елементу шкіри – коллагену і як наслідок - втрата еластичності шкіри та слизових оболонок. Деякі інгредієнти тютюнового диму розчиняються в слині і з нею потрапляють у шлунок, цим самим викликаючи виразку шлунка (у 10 разів частіше ніж у тих осіб, що не вживають тютюну).

Одним із ключових питань, яке постає серед майбутніх медиків, це проблема негативного впливу пасивного тютюнопаління на здоров'я оточуючих. В приміщенні з курцем протягом лише однієї години людина, яка не палить, кожного разу спалює по половині сигарети. Тютюновий дим у таких випадках спричиняє головний біль, нездужання, зниження працездатності, швидку втому, загострення хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів. Особливо небезпечне пасивне паління для дітей. Оскільки тютюновий дим викликає у дітей роздратування слизової оболонки бронхів і бронхіол, може стати причиною астми і таких серйозних захворювань як бронхіт і пневмонія, кашель та захворювання середнього вуха.

Отже, важлива роль у попередженні тютюнопаління в молодіжному середовищі належить викладачам Буковинського державного медичного університету, які під час навчального процесу висвітлюють соціальне значення табакопаління і проводять загальнопросвітницькі заходи щодо мотивації здорового способу життя.

Література:

1. Гаркуша С.В. Характеристика стану здоров'я сучасної молоді в Україні // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт. - Чернігів: ЧНГУ, 2013. - № 107. - Т. 1. - С. 92-95.
2. Добрянська О. В. Світові тенденції поширеності тютюнопаління підлітків // Гігієна населених місць. – 2013. - № 62. – С. 274-280.
3. Конькова Т.І. Педагогічні умови забезпечення мотивації здорового способу життя студентів факультету фізичної культури // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. - Кам'янець-Подільський, 2013. - Випуск 6. - С. 135-139.
4. Красовський К. С. Глобальна тютюнова епідемія і протистояння їй в Україні / К. С. Красовський, Т. І. Андреєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – №4. – С. 66-70.
5. Рудень В.В., Тімченко Н.Ф. Пацієнти з гострим інфарктом міокарда [I.21]. Про куріння тютюну як про модифікований поведінковий фактор ризику в здоров'ї людини // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - № 2 (34). – С. 20-27.

УДК 378.147:614.253.4:57.048:159.947.5

Ковтуненко Р.В., Таран О.Н., Виленский Я.В.

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

В статье рассматриваются вопросы мотивации и степень удовлетворенности избранной специальностью у студентов-медиков.

Ключевые слова: *мотивация, учебная деятельность, студенты-медики.*

Kovtunenko R.V., Taran O.N., Vilensky I.V.

State Establishment Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, Dnipro, Ukraine

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMATION OF MOTIVATION OF THE EDUCATIONAL ACTIVITY OF STUDENTS-PHYSICIANS

The article describes questions of motivation and degree of satisfaction by selected speciality for students-physicians.

Keywords: *motivation, educational activity, students-physicians.*

Изучение вопросов связанных с мотивацией обучения является одной из проблем оптимизации учебно-познавательной деятельности студентов, которые становятся не только объектом руководства системой обучения, но и субъектом деятельности [2]. Современный процесс подготовки дипломированного специалиста-медика предъявляет новые требования к организации образования, так как в обществе все более возрастает необходимость развития потенциала личности будущего молодого медицинского специалиста [1].

С целью изучения роли мотивации и степени удовлетворенности избранной специальностью среди студентов 6-го курса, кафедрой педиатрии 3 и неонатологии Днепропетровской медицинской академии было проведено анкетирование 80 студентов: 40 студентов изучали специальность "Педиатрия" и составили 1 группу исследования; другие 40 студентов изучали специальность "Лечебное дело" и составили 2 группу.

Анализ анкет показал, что большинству из опрошенных студентов (75 % студентов 1 группы и 70 % студентов 2 группы) нравится выбранная профессия врача.Также установлено, что 80 % студентов обеих групп осознанно подошли к выбору своей будущей профессии и имеют желание в будущем работать по выбранной специальности. Пятая часть студентов обеих групп выбрала профессию врача случайно. Выявлена закономерность в соотношении процента желающих работать по специальности и процента изначально осознанно выбравших профессию.

Престижной профессию врача в современном обществе считают 60 % студентов 1 группы и 45 % студентов 2 группы. Значительная часть студентов изъявили сомнения относительно этого вопроса: скорее престижной, чем нет, свою будущую профессию считают 20 % студентов 1 группы и 25 % студентов 2 группы; примерно такая же доля студентов считают профессию врача непрестижной или скорее не престижной (соответственно, 20% студентов 1 группы и 30 % студентов 2 группы).

Почти всем студентам-педиатрам был интересным курс педиатрии, который изучался в академии (95 %). Также, как и студентам-педиатрам, большинству студентов специальности "Лечебное дело (70 %), было интересно изучать педиатрию в академии. К сожалению, трети студентам 2 группы курс педиатрии был не совсем интересным или неинтересным (соответственно, 25 % и 5 %).

Опираясь на знания и практические навыки, полученные на занятиях по педиатрии, 40 % студентов 1 группы смогли бы оказать квалифицированную медицинскую помощь ребенку. Среди студентов 2 группы этот показатель был значительно меньше и составлял лишь 5 %. Большинство студентов (60 % 1 группы и 70 % 2 группы) высказали неуверенность в возможности предоставления качественной медицинской помощи ребенку. Среди студентов, которые бы не смогли при необходимости оказать квалифицированную врачебную помощь ребенку, регистрировались лишь студенты 2 группы в количестве 25 %. Такое большое количество сомнительных и отрицательных ответов объясняется тем, что большая часть студентов считают недостаточной (15 % 1 группы и 40 % 2 группы) или не совсем достаточной (соответственно, 45 % и 40 %) подготовку на кафедрах академии по формированию практических навыков и умений. Среди удовлетворенных уровнем практической подготовки было 40 % студентов 1 группы и 20 % студентов 2 группы.

У опрошенных была возможность оценить свой уровень подготовки к практической врачебной деятельности. Так, 40 % студентов 1 группы и 35 % студентов 2 группы оценили этот уровень как "хороший", чуть меньшая доля опрошенных (соответственно, 25 % и 35 %) охарактеризовали как "удовлетворительный". Неудовлетворительную оценку себе поставили 5 % студентов 1 группы и 15 % студентов 2 группы. Около трети студентов 1 группы (30 %) не знали как оценить свой уровень практической подготовки, среди студентов 2 группы таких было вдвое меньше. К сожалению, ни один из студентов не считает отличным свой уровень подготовки к практической профессиональной деятельности.

Одним из положительных моментов является и тот факт, что все студенты 1 группы и большинство студентов 2 группы во время обучения сформировали навыки общения с больными. Так, уверенный положительный ответ дали 85 % опрошенных 1 группы и 55 % анкетированных 2 группы, а ответ “скорее сформировали, чем нет” дали, соответственно, 15 % и 25 % студентов. Среди студентов 2 группы отмечались отрицательные ответы и колебания с перевесом в отрицательную сторону (по 10 %).

Большинство студентов академии удовлетворены уровнем теоретической подготовки. Так, 30 % студентов обеих групп полностью удовлетворены, 50 % анкетованих1 группы и 45 % анкетируемых 2 группы скорее довольны, чем нет. К сожалению, среди опрошенных регистрировались и такие, что скорее недовольны (20 % студентов в обеих группах) и полностью недовольны (5 % студентов 2 группы) уровнем теоретической подготовки в учебном заведении.

Поэтому не удивляет тот факт, что при опросе студентов, каким разделам работы во время занятия нужно уделять больше времени, подавляющая часть студентов отметила работу “у постели больного” (по 40 % в обеих группах) и совершенствованию практических навыков на манекенах (15 % 1 группы и 45 % 2 группы). Треть студентов 1 группы на протяжении занятия хотела бы больше времени уделять подготовке к тестовому экзамену, при этом среди студентов 2 группы данный показатель был значительно меньше (30 % против 5 %). Были и такие студенты, которые считали, что приоритетным направлением во время аудиторной работы является теоретическое рассмотрение темы (5 % 1 группы и 15 % 2 группы) и решение ситуационных задач (10 % и 5 %).

Положительным является тот факт, что при анализе затрат времени на подготовку домашнего задания по педиатрии, большинство студентов 1 и 2 групп уделяют этому делу до 2-3 часов (75 % опрошенных 1 группы и 55 % анкетированных 2 группы). На внеаудиторную подготовку в течение 1,5 часов тратят 10 % студентов обеих групп. Четверть студентов 2 группы на подготовку тратит до часа, при этом среди студентов 1 группы данный показатель значительно меньше (соответственно, 25 % против 5 %). Настораживает и тот факт, что немалое количество студентов тратит на подготовку 30 минут времени (10 % 1 группы и 15 % 2 группы).

Около трети студентов с познавательной целью постоянно изучают дополнительную специальную литературу по педиатрии (25 % опрошенных 1 группы и 30 % опрошенных 2 группы), иногда - 65 % студентов 1 группы и 30 % студентов 2 группы. Печальным является тот факт, что 40 % опрошенных 2 группы и 10 % студентов 1 группы совсем не читают дополнительную специальную литературу по педиатрии.

Подводя итоги, можно определить, что проблема мотивации, заинтересованности и удовлетворенности учебно-профессиональной деятельностью у студентов на сегодняшний день стоит чрезвычайно остро, ведь данные результаты получены от студентов-выпускников, которые уже завтра станут молодыми специалистами и качество их работы напрямую будет определять здоровье детей.

Таким образом, в развитии учебной мотивации необходим комплексный подход, который предусматривается определение и формирование у студентов субьективно - позитивных учебных мотивов для обеспечения высокого уровня познавательной активности, соответвтвующей освоению будущей професиональной деятельности.

Список литературы:

1. Треумова С.И. Проблемы формирования мировоззрения будущих специалистов. – Материалы 10 юбилейной Всеукраинской учебно-научной конференции с международным участием «Кредитно-модульная система организации учебного процесса в высших медицинских учебных заведениях Украины на новом этапе». – Тернополь: «Укркнига»,2013. Ч.2. с. 647-649.
2. Унгурян Л.М., Чернецкая А.В. Мотивация сиудентов в учебной деятельности. – Материалы 10 юбилейной Всеукраинской учебно-научной конференции с международным участием «Кредитно-модульная система организации учебного процесса в высших медицинских учебных заведениях Украины на новом этапе». – Тернополь: «Укркнига»,2013. Ч.2. с. 649-651.

УДК 297

Козел Н.Р.
БГПУ, г. Минск, Республика Беларусь

ПРИНЦИПЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ФАКУЛЬТЕТА ДОУНИВЕРСИТЕТСКОЙ ПОДГОТОВКИ И СТУДЕНТОВ ВУЗА

Статья посвящена принципам преемственности в системе непрерывного образования, которые применяются на факультете доуниверситетской подготовки (ФДП) и подготовительных отделениях вузов.

Ключевые слова: *преемственность, принципы, условия обучения, непрерывное образование.*

Kosel N.R.
State Pedagogical University, Minsk, Republic of Belarus

PRINCIPLES OF TEACHING OF CONTINUITY OF TRAINING STUDENTS FACULTY OF PRE-UNIVERSITY PREPARATION AND UNIVERSITY STUDENTS

The article is devoted to the principles of continuity in the system of continuous education, which are used at the Faculty of Pre-University Training (FDP) and the preparatory departments of universities.

Keywords: *continuity, principles, conditions of training, continuing education.*

Современная система образования решает одновременно целый ряд различных задач, в том числе осуществляет преемственность в обучении и различные ее аспекты и направления. Под преемственностью обучения понимается установление необходимой связи и правильного соотношения между частями учебного предмета на разных ступенях его изучения. [1, с. 41]

Преемственность является одним из основополагающих принципов образования.

Несмотря на разностороннюю разработанность проблемы преемственности имеется несогласованность в содержании, средствах и методах обучения школы и вуза. Высокому уровню мотивационной готовности будущих абитуриентов вуза не соответствует уровень овладения познавательными умениями, рациональными способами обработки учебной информации. Широко представлена мысль о необходимости преемственности в формировании учебной деятельности школьников и студентов: «обеспечение преемственности ступеней образования является одним из важнейших условий эффективной реализации задачи построения системы непрерывного образования» [2, с.57].

В системе непрерывного образования преемственность обучения является необходимой основой этапа доуниверситетской подготовки. Факультеты доуниверситетской подготовки (ФДП) и подготовительные отделения вузов – это промежуточные звенья между школой и ВУЗом, которые призванным устранять несоответствия между этими двумя ступенями образовательной системы. Они позволяют восполнить пробелы в знаниях полученных в школе и подготовить абитуриентов к обучению в вузе, обеспечить адаптацию школьника к новому содержанию и методам работы, новым социальным ролям.

На основе принципов разрабатываются педагогические условия осуществления преемственности в обучении, которые конституируются на проблемно-аналитическом, целеценностном, теоретическом и методологическом основаниях процесса осуществления преемственности обучения. Анализ педагогических исследований в области преемственности обучения позволил выделить следующие принципы: координации, интеграции, интерактивности, рефлексивности.

Так, принцип ***координации*** предусматривает согласование деятельности всех субъектов обучения и нацелен на координацию работы всех составляющих звеньев учебно-познавательного процесса. Этот принцип позволяет четко определить цель педагогической деятельности преподавателя, последовательность и логичность ее достижения.

Следующий принцип ***интеграции***. Сущность его заключается в обеспечении целостности процесса формирования педагогических условий осуществления преемственности в обучении слушателей ФДП и студентов ВУЗа и конечного результата. Интеграция способствует совершенствованию интеллекта, деятельности обучаемого, развивает свободу мышления, формирует творческие способ-

ности. Данный принцип обеспечивает интеграцию усваиваемых знаний, умений и навыков, направляя их на развитие личности слушателя, его подготовку к сдаче централизованного тестирования и обучению на следующем – вузовском этапе обучения.

Немаловажным значением обладает принцип – принцип ***интерактивности***. Он способствует формированию у слушателей представлений о ценности педагогического взаимодействия участников образовательного процесса и собственного отношения к учебной деятельности. Процесс реализации преемственности между слушателями ФДП и студентами ВУЗа строится на педагогическом взаимодействии педагога и обучаемого, то и содержание осуществления этого процесса опирается на интерактивное взаимодействие, включающее методы, формы и средства диалогического характера, основанные на усилении значения педагогического взаимодействия и сотрудничества. Принцип интерактивности позволяет развивать у слушателей самосознание, личностную позицию, значимые качества для будущей профессиональной деятельности (эмпатию, толерантность, рефлексивную культуру), он раскрывает ценность подготовки как процесса добывания знаний и опыта, в котором ответственность за результаты обучения распределяется между участниками этого процесса (преподавателем и слушателем).

Принцип ***рефлексивности*** является основным, поскольку он требует от слушателей умения опираться на собственный опыт в процессе познания, и составляет чувственно-эмпирическую основу формирования профессиональной позиции относительно данного вида деятельности. Этот принцип обеспечит гибкость в принятии решений, стремлений к усвоению знаний опираясь на нововведения и инновации. В процессе рефлексивного анализа и самооценки своих действий и деятельности слушатели, обращаясь к своему жизненному опыту, переносят его в сферу учебной деятельности, найдя путь саморазвития, корректирования своего поведения, деятельности, отношений в процессе обучения.

Педагогические условия осуществления преемственности с учетом приведенных принципов способствуют не только устранению недостатков в работе факультета доуниверситетской подготовки, сохранению контингента слушателей, увеличению процента поступающих в ВУЗ, но также лучшей адаптации будущих студентов-первокурсников, так как процесс обучения на ФДП способствует приспособлению обучаемых к совокупности новых условий – обстановке, коллективу, социальным отношениям, формам и методам обучения.

Список литературы:

1. Бобринева Л. И. Профессиональная ориентация и доинституцкая подготовка молодежи: проблемы и перспективы в свете реформы общеобразовательной школы: материалы Международной научно-методической конференции. - Мн., 1998. С. 244.
2. Радченко Л. Р. Преемственность школы и вуза в профессиональной подготовке учащихся на старшей ступени общего образования: автореф. дис. … канд. пед. наук. - Ульяновск, 2003. С. 25.

УДК 347.96

Козылева А. А.
Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, Могилев, Беларусь

К ВОПРОСУ О КАДРОВОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОМИТЕТА ГОСУДАРСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

В статье рассматриваются основные задачи кадровой политики в системе государственного управления Республики Беларусь, ее влияние на стимулирование труда работников, а также на реализацию целей и задач государственных органов.

Ключевые слова: *кадровая политика, Комитет государственной безопасности, государственное управление, государственная служба*

Kozyleva A.A.
Mogilev State University named after A.A. Kuleshov, Mogilev, Belarus

TO THE QUESTION ABOUT THE PERSONNEL COMPONENT OF COMMITTEE OF GUO STATE SECURITY OF THE REPUBLIC OF BELARUS

The article considers the main tasks of personnel policy in the public administration of the Republic of Belarus, its impact on the work incentives of employees, and implementation of the goals and objectives of public authorities.

Key words: *personnel policy, The Committee of state security, state administration, public service*

Кадровая политика организации – это сформулированные (устно или письменно) руководством организации принципы, приоритеты, нормы, правила поведения в отношении кадров, обязательные для всех участников процесса управления персоналом с целью достижения стоящих перед организацией стратегических целей с учетом постоянно изменяющихся внутриорганизационных условий и требований внешней среды [5].

Так как работники государственных комитетов являются государственными служащими, то их деятельность регулируется в первую очередь Законом Республики Беларусь «О государственной службе в Республике Беларусь» [2]. Кадровая политика должна соответствовать принципам, функциям, методам государственного органа и регулировать деятельность государственных служащих в соответствии с ними.

Каждый государственный орган имеет свою кадровую службу, который выполняет функции в соответствии с государственной политикой, с учетом требований законодательства о труде и настоящего Закона [1]. В целях повышения эффективности работы с кадрами, улучшения системы учета, подбора, подготовки, переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров, создаются кадровые реестры государственных должностей – это система учета государственных должностей государственных органов Республики Беларусь.

Право на поступление на государственную службу имеют граждане Республики Беларусь, достигшие восемнадцатилетнего возраста, владеющие государственными языками Республики Беларусь и отвечающие иным требованиям, установленным настоящим Законом, иными законодательными актами о государственной службе. Существует ряд определенных требований для занятия государственных должностей: соответствующее образование; необходимый стаж и опыт работы по специальности, за исключением случаев, когда для занятия государственной должности они не установлены; владение государственными языками Республики Беларусь; знание Конституции Республики Беларусь, законов применительно к исполнению соответствующих должностных обязанностей.

Для выявления квалифицированных работников может проводиться отбор на конкурсной основе. Конкурс проводится соответствующим государственным органом, имеющим вакантные должности. Конкурс может быть открытым или закрытым. Открытый конкурс проводится после опубликования объявления о проведении конкурса в официальных изданиях республиканских средств массовой информации. Закрытый конкурс проводится среди состоящих в резерве кадров государственных служащих.

В целях определения объективной оценки практической деятельности, уровня профессиональных знаний, квалификации каждые три года проводится аттестация государственных служащих [1].

Кадровая политика в Комитете Государственной Безопасности Республики Беларусь направлена на реализацию поставленных целей и задач: обеспечение безопасности личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз. Органы государственной безопасности являются составной частью системы обеспечения национальной безопасности Республики Беларусь. Дисциплина в Комитете Государственной Безопасности Республики Беларусь определяется: Дисциплинарным уставом Вооруженных Сил Республики Беларусь, Постановлении Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь «Об утверждении типовых правил внутреннего трудового распорядка» и другими нормативно правовыми актами.

Основными задачами органов государственной безопасности являются: защита независимости и территориальной целостности Республики Беларусь, обеспечение национальной безопасности Республики Беларусь в политической, экономической, военной, научно-технологической, информационной, социальной, демографической и экологической сферах; оценка текущего состояния национальной безопасности Республики Беларусь, прогнозирование его развития; разработка и проведение мероприятий по оказанию содей-

ствия государственным органам и иным организациям в осуществлении мер в области политического, социально-экономического развития и научно-технического прогресса Республики Беларусь. На органы государственной безопасности законодательными актами Республики Беларусь могут быть возложены иные задачи.

В трудовую дисциплину сотрудники органов государственной безопасности входит исполнение обязанностей, предусмотренных Законом «Об органах государственной безопасности Республики Беларусь» и иными законодательными актами Республики Беларусь, в пределах своей компетенции в соответствии с занимаемой должностью. Сотрудники органов государственной безопасности в случаях ограничения прав и свобод граждан обязаны разъяснять им основания для таких ограничений, а также возникающие в связи с этим их права и обязанности и выполнять другие обязанности [2].

Сотрудники органов государственной безопасности при исполнении служебных обязанностей являются представителями государственной власти и находятся под защитой государства. Никто не вправе вмешиваться в служебную деятельность сотрудников органов государственной безопасности, кроме государственных органов и должностных лиц, уполномоченных на то законодательными актами Республики Беларусь. Также законодательством предусмотрено обеспечение безопасности сотрудников и их близких. Во время служебных командировок сотрудники органов государственной безопасности пользуются правом бронирования и получения вне очереди мест в гостиницах, а также правом приобретения проездных документов на все виды транспорта независимо от наличия мест, на использование в служебных целях принадлежащих им транспортных средств. Сотрудники органов государственной безопасности подлежат обязательному государственному страхованию. Сотрудники органов государственной безопасности, граждане, уволенные с военной службы из органов государственной безопасности, и члены их семей имеют право на социальную защиту на условиях, предусмотренных законодательными актами Республики Беларусь.

На основании выше перечисленных фактов, кадровая политика влияет на успешное выполнение возложенных на государственные органы функций, целей и задач путем стимулирования труда работников, предоставляя им социальные и материальные гарантии, а также контролируя трудовую дисциплину и защиту их прав.

Кадровая политика в Республике Беларусь направлена на формирование современных требований к кадрам различных сфер деятельности и уровней управления; подбор кадров с учетом их профессиональных и нравственно-психологических качеств; формирование действенного резерва руководящих кадров и организация планомерной работы с ним; совершенствование форм и методов оценки деятельности кадров; мотивация эффективного труда, рациональное использование кадров, создание благоприятных условий для их работы и профессиональной карьеры; совершенствование системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров [2].

Список литературы:

1. О государственной службе: закон Республики Беларусь от 29 мая 2003 г. N 204-З в ред. от 15.07.2015 N 305-З [Электронный ресурс] Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь (дата обращения: 12.11.2016).
2. О комитете государственной безопасности: закон Республики Беларусь от 22 июня 2012 г. [Электронный ресурс] Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь (дата обращения: 12.11.2016).
3. Об утверждении Концепции государственной кадровой политики Республики Беларусь: Указ Президента Республики Беларусь от 12 ноября 2003г. №509 [Электронный ресурс] Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь (дата обращения: 12.11.2016).
4. Об утверждении типовых правил внутреннего трудового распорядка: Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 16 июня 2014 г. № 38 [Электронный ресурс] Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь (дата обращения: 12.11.2016).
5. Пархимчик Е. П. Кадровая политика организации : учеб.пособие – Минск : ГИУСТ БГУ, 2011- С.5.

УДК 364-43

Коновалов В. А.
Научный руководитель: к.с.н., доцент Антонова Н. С.
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ СЕМЬИ

В статье рассматривается женский алкоголизм, причины и стадии его развития, влияние алкоголизма женщин на неблагополучие семьи.

Ключевые слова: *женский алкоголизм, неблагополучие семьи, зависимость, личностные и эмоциональные изменения.*

Konovalov V. A.
Scientific director: PhD in Sociology, docent Antonova N. S.
Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

FEMALE ALCOHOLISM AS A FACTOR OF FAMILY TROUBLE

The article deals with female alcoholism, causes and stages of its development, women's alcoholism effects on family trouble.

Key words: *female alcoholism, family trouble, addiction, personality and emotional changes.*

К сожалению, на сегодняшний день всё чаще и чаще женщина становится заложником алкоголя. Перед современным обществом стала серьёзная проблема, ведь женский алкоголизм распространяется очень быстро и вызывает череду отягчений среди разных поколений женщин: он затягивает в свои сети и девочку - подростка, и девушку, и женщин преклонного возраста. Женским алкоголизмом в России страдает до 12% женского населения, 24% женщин принимают алкогольные напитки систематически, 43% – употребляют спиртное периодами; 4,9% – время от времени; у 28% – периоды воздержания чередуются с запоями [2, С. 87].

В Республике Бурятия по сравнению с 2009 годом отмечается рост женского алкоголизма:

1. С алкогольными психозами на 45,8%;
2. С диагнозом «употребление спиртных напитков с вредными последствиями» на 25,4%. Это, как правило, молодые женщины и девушки, пока еще не ставшие алкоголезависимыми. За 9 месяцев 2012 года Республиканским наркологическим диспансером зарегистрировано на 15,8% больше пациентов с алкогольным психозом по сравнению с прошлым годом. Причем 55,1% (588 человек) в возрасте от 20 до 39 лет, и доля женщин в данной группе составляет – 32 % [4].

Женский алкоголизм - это психо-наркологическое заболевание, связанное с систематическим употреблением алкоголя (этилового спирта), характеризующееся психической и физической зависимостью от него, сопровождающееся поражением мозговых тканей и внутренних органов [3, С. 263-265]. Самое страшное в том, что на последних стадиях алкогольной зависимости женщины полностью утрачивают свой моральный облик, им становится чуждо такое понятие, как совесть и семейный долг. Они становятся равнодушными к семье, детям, родителям. Для сегодняшнего общества важнейшим базисным социальным институтом является семья. И одной из главенствующих причин, фактором неблагополучия семьи является женский алкоголизм.

Неблагополучная семья – это семья с низким социальным статусом, не справляющаяся с возложенными на нее функциями в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно. Та семья, где присутствует женский алкоголизм, является **асоциальной семьёй**. Болезнь алкоголизмом, пренебрежением нуждами детей являются главными чертами такой семьи. При этом детско-родительские отношения полностью не разорваны (например, дети пытаются скрывать пьянство родителей, берут на себя ответственность за обеспечение семьи, уход за младшими детьми, продолжают учиться в школе)

По замечаниям психологов, женщина в такой семье, забывает о своих родительских обязанностях, целиком и полностью погружается в алкогольную субкультуру, что сопровождается потерей общественных и нравственных ценностей и ведет к социальной и

духовной деградации. В конечном итоге члены семьи мало уделяют внимания друг другу, в особенности мать детям, мужу, или вообще женщина негативно относится к своим детям либо вообще их не замечает. Случаются случаи, когда мать не помнит имён своих детей. Отношения в такой семье выделяются ригидностью и деспотичностью, а сама жизнь характеризуется неустойчивостью и непредсказуемостью. В правилах такой ячейки общества значительное место занимают запреты свободно выражать свои потребности, чувства и желания, часто используются эмоциональные репрессии.

Причин женского алкоголизма существует достаточно много. К ведущим из них относятся:

1. Социальная неудовлетворенность женщины. Это приводит к тому, что женщина ищет утешения в бутылке со спиртным. К данной неудовлетворенности относятся сложности, связанные с материальной стороной личного или семейного бюджета, нереализованные профессиональные амбиции, проблемы на работе или же неудавшаяся личная, семейная жизнь. Низкий уровень образования и воспитания.

2. Роль женщины в обществе. Так, в большинстве случаев показывать свою слабость считается неприемлемым, поэтому многие женщины вынуждены взваливать на себя порой даже непосильную ношу. В связи с тем что никаких других вариантов расслабиться и дать организму отдохнуть она не находит, женщина «заливает свои проблемы».

3. Одиночество. Ощущение одиночества и отсутствие общения становится для женщины не только причиной пьянства, но и сказывается на здоровье души и тела.

4. Наследственность. Рассматривать наследственность не стоит как слаженный механизм, однако от поколения к поколению могут передаваться психические расстройства, отклонения, которые провоцируют женский алкоголизм.

5. Стрессы, депрессии, эмоциональная истощенность. Серьёзным последствием депрессии без лечения и попыток её устранить может стать алкоголизм. Алкоголь оказывает краткосрочный антидепрессивный эффект. Появляется эйфория. Но со временем только усиливает депрессию, не говоря уже о возникновении зависимости от спиртного.

Выделяют три стадии женского алкоголизма. Первая стадия (начальная). Период времени, когда у женщины формируется зависимость, тяга к алкоголю. Наравне с этим увеличивается доза спиртного. Характерными признаками на данном этапе являются провалы в памяти. Вторая стадия (развёрнутая). Пристрастие к алкоголю на данной стадии усиливается ещё больше, так же как и объём спиртного для достижения опьянения. Отличительными нарушениями данной стадии являются вегетативные (дрожь, головные боли, жар, озноб, выпадают волосы, зубы, меняется цвет лица, появляются морщины). Но более страшным является то, что женщина утрачивает свои материнские чувства, что заканчивается распадом семьи. Третья стадия (конечная). На данной стадии регулярное потребление спиртного становится образом жизни. Состояние опьянения происходит от незначительных доз. Происходят нарушения в психике и функциях многих органов. Лечение на данной стадии довольно трудное, часто случаются срывы и случаи смертности.

Женский алкоголизм – явление сложное и серьёзное, приводящее к сложным и необратимым последствиям. В таком состоянии женщина не в силах с полной ответственностью заботиться о воспитании детей, поддержании бытовых условий, поддерживать отношения с супругом, с членами общества. Женский алкоголизм является серьёзной причиной развала семьи. Непосредственно страдают дети, нарушается их психика. Как правило, в семьях, где мать выпивала, дети в последующем более подвержены этой пагубной привычке.

Одним из способов преодоление этой чумы является эффективная профилактика и пропаганда здорового образа жизни, наглядные примеры социальных и медицинских последствий потребления алкоголя также эффективно воздействуют на сознание женщин. Относительно простым выходом из данной ситуации было бы провести радикальное повышение цен на спиртные напитки, которое снизило бы их доступность. Но важными социальными мерами на сегодняшний день, все же, остаются запреты на распитие спирта, высокая профилактико-агитационная работа и др.

Сегодня проблема алкоголизма является нерешенной как в мире, так и в России. Сейчас насчитывается более 2 миллионов граждан, страдающих алкоголизмом, что выводит данную проблему из числа частных, локальных в область государственных проблем. Проблема алкоголизма давно превратилась в масштабную медико-социальную угрозу российской нации.

Список литературы:

1. Баранова О. В. Женский алкоголизм как социальная проблема / О. В. Баранова // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы II Международной научно-практической конференции (Улан-Удэ, 06-07 декабря 2013 г.). – Улан-Удэ, 2013. – С. 46-48.

2. Гасанова Р. И. Современный взгляд на проблему женского алкоголизма / Р. И. Гасанова, О. С. Булычева // Успехи современного естествознания. – 2014. - №6. – С. 87.

3. Маркова Е. Ю. Женский алкоголизм как социальная проблема / Е. Ю. Маркова, Н. Н. Подпоринова // Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования, практики: материалы VII международной научно-практической конференции (Белгород, 26-27 ноября 2015 г.). – Белгород, 2015. – С. 263-265.

4. Михеев А. С. Информационный материал к Общественным слушаниям по профилактике алкоголизма и пьянства в Республике Бурятия. [Электронный ресурс] / А. С. Михеев, Л. Б. Сансанова. – Режим доступа: http://xn--k1akia1c.xn--p1ai/index.php/privacy-policy/242-buryatiya-za-trezvost (Дата обращения: 09.11.2016).

УДК 616.98:578.828.ВИЧ:614.253

Копчук Т.Г.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД КАК БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В статье рассматриваются вопросы ВИЧ-инфекции и СПИДа как биоэтической проблемы в общественном здравоохранении, поскольку работа медицинского персонала должна быть направлена на профилактику дискриминации ВИЧ-позитивных и больных СПИДом людей и их защиту.

Ключевые слова: *ВИЧ-инфекция, СПИД, биоэтика.*

Kopchuk T.G.

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

HIV-INFECTION AND AIDS AS A BIOETHICAL PROBLEM OF PUBLIC HEALTH SERVICE

Article deals with the issue of HIV-infection and AIDS as a bioethical problem of public health service, since medical personnel should focus their efforts on the prevention of discrimination of HIV-positive and AIDS patients as well as on their protection.

Key words: *HIV-infection, AIDS, bioethics.*

СПИД – одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед всем человечеством. И главная проблема заключается не в том, что в настоящее время официально зарегистрировано более четверти миллиона больных (половина которых уже умерла) и много миллионов инфицированных, а в том, что СПИД – это сложнейшая научная проблема [3]. Болезнь сопровождается летальностью практически 100%, но более страшным является то, что это медленная инфекция, и до десяти лет от момента инфицирования человек может не подозревать о своем состоянии, являясь источником заражения близких ему людей. По этому, при подготовке студентов-медиков очень важным является изучение биоэтических аспектов профессиональной деятельности медицинских работников, вопросов взаимоотношений больного, его семьи и медицинского персонала, ответственности и привилегий врача, врачебной ошибки в клинической практике, особенно когда это касается больных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Главное условие для успешной борьбы с эпидемией СПИДа – это соблюдение четырех биоэтических принципов: уважение пациента, принципа «не навреди», милосердие и справедливость [2].

Уважение предполагает отношение к пациенту как автономной личности, которая имеет право осуществлять контроль над своей собственной судьбой. Что означает право на тайну личной жизни и соблюдение принципа «информационного согласия». Принцип «не навреди» заключается в сохранении «врачебной тайны» и в недопущении отказа в оказании медицинской помощи больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным.

Милосердие требует, чтобы все действия врача и других медицинских работников совершались во имя интересов и ради благополучия пациентов. То есть, принцип уважения и милосердия предполагают, что врачи обязаны информировать пациентов до тестирования и сообщать им результаты проверки крови с соответствующими рекомендациями медицинского и психологического характера, а также пациенту должны быть представлены гарантии неразглашения информации. Эти принципы, наряду с принципом «не навреди» требуют, чтобы пациент, ведущий рискованный образ жизни, нес моральную ответственность перед другими людьми, которых он может подвергнуть риску заражения. Принцип справедливости требует, чтобы все блага и необратимые последствия конкретных действий справедливо распределялись между больным и обществом. Этот принцип, запрещает применение к пациентам каких-либо мер дискриминации. В первых же документах, принятых ВОЗ и другими международными организациями в связи с нарастанием пандемии СПИДа, одно из центральных мест заняло специальное требование не допускать дискриминации ВИЧ-инфицированных, а также лиц, которые относятся к так называемым «группам риска». Важно, не только моральное осуждение дискриминации больных СПИДом, но и создание соответствующих гарантий. Дискриминация инфицированных и больных преимущественно носит репрессивный характер, поскольку невежество и предубеждение, присущие не только населению, но и части специалистов-медиков, в конечном счете негативно отражается на эпидемиологической обстановке и темпах распространения инфекции. То есть, дискриминация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом не только ущемляет права человека, но и подрывает основополагающие принципы общественного здравоохранения. Она может провоцировать у больных чувство мести, способное привести к преднамеренному распространению инфекции. Надлежащее оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным врачами и другими представителями медицинской профессии – это одна из самих актуальных медико-этических проблема [1].

Наряду с оказанием ненадлежащей медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом и разглашение соответствующего диагноза, является грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики и закона. Разглашение врачебной тайны медиками зачастую – это проявлением «спидофобии», то есть работники здравоохранения, не только нарушают законные права своих пациентов, но и сами становятся проводниками настроения страха перед СПИДом. Статья 40 основ законодательства Украины раскрывает содержание врачебной тайны и условия ее разглашение. Так, медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением профессиональных или служебных обязанностей стало известно о болезни, медицинском обследовании, осмотре и их результатах, интимной и семейной стороне граждан, не имеют права разглашать эти сведения, кроме предусмотренных законодательными актами случаев. [1].

Весьма непростой является проблема защиты прав больных и инфицированных СПИДом, их детей, родных и близких. Всегда надо помнить, что люди, которые инфицированные ВИЧ или больные СПИДом ни на минуту не в состоянии забыть о том, что они обречены. А в нашем обществе эта болезнь расценивается как кара, постигшая людей с «аморальным» образом жизни. Общество осуждает таких людей, считая, что они сами виноваты в своих несчастьях и даже «заслужили» их. Пациенты, инфицированные вирусом иммунодефицита человека, воспринимают это очень болезненно, что приводит к снижению у них самооценки и уверенности в своих силах и негативно отражается на их психическом состоянии.

Огромное значение имеет повышение уровня профессиональных знаний о СПИДе медицинского персонала. Министерство здравоохранения Украины постоянно разрабатывает руководства для медицинского персонала, работающего с ВИЧ-инфицированными пациентами. Однако каждый специалист, работающий в таких условиях, должен полагаться не только на инструкции, но и сам думать о мерах безопасности для себя и окружающих, потому что не существует инструкции, которая может предусмотреть все случаи реальной жизни [4].

Всегда следует помнить, что изолировать нужно не пациента, а инфекцию. Поскольку известны пути передачи ВИЛ-инфекции не следует применять к инфицированным или больным людям карантинные или другие ограничительные санитарные меры. Детали изучения болезни позволили сделать вывод об отсутствии острой контагиозности при СПИДе [3]. Ненадлежащее поведение медицинских работников может привести к остракизму (гонение, неприятие, отвержение, презрение со стороны окружающего общества) больных.

Таким образом, при работе с ВИЧ-инфицированными, специалисты должны оказывать им огромную профессиональную и моральную поддержку находя индивидуальный подход к каждому больному.

Список литературы:

1. Галкін О. Ю. Біоетика в Україні: від теорії до практики. Нормативно-правові та навчально-наукові аспекти / О. Ю. Галкін, А. А. Григоренко // Наукові вісті НТУУ № «КПІ». – 2011. – № 3. – С. 12-18.
2. Запорожан В.М.Біоетика: Підручник / В.М.Запорожан, М Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2005. – 288 с.
3. Хепфнер К. СПИД: медико-биологические и социальные аспекты болезни. М., 1992.
4. Kass NE. Public health ethics: from foundations and frameworks to justice and global public health. J Law Med Ethics 2004; http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-720X.2004.tb00470.x / (дата обращения: 12.11.2016).

УДК 364.026

Королев М.А., Сверчкова М.А.
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия

КОНФЛИКТНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

В статье рассматривается роль института независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания в разрешении конфликтов в социальной работе.

Ключевые слова: *конфликт, компетентность, независимая оценка качества оказания услуг.*

Korolev M.A., Sverchkova M.A.
A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

CONFLICT COMPETENCE IN SOCIAL WORK

The article discusses the role of the Institute of independent assessment of the quality of services by social service organizations in conflict resolution in social work.

Key words: *conflict, competence, independent evaluation of the quality of services.*

Ужесточение условий проживания человечества в различных странах и континентах в связи с изменяющимися социально-экономическими, экологическими системами, ужесточение методов борьбы за «выживаемость» человека приводит к усилению конфликтной составляющей социального взаимодействия в различных сферах. Социальная работа как социальный институт также не является исключением.

Социальная работа, рассматриваемая как деятельность, направленная на решение социальных, экономических и психологических проблем слабо защищенных слоев населения; создание условий, благоприятствующих восстановлению и улучшению способности людей к социальному функционированию, по сути, является деятельностью, которая нацелена на разрешение разнообразных конфликтов, противоречий и «сбоев» в системах личностного, группового, социетального уровней. В этом аспекте конфликт рассматривается как негативно-деструктивное явление, которое требует немедленного предотвращения или скорейшего разрешения с целью повышения эффективности оказания населению социальных услуг. Все это требует от социальных работников взвешенного, сбалансированного восприятия конфликта в качестве сложного многоаспектного социального феномена.

Профессиональная деятельность социального работника в рамках конфликта осложняется двумя обстоятельствами:

- во-первых, конфликты не всегда объективны, а потому далеко не всегда прогнозируемы. Возникновение и специфика конфликта как социального явления может быть не только крайне разнообразным, но и чрезвычайно зависимым от особенностей участвующих в нем субъектов;
- во-вторых, в рамках конфликтного взаимодействия двух и более субъектов социальному работнику трудно действовать в рамках только социальной роли, сохранить дистанцию, уберечься от того, чтобы остаться не втянутым в конфликт. И сохранить свою независимость, тем сложнее, чем менее институализированным является сам конфликт и поведение социального работника в данной ситуации. [6]

Важным принципом управления конфликтом является принцип компетентности. Понятие «профессиональная компетентность работника социальной сферы» рассматривается как сложная динамическая интегральная совокупность проявления компетенций и профессионально важных качеств личности, в которой переход из одного состояния в другое связан с изменением личностного качества и проявляется в единстве ее нравственно-ценностных, смысложизненных ориентаций в ситуациях решения профессиональных социально-педагогических задач, ориентированных на социальные проблемы. [4, с. 14]

Коммуникативную компетентность социального работника составляют базовые коммуникативные умения. Однако и их наличие не позволяет специалисту социальной работы, как отмечает А. Б. Белинская, оставаться в рамках профессионального поля, сохранять дистанцию в конфликте двух и более субъектов. [5, с. 174] В связи с этим Б. И. Хасан предлагает выделять «конфликтную компетентность». Ее можно рассматривать на двух уровнях: первый предусматривает наличие способности к распознаванию признаков случившегося конфликта, к идентификации воплощенного в нем противоречия, владение способами регулирования и разрешения конфликта; второй характеризуется умением проектировать результаты конфликта, конструировать и продуктивно ориентировать их непосредственно в процессе взаимодействия. [7, с. 29]

Недостаточность общекультурных и профессиональных компетенций, т.е. отсутствие базового профессионального образования с одной стороны, и гомогенность коллективов социальных служб, с другой стороны, во многом определяют наличие причин возникновения конфликтных ситуаций в учреждениях социальной защиты. Наличие или отсутствие компетентности руководителя в вопросах управления профессиональной социальной работой также влияет на выбор методов управления конфликтами в социальных учреждениях.

С другой стороны, находясь в трудной жизненной ситуации и испытывая сильные эмоциональные переживания, человек неосознанно из многих обычных ситуаций своего межличностного общения создает ситуации затрудненного взаимодействия, провоцируя трения и сбои, которые часто завершаются нарушениями коммуникативных процессов.

Все это, безусловно, сказывается на качестве предоставляемых услуг органами социального обслуживания населения.

Проблема контроля качества услуг, предоставляемых учреждениями социального обслуживания населения, достаточно актуальна в настоящее время. В целях повышения такого контроля, для того, чтобы каждый получатель услуг мог получить достоверную и объективную информацию о любом учреждении, с 2014 года в стране функционирует совершенно новый институт независимой системы оценки качества социальных услуг.

Независимая оценка качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2014 № 256-ФЗ, Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.08.2013 № 391а «О методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания», Приказа Минтруда России от 8 декабря 2014 г. № 995н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания» [1, 2, 3] и т.д.

Очевидно, что необходимость повышать качество социального обслуживания и (что не менее важно) расширять и улучшать представления россиян о нем давно назрела. Так, полученные в 2014 г. Фондом «Общественное мнение» данные неутешительны: 22% россиян считают, что в нашей стране государственные учреждения, занимающиеся социальным обслуживанием пожилых граждан, работают плохо, лишь 28% – что они работают хорошо и 50% затруднились ответить. [8]

Институт независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания в перспективе может постепенно преломить сложившуюся ситуацию, поскольку, по сути, теперь общественность приглашается к участию в ежегодных проверках с посещением и ревизией деятельности социальных служб. Эта мера является, без преувеличения, беспрецедентной, выводящей Россию на передовые рубежи в мире в области внедрения новых управленческих технологий в социальной работе, в том числе и в области управления конфликтами.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.07.2014 № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» // Собрание законодательства РФ. 2014. № 30 (Часть I). Ст. 4257.
2. Приказ Минтруда России от 30.08.2013 № 391а «О методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания» // Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. - 2013. - № 11.
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 8 декабря 2014 г. № 995н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания».
4. Амельченко Т.В. Педагогический анализ формирования профессиональной компетентности работника социальной сферы в региональных условиях // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 5. - С. 12-16.
5. Белинская, А.Б. Стресс и конфликт в деятельности социальных работников / А.Б. Белинская // Отечественный журнал социальной работы. - 2013. - № 2. - С. 173-183.
6. Ромм, М.В. Теория социальной работы: Учеб. пособие. / М.В. Ромм, Е.В. Андриенко, Л.А. Осьмук, И.А. Скалабан и др.; Под ред. М.В. Ромма. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2000. Ч. II. – 112 с.
7. Хасан, Б.И. Разрешение конфликтов и ведение переговоров: учебное пособие / Б.И. Хасан, П.А. Сергоманов. - Красноярск - М., 2001. - 227с.
8. Пожилые люди: социальная защита и уход. Как государство должно помогать пожилым? – Фонд «Общественное мнение». 2014. 18 мая. URL: http://fom.ru/Obraz-zhizni/11524 (дата обращения: 05.11.2016).

УДК 796.03

Кострюшина Н. В.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г Улан-Удэ, Россия

ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗА

Самостоятельная физкультурно-спортивная деятельность является неотъемлемым компонентом здорового образа жизни и в значительной степени характеризует уровень физической культуры личности. Одной из важнейших задач физической культуры является внедрение в студенческую среду физического воспитания.

Ключевые слова: *студенческая молодежь, соблюдение требований ЗОЖ, профессиональное развитие личности, систематические занятия физической культурой, физическая подготовленность, физические качества, тестирование студентов.*

Natalia V. Kostryshina
East-Siberian state University of technologies and management, Ulan-Ude, Russia

DYNAMICS OF RESULTS AS AN INDICATOR OF PHYSICAL PREPAREDNESS OF STUDENTS OF A TECHNICAL COLLEGE

Self sports activity is an essential component of a healthy lifestyle and are largely characterized by the level of physical training of the person. One of the most important tasks of physical training is to introduce the student in physical education environment.

Key words: *college students, HLS compliance requirements, professional development of the individual, systematic physical training, physical fitness, physical quality of students tested.*

Занятия физическими упражнениями оказывают влияние на успешность профессиональной деятельности через перенос двигательных навыков и умений, которые осуществляются в связи с общностью структурных и функциональных изменений, происходящих в организме человека под влиянием различных упражнений, приемов, действий. Это дает возможность в результате занятий физическими упражнениями быстрее сформировать трудовые двигательные навыки[4].

Одной из задач физического воспитания студентов является обеспечение общей и профессионально-прикладной физической подготовленности, определяющей психофизическую готовность студента к будущей профессии[6]. Учебные занятия по физической культуре в вузе – это не только активный отдых, психическая разгрузка, оздоровление, спортивная подготовка, но и очень важная учебная дисциплина, система приобретения жизненно необходимых качеств, знаний, умений и навыков, помогающая выполнить нормы ГТО[1]. Учебный процесс по физической культуре – это разностороннее образование и воспитание студенческой молодежи, направленный на достижение целостности знаний о человеке, его возможностях, жизненных ценностях, на осознание себя в развивающемся обществе, на формирование физической культуры личности студента[3].

Физическая подготовленность - это результат физической подготовки, достигнутый при выполнении двигательных действий, необходимых для освоения или выполнения человеком профессиональной или спортивной деятельности. Физическая подготовленность характеризуется уровнем функциональных возможностей различных систем организма и развития основных физических качеств. Оценка уровня физической подготовленности осуществляется по результатам контрольных тестов на силу, выносливость, быстроту. Самое важное, что нужно учесть, это то, что физическая культура с профессионально-прикладной направленностью строится на базе общей физической культуры[8,9].

В Восточно-Сибирском государственном университете технологий и управления (ВСГУТУ) г. Улан-Удэ на кафедре Физической культуры и спорта, занимаются студенты 1 – 4 курсов по 4 часа в неделю. Практические занятия проводятся на базе пяти различных спортивных залов и стадионе. Студенты занимаются таким видам спорта, как легкая атлетика, футбол, бокс, вольная борьба, волейбол, баскетбол, аэробика, развивая свои физические качества, снимают умственное утомление, повышают эмоциональное состояние организма, а на теоретическом курсе познают вопросы о влиянии физической культуры на организм человека, адаптации к современному миру.

Построенный таким образом учебный процесс повышает физическую работоспособность студентов, а узнать эффективность занятий можно при помощи проводимых контрольных тестов по физической подготовке студентов 1 курса осенью (первичное), всех остальных курсов весной (итоговое тестирование). Результативность занятий мы проводим при помощи динамики показателей физической подготовленности. Эти результаты проводились за последние четыре года обучения с 2012 по 2016 учебный год. Динамику можно увидеть из таблицы 1, где результаты итогового тестирования у студентов 1 курса значительно выше исходного, а у студентов 2 – 4 курсов они выше, чем на 1 курсе, и держаться на уровне 3,5 – 5 балла, что свидетельствует об уровне физической подготовленности выше среднего.

Таблица 1.

Нормативы		1 курс			2 курс		3 курс		4 курс	
		Осень 2012	Весна 2013		Весна 2015		Весна 2016		Весна 2016	
		Результат/оценка	Результат/оценка	Прирост	Результат/оценка	Прирост	Результат/оценка	Прирост	Результат/оценка	Прирост
100 м	м	13,63/2	14,24/1	-0,61 с	12,62/5	-0,98с	13,0/4	-0,2с	14,05/2	-0,2 с
	ж	16,04/2	15,75/3	-0,29 с	15,51/3	- 0,2 с	14,9/4	-0,97с	15,96/2	-0,63 с
Прыжок в длину с места	м	231,25/3	238,18/4	+ 6,93	250/5	+ 10	252,1/5	+ 0,1	230,4/3	+ 26,1
	ж	171,25/3	193,18/5	+21,93	195/5	+ 13	198,7/55	+13,7	180/4	+ 3,9
Подтягивание /Пресс	м	12,8/4	12,2/4	+ 0,6	12,75/4	+0,03	10,0/3	1,8	8,41/3	2,17
	ж	30,8/3	40,5/4	+ 9,7	51,66/4	+ 5,86	48,25/4	0,25	52,5/4	- 4,5
Кросс	м	1600 5,52/5	5,04/5	- 48 с	800 2,41/4	-30 с	800 2,26/5	-10 с	3000 14,19/3	-
	ж	800 3,24/5	2,60/5	- 64 с	400 1,05/5	- 18 с	400 1,18/5	-3 с	2000 10,67/4	-

Примечание: прирост результатов в беге на 100 м со знаком «-» является положительным. Бег на длинные дистанции варьируется от 400 м до 800 м у девушек, и от 800 м до 1600 м у юношей. Но даже и здесь виден прирост результатов по курсам также со знаком «-». Норматив 2000 м и 3000 м студенты выполняли только весной 2016 года, поэтому сравнительную динамику результатов не проводили.

В заключении можно сказать, что под влиянием систематических тренировочных занятий студент существенно улучшает практически все двигательные способности, а также успешно устраняет средствами физической культуры различные недостатки телосложения (сутулость, плоскостопие и т.д.), что и доказывают наши исследования.

Список литературы:

1. Ачкасов Е.Е. Готов к труду и обороне / Е.Е. Ачкасов, А.В. Машковский, С.П. Левушкин. – ГЕОТАР-Медиа. – 2016. – 256 с.
2. Дубровский В.Н. Лечебная физическая культура: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / В.Н. Дубровский. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Владос, 2004. – 624 с.
3. Жидких В.П. Основы непрерывного физкультурного образования молодежи на этапах освоения рабочей и инженерной профессий / В.П. Жидких // Теория и практика физ. культуры. - 1998. - N 6. - С. 45-49.
4. Ильинич В.И. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов. Физическая культура в профессиональной деятельности бакалавра и специалиста. - В кн.: Физическая культура студента: учебник/ под ред. В.И. Ильинича. - М.: Гардарики, 1999. - С.380-432.
5. Педагогика физической культуры: учебник / М.В. Прохорова, А.А. Сидоров, Б.Д Синюхин, А. Г. Семенов. – М.: Путь: Альянс, 2006. – 288 с.

6. Раевский Р.Т. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов технических вузов: учеб. пособие. - М.: Высш. шк., 1985. – 136 с.

7. Роботова А.С. Введение в педагогическую деятельность: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / А.С. Роботова. – 4-е изд. перераб. – М.: Академия, 2007. – 224 с.

8. Трефилов В.А. Формирование физической готовности выпускников вуза к профессиональной деятельности / В.А. Трефилов, А.В. Дубровский // Теория и практика физ. культуры. - 2002. - N 7. - С. 49-50.

9. Физическая культура: учеб. пособие / под ред. В.А. Коваленко. – М.: Изд-во АСВ, 2000. – С. 170-300.

УДК 316.356.2

Котоманова О.В.

Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МНОГОДЕТНЫХ СЕМЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

В статье рассматриваются основные проблемы многодетных семей. В проведенном исследовании представлен анализ материального положения, жилищных условий и решение социальных вопросов многодетных семей.

Ключевые слова: *многодетная семья, помощь, льготы, материнский капитал, социальные услуги.*

Kotomanova O.V.

Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL CONDITIONS OF LARGE FAMILIES: PROBLEMS AND SOLUTIONS

This article discusses the main problems of large families. The study presents an analysis of the material conditions, living conditions and social issues of large families.

Keywords: *large family, care, benefits, parent capital, social services.*

Стремление к достойной жизни и достатку присуще подавляющему большинству людей, независимо от числа детей, уровня дохода, возраста и социального положения. В настоящее время в нашем обществе культивируется взгляды и убеждения по формированию потребительских ценностей и активного потребительского образа жизни [2; С.215].

Чаще всего, многодетная семья ассоциируется в сознании общества с малообеспеченностью, неблагополучием, асоциальным поведением детей и родителей. Безработица, низкий прожиточный минимум, невыплата заработной платы, инфляция, нарастающее напряжение в социальных отношениях, ухудшение обслуживания, разрушение прежних и несформированность новых ценностных установок являются современными социальными проблемами современной семьи.

Меры государственной поддержки, направленные на улучшение социально-экономического положения многодетных семей, способствуют увеличению их численности. Многодетная семья имеет свои специфические проблемы, которые протекают значительно тяжелее, чем в обычной семье.

Согласно статистическим данным, на 01.01.2016 года, количество многодетных семей в Республике Бурятия достигло 18934, в том числе в городе Улан-Удэ проживает 6548 семей (34,6%). В целом прослеживается положительная динамика в отношении увеличения числа многодетных семей, по сравнению с предыдущим периодом, например, в 2014 году 14218 многодетных семей [3].

Нами было проведено социологическое исследование, с целью изучения социального положения многодетных семей, в котором приняло участие 150 семей, в том числе 90% -женщин, 10%-мужчин. В том числе, 80% воспитывают троих детей, 15% - 4 ребенка, 5% - пять и более детей. Практические все респонденты имеют высшее профессиональное образование и состоят в браке (всего 5 респондентов не состоят в браке, по личным причинам). Одним из аспектов нового времени является тот факт, что 5% семей оформили опеку над детьми, тем самым получили статус многодетной семьи.

Анализируя результаты исследования, мы пришли к выводу, что особого внимания заслуживают три основных блока: материальное положение, жилищные условия и социальная поддержка.

Материальное положение: Из имеющихся у доходов многодетной семьи 65% респондентов отметили заработную плату супруга (супруги) и социальные выплаты и пособия. Так 20% респондентов считают, что основную часть их доходов составляют выплаты социального характера, остальное - случайные заработки. Только социальные выплаты и пособия получают 15% респондентов, так как временно не работают.

Для повышения своего материального положения 23% респондентов организовали собственное дело, 19% ведут личное подсобное хозяйство. К сожалению, 58 % респондентов «ничего не делают, так как не возможности». Мы предполагаем, что негативная позиция респондентов по улучшению своего материального положения связана с отсутствием рабочих мест, также родители отмечают нежелание руководителей принимать на работу многодетных матерей, руководствуясь тем, что этой категории работников необходимо часто предоставлять отпуск и оплачивать больничные листы, в связи с заболеваемостью детей.

Недвижимым имуществом обладают 56% респондентов (дом, участок, дача, квартира), наибольшее количество респондентов отметили квартиру и участок, 35% указали, что имеют движимое имущество, а именно автомобиль и 9% респондентов «ни чем не владеют». При этом 39% респондентов отметили что, «денег хватает на еду и можно купить кое-что из необходимых вещей», 18% - «денег хватает, но покупка дорогих вещей вызывает затруднения», 16% - «денег хватает только на еду». К сожалению, 27% респондентов отметили что, «денег постоянно не хватает и приходится брать в долг». В связи с повышением цен на продукты питания, услуги коммунальных служб, услуги образовательных и медицинских учреждений, некоторые слои населения не имеют средств оплачивать какие либо услуги. Многодетная семья переживает сложившуюся экономическую ситуацию намного острее, в связи с большим количеством членов семьи.

Таким образом, в улучшении материального положения нуждается более 50% респондентов. Для того что бы свести эти данные к минимуму в Республике Бурятия с 1 января 2013 многодетным семьям, при рождении (усыновлении) третьего ребенка предоставляется республиканский материнский (семейный) капитал в размере 50000 рублей. Следует отметить, что количество получателей социальных услуг увеличивается, поскольку в 2015 году их количество составило 16600 человек (на 50965 детей) и сумма выплат была равна 33972,98 тыс. рублей. В 2016 году меры социальной поддержки были профинансированы на 37364,94 тыс. рублей на 18126 человек (на 55935 детей.) Исходя, из полученных данных мы видим, что финансирование увеличилось почти на 10%. В целом прослеживается положительная динамика по оказанию материальной помощи многодетным семьям в виде пособий и денежных выплат.

Вторая наиболее острая проблема многодетных семей - это *жилье.* В связи с медленным темпом строительства муниципального жилья, очередь на получение жилплощади увеличивается и семьям годами приходится арендовать жилое помещение. По результатам нашего исследования, собственную квартиру имеют 27% семей, 45% - имеют в собственности дом, 24% - снимают жилищную площадь и 4% проживают в общежитии. В среднем на каждого члена семьи приходится 8-10 квадратных метров, на семью 40-50, что говорит о нехватке жилого помещения.

Только 19% отмечают благоприятные жилищные условия, остальные 81% респондентов нуждаются в улучшении жилищных условий, главной проблемой таких семей является отсутствие отдельной комнаты для разнополых детей, а также наличие собственного пространства для реализации какой либо деятельности в свободное время.

В отношении данной ситуации многодетным семьям, имеющим шесть и более несовершеннолетних детей, нуждающимся в улучшении жилищных условий, предоставляется единовременная денежная выплата на приобретение жилых помещений за счет средств республиканского бюджета из расчета 11 м² общей площади жилья на каждого рожденного или усыновленного ребенка в возрасте до 18 лет.

Согласно отчету министерства социальной защиты 24 семьи получили единовременные денежные выплаты на приобретение жилья, исходя из объема средств республиканского бюджета (на 01.06.2016 г.). Объем средств составил 54,8 млн. рублей. Также в 2016 году одной семье, где одновременно родилось трое и более детей, были предоставлены единовременные денежные выплаты в размере 4,1 млн. рублей на улучшение жилищных условий. При этом 6697 многодетных семей республики изъявили желание на получение земельного участка для индивидуального жилищного строительства. Исходя их полученных данных, мы можем сделать вывод, что органы власти оказывают материальную поддержку многодетным семьям, но этого не достаточно т.к. больше половины семей нуждаются в улучшении жилищных условий, а средств как правило, не хватает.

Следующий важный блок - *вопросы социальной поддержки.* О мерах социальной поддержки 19% респондентов узнают в отделе социальной защиты населения, 71% отметили источник информации СМИ и 10% узнают новую информацию от родственников и друзей.

Говоря о мерах социальной поддержки, следует отметить, что 89% респондентов знают о предоставляемых услугах и отмечают следующие виды социальной поддержки: материнский (семейный) капитал на федеральном и региональном уровнях; пособия, льготы и выплаты для многодетных семей; предоставление бесплатных лекарственных препаратов; бесплатное посещение театров раз в месяц; бесплатное предоставление земельного участка; льготная очередь в дошкольное образовательное учреждение, и компенсация за пользование его услугами; субсидия на твердое топливо, а также льготное питание для детей в образовательных учреждениях. Но, к сожалению, 11% респондентов практически не знают о предоставляемых мерах социальной поддержки для многодетных семей, что негативно сказывается на их материальном положении, поскольку они не получают её и это может привести к ухудшению материального положения семьи, а в последствие и к бедности.

К сожалению, роль общественных организаций не заметна в улучшении положения многодетных семей. Так 1/3 респондентов знают о работе общественных, благотворительных организаций, из них только половина удовлетворена деятельностью общественных организаций и считают их работу эффективной.

Для повышения уровня и качества жизни органы государственной власти разрабатывают и внедряют различные социальные проекты и программы помощи семье. Участвуют в государственных и региональных программах 75% семей и получают поддержку, к сожалению 20% респондентов не участвуют и 5% впервые слышат о подобных мероприятиях. В основном респонденты отмечают, что программы направлены на улучшение материального положения и жилищных условий.

Как уже было отмечено, региональный материнский капитал является существенной мерой поддержки многодельным семьям, около 80% респондентов направили на покупку бытовой техники и ремонт, 13% оплатили кредит, 7% к сожалению не получили поддержки (скорее всего это связано с незнанием о предоставлении регионального материнского капитала). Так как сумма единовременной выплаты небольшая, то и расходы в основном: мелкая бытовая техника и строительные материалы.

Рассматривая роль социальных служб в решении проблем многодетных семей, следует отметить, что работа специалистов, их квалификация и качество оказываемой помощи влияет на уровень благосостояния семьи. К сожалению, только 35% респондентов отмечают, что работа органов социальной защиты эффективна и постоянна, остальные 65% отрицают это. В средствах массовой информации, в том числе в сети Интернет можно увидеть негативные отзывы в сторону социальных служб, активные пользователи сети оставляют комментарии с предложениями, но, как правило, это предложения остаются без внимания.

Таким образом, в качестве предложений для усовершенствования работы социальных служб, мы предлагаем повысить размер детских пособий для многодетных семей, увеличить социальные выплаты, предоставлять скидки при поступлении в высшие учебные заведения, ввести бесплатный проезд в общественном муниципальном транспорте, установить льготы занятий для детей в кружках и секциях дополнительного образования. Такие формы работы как: организация совместной деятельности детей и родителей, создание групп самопомощи, открытие пункта приема и обмена вещей для малообеспеченных и многодетных семей, разработка и реализация краткосрочных программ для улучшения жилищных условий, будут востребованы у многодетных семей.

Список литературы:

1. Котоманова О.В. Роль семьи в жизнедеятельности современной женщины в условиях глобализации / О. В.Котоманова // Мир семьи и детства в Азиатско-Тихоокеанском регионе в условиях глобализации: Материалы международной научно-практической конференции (Улан-Удэ, 3 июня 2014 г.). - Улан-Удэ: Изд-во Бурятский госуниверситет, 2014. – С. 65-68
2. Симакова Т. Современная семья и образование: на пути к партнерству / Т. Симакова // Народное образование.- 2015.- № 9.- С. 214-220.
3. Статистические данные о численности многодетных семей в Республике Бурятия [Электронный ресурс] //http://burstat.gks.ru – дата обращения 18.10.2016

УДК 616-036.865:316.422.42

Кошечкин Н.С., Ларина Н.П.
Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ИНВАЛИДОВ КАК ФАКТОР УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА

В статье рассматриваются вопросы организации социальной защиты с инвалидами на территории Забайкальского края.

Ключевые слова: *социальная защита, комплексная реабилитация, инвалиды*

Koshechkin N.S., Larina N.P.
Chita State Medical Academy, Chita, Russia

SOCIAL SECURITY FOR THE DISABLED AS AN INDEX OF STABLE SOCIAL END DEVELOPMENT

This article is devoted to the questions of the social security for the Disabled on the territory Zabaikalsky krai.

Key words: *social security, complex rehabilitation, disabled.*

Полноценное развитие социальной защиты является наиболее показательным фактором устойчивого развития. Здоровое, сбалансированное общество – это то общество, которое сможет обеспечить здоровую жизнь своим членам. Каждая страна имеет свои особенности и уникальное соотношение проблем.

В последние годы в Забайкальском крае отмечена тенденция к увеличению числа инвалидов, в связи с чем проблема комплексной реабилитации и оказания государственной поддержки инвалидам приобретает всё большую актуальность.

Наличие в социальной структуре общества Забайкальского края около 9 % инвалидов от общей численности населения определяет приоритетом социальной политики края в отношении данной категории граждан проблему формирования общества равных прав и возможностей. В соответствии с возложенными полномочиями, Министерством социальной защиты населения Забайкальского края (далее - Министерство) определены основные направления социальной политики, отвечающие требованиям времени и ориентированные на содействие инвалидам в социальной реабилитации, адаптации и интеграции в общество:

1) обеспечение доступности для инвалидов и маломобильных групп населения (далее - МГН) приоритетных объектов, услуг и информации в приоритетных сферах жизнедеятельности (создание безбарьерной среды);

2) комплексная реабилитация инвалидов, включающая все аспекты жизнедеятельности, а также меры социальной поддержки;

3) сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, семей, воспитывающих детей-инвалидов, с целью содействия в решении возникающих проблем реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации.

В целях создания для инвалидов и МГН доступной среды жизнедеятельности, в Забайкалье с 2011 года реализуется краевая целевая программа «Доступная среда (2011-2020гг.)». В соответствии с программой Министерством проводится работа по созданию безбарьерной среды в учреждениях здравоохранения, культуры, образования, физической культуры и спорта, в подведомственных учреждениях и т.д.

Рабочими группами, созданными в соответствии с распоряжением Правительства Забайкальского края, проводятся мониторинги объектов социальной инфраструктуры на определение их доступности для инвалидов.

Сегодня в системе социальной защиты населения края действуют 4 реабилитационных центра. С целью создания безопасных условий проживания, увеличения численности граждан, получающих реабилитационные услуги, повышения качества предоставляемых реабилитационных услуг, Министерством проводится планомерная работа по ремонту реабилитационных центров, дооснащению необходимым реабилитационным оборудованием, комплектованию квалифицированными кадрами, внедрению современных методов реабилитации, соответствующих требованиям стандартов. В учреждениях организовано социокультурное сопровождение клиентов, улучшено бытовое обслуживание, создаётся основа для оказания дополнительных сервисных услуг. Реабилитационные центры Забайкалья, обладая уникальным набором климатогеографических лечебных факторов, должны вернуться на общероссийский уровень, заняв утраченные в постсоветский период позиции в реабилитационной индустрии.

Всего в системе социальной защиты населения Забайкальского края действуют 62 государственных учреждения социального обслуживания. Это дома-интернаты, реабилитационные центры, в том числе для детей и подростков с ограниченными возможностями, комплексные центры социального обслуживания населения, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, психоневрологические дома-интернаты, центры социальной помощи семье и детям, дом для ветеранов войны и труда, социальный приют.

С целью повышения качества услуг, обеспечения их доступности для клиентов, соответствия требованиям времени, проводится работа по созданию многопрофильных учреждений, расширению спектра оказываемых услуг и т.д.

Комплексность реабилитации обеспечивается включением в реабилитационный процесс всех необходимых услуг (социальных, медицинских, педагогических, психологических, экономических, бытовых, правовых) по основным направлениям реабилитации.

Базовой реабилитационной технологией в подведомственных Министерству учреждениях является социотерапия. Содержание ее основных форм - терапии средой, терапии занятостью, трудотерапии, культтерапии заключается не только в формировании необходимых для успешной реабилитации навыков и личностных свойств, в творчестве и коллективном взаимодействии, но и в производстве продукции или услуг. Таким образом, социотерапия представляет собой многокомпонентный реабилитационный метод, полностью отвечая одному из главных принципов реабилитации – комплексности.

В Забайкальском крае наиболее широко использующимися социотерапевтическими методами являются: агротерапия, методы социокультурной реабилитации, спортивно-оздоровительные, анимационные мероприятия, клубная, кружковая работа и др.

Агротерапия (в дословном переводе с англ. «сельскохозяйственная терапия», «агрокультурная терапия») является штатным трудотерапевтическим реабилитационным процессом стационарных учреждений. Реабилитируемые лица не только участвуют в производстве продукции, но и получают за свой труд денежное вознаграждение, что способствует повышению качества жизни реабилитируемых.

Эффективное реабилитирующее воздействие оказывают ежегодные краевые спартакиады инвалидов, смотры художественной самодеятельности граждан, проживающих в подведомственных Министерству учреждениях. Кроме того, спортсмены-инвалиды принимают участие в краевых и межрегиональных соревнованиях, параолимпиадах.

С целью совершенствования межведомственного взаимодействия, развития системы социальной поддержки и защиты инвалидов, детей-инвалидов и воспитывающих их семей, оказания им содействия в решении проблем социальной адаптации и интеграции в общество, Министерством с 1 июля 2012 года на территории края при государственных учреждениях социального обслуживания создана «Служба сопровождения инвалидов». Для достижения целей проекта разработана нормативная база, регламентирующая деятельность Службы, определен алгоритм взаимодействия учреждений и ведомств, обеспечивающих сопровождение инвалидов, детей-инвалидов и семей, воспитывающих детей-инвалидов.

Анализ результатов проведенной работы показал, что созданная Служба актуальна и востребована, особенно в отдалённых населенных пунктах края.

В планах - реализация комплекса мер, направленных на раннее выявление и профилактику детской инвалидности, на формирование в обществе дружественного отношения к инвалидам. Предусмотрены мероприятия по повышению уровня доступности информационно-коммуникационных технологий для инвалидов.

Список литературы:

1. Организация, управление и администрирование в социальной работе Учебник для бакалавров/ под редакцией Е.И. Холостовой, Е.И.Комарова, О.Г. Прохоровой.- М, 2011.
2. Социальная работа с различными группами населения. Учеб.пособие/коллектив авторов под редакцией Н.ф. Басова – М: КНОРУС, 2012.
3. Социальная работа: история, теория и практика Учебник для бакалавров/ Е.И. Холостова – М, 2011.

УДК 349.3

Кремена М.Л., Георгиева Л., Влайко Е.В.
Медицинский университет Софии, Болгария

АКТУАЛЬНЫЕ ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПРАВАМИ ПАЦИЕНТА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ТРАНСГРАНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

В данной статье рассматривается текущее состояние информированности граждан об их правах при получении трансграничных медицинских услуг в рамках Европейского Союза.

Ключевые слова: *права пациента, трансграничные медицинские услуги.*

Lazarova K.M., Georgieva L., Vodenitcharov V. E.
Medical University - Sofia, Bulgaria

CURRENT HIGHLIGHTS RELATED TO THE PATIENT'S RIGHTS WHEN OBTAINING CROSS-BORDER MEDICAL SERVICES WITHIN THE EUROPEAN UNION

This article is devoted to awareness and attitudes of citizens about their rights when receiving cross-border medical services within the European Union.

Keywords: *patient' rights, cross-border medical services.*

С 2007 г. в Болгарии действуют положения европейских правил, регулирующих вопросы социального и медицинского страхования в Объединенной Европе.

Болгарские граждане, имеющие непрерывные права на медицинское страхование в соответствии с болгарским законодательством, могут использовать в случае необходимости медицинскую помощь стран Европейского сообщества.

Новые правила, изложенные в Директиве 2011/24/ЕС [8] устанавливают баланс как между сохранением устойчивости систем здравоохранения и защиты прав пациентов лечиться за границей, так и удаляют давнишние правовые неопределенности [7]. Директива предполагает, что система здравоохранения в ЕС является важным элементом для высокого уровня социальной защиты в странах ЕС и способствует социальной сплоченности и социальной справедливости, а также и устойчивого развития. Директива вновь заявляет о том, что, несмотря на возможность пациентов получать трансграничное здравоохранение, государства-члены продолжают нести ответственность за обеспечение граждан на их территории безопасной, высококачественной, эффективной и доступной медицинской помощью. Директива не затрагивает права каждого государства-члена определять тип здравоохранения, которое оно сочтет целесообразным. Приобретенный европейский опыт является основой Директивы 2011/24 / ЕС. Ее принятие было встречено с огромными надеждами пациентов в Европе. Это результат того, что документ призван решить фундаментальный вопрос о доступе к своевременному и

адекватному лечению. Основным подходом в функционировании ЕС является информирование и равное участие всех заинтересованных сторон, консультации с общественностью и рассмотрение общественных позиций и мнений.

Цели, поставленные в Директиве 2011/24 / ЕС, стремятся установить правила для облегчения доступа к безопасному и высококачественному приграничному здравоохранению в рамках ЕС и обеспечить мобильность пациентов. Цели предусматривают также введение четких правил и предоставление достоверной информации пациентам о доступе к медицинскому обслуживанию и возмещении расходов в другой стране ЕС - это задача новых национальных контактных центров.

Основная идея заключается в том, чтобы облегчить доступ к безопасному и высококачественному трансграничному здравоохранению и содействовать развитию сотрудничества между государствами-членами в области здравоохранения, применяя принципы универсальности, доступа к высококачественному обслуживанию, справедливости и солидарности.

В соответствии с местом лечения, государство должно определить четкие правила и обязанности, касающиеся прав пациентов обращаться за медицинской помощью в другие государства-члены, если невозможно получить адекватное лечение в рамках разумного периода времени в стране страхования. Важным моментом здесь является возмещение расходов, понесенных за лечение за границей. Государства-члены должны определить перечень медицинских услуг, за которые застрахованные лица будут иметь право на возмещение расходов, а также их размера, независимо от того, где предоставляется медицинская помощь.

Поправки к Закону о здравоохранении [10] после транспонирования положений Директивы 2011/24/ЕС обеспечивают ее приложение на территории Болгарии. Они регулируют финансовые потребности трансграничного здравоохранения.

Изменения в Закон о медицинском страховании [11] учитывают требования Директивы 2011/24/ЕС о порядке предоставления трансграничных услуг здравоохранения, финансирования и обязанностей государств-членов по обеспечению местного лечения. Застрахованный болгарский пациент [12] может выбрать страну, в которой желает получить медицинские услуги, заплатить за них, а затем добиваться возмещения расходов от Национального фонда медицинского страхования, соответственно Министерства здравоохранения. В соответствии с принципом Директивы 2011/24/ЕС, сумма возврата при трансграничном здравоохранении является суммой расходов, которые необходимо было бы сделать государством-членом присоединения, если бы это здравоохранение было предоставлено на его территории [13]. Эти изменения предоставляют возможность пациентам получить предварительное разрешение на возмещение расходов за трансграничное здравоохранение, выданное Национальным фондом медицинского страхования и Министерством здравоохранения. Доклад о Директиве по трансграничному здравоохранению [9], опубликованный Европейской комиссией 4 сентября 2015 года, ясно показывает, что осведомленность граждан европейских стран об их праве на выбор медицинской помощи в другой стране ЕС низка. Это утверждение подтверждается опросом Евробарометра 2014 г. [14]. Он показывает, что только 17% опрошенных европейцев были знакомы с механизмами получения медицинской помощи в рамках сообщества. Почти 50 % европейцев думают, что они знают о своих правах на лечение в своей собственной стране. В Болгарии, согласно исследованиям, неосведомленность больных об их возможностях лечения намного больше [15]. Только 8% знают о своих правах на получение медицинской помощи в ЕС, 31% считают, что знают о своих правилах дома и только 9% болгар знают о существовании Национального контактного центра. Откуда болгарские граждане получают информацию о своих правах пациентов, показывает опрос, проведенный Национальным фондом медицинского страхования [16] об информировании граждан в 2015-2016 г..Он показывает, что 7% населения Болгарии не интересуются своими правами пациента. Те, кого интересуют их права и обязанности как пациентов, информируются в первую очередь у своих участковых - 32% и через Интернет - 27%. В то же время 16% получают адекватную информацию от Национального фонда медицинского страхования (НФМС) и очень мало людей, которые консультируются со знакомыми (табл. 1).

Таблица 1: Как вы получаете информацию о ваших правах пациента?

%	Кол-во голосов
16%	4633 от Национального фонда медицинского страхования (НФМС)
32%	9144 от вашего лечащего врача
8%	2306 от СМИ
7%	2037 от знакомых
27%	7728 через Интернет
2%	539 от организаций пациентов
7%	1862 не интересуются

*** Всего голосов: 28249**

Выводы

Отсутствие информации является одной из главных причин того, почему только 2% европейцев планируют лечиться за рубежом. Более глубокое понимание прав пациентов будет способствовать сокращению неравенства при доступе и качестве медицинской помощи.

Из нашего обзора видно все еще консервативное отношение граждан к их правам, связанным с трансграничной медицинской помощью. В сущности, европейская Директива допускает введение ограничений на выбор болгар лечиться за рубежом, так как в ней говорится, что транспозиции в национальном законодательстве не должны поощрять пациентов обращаться за медицинской помощью за пределами своего государства-члена.

Список литературы:

1. Вълканова М., Рохова М., Информираността на пациентите-предпоставка за упражняване на техните права, Здравна икономика и мениджмънт, година 2, 2002 г., брой 2 (4), 19-22.
2. Златанова Т., Информираност на пациентите по отношение на техните права, Здравна икономика и мениджмънт, 2008, 2: 15-18.
3. Златарева А., Етапи на политиката в областта на правата на човека, в частност правата на пациентите, Медицински преглед, 51, 2015, № 6, 61-66.
4. Радева, М., Правата на пациента в международното право, Правото – изкуство за доброто и справедливото, Сборник, посветен на 20-годишнината от създаването на Юридическия факултет на ПУ „Паисий Хилендарски“, Университетско издателство „Паисий Хилендарски”, 2013, с. 649 – 659, ISBN 978-954-423-874-2
5. Томова-Куцарова О., Правата на пациентите в България. Начини и органи, пред които могат да бъдат защитавани de Lege Ferenda, Здравна икономика и мениджмънт, година 13, 2013 г., брой 3 (49), 132-136.
6. Чакърова Л., Младенова С., Балканска П., Хаджиделева Д., Пациентът в условията на устойчиво развитие на здравеопазването, Европейските етични стандарти и българската медицина, София, 2014, 361-366.
7. Houÿez F., F. Macchia, Въпроси и отговори за прилагането на Директивата за трансгранично здравно обслужване, EURORDIS, 7.02.2012, http://czpz.org/images/stories/pdf/eu/cbc-bg.pdf
8. Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9.03.2011г. за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване (ОВ L 88, 4.4.2011 г., стр.45), http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:BG:PDF
9. Доклад на Комисията до Европейския парламент и Съвета относно действието на Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, Брюксел, 4.9.2015 г., COM(2015) 421 final, http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_bg.pdf
10. Закон за здравето, обн. ДВ. бр.70 от 10.08.2004 г., изм. и доп. ДВ. бр.27 от 5.04.2016г. http://www.lex.bg/laws/ldoc%20/2135489147
11. Закон за здравното осигуряване, обн. ДВ. бр.70 от 19.06.1998 г., изм. ДВ. бр.20 от 15.03.2016г. http://lex.bg/laws/ldoc/2134412800
12. Наредба № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, изд. от МЗ, обн. ДВ. бр.28 от 28.03.2014 г., доп. ДВ. бр.82 от 3 октомври 2014г.

13. Наредба № 11 от 9.12.2015 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса - ДВ, бр. 98 от 15.12.2015 г., в сила от 01.04.2016 г.
14. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf
15. http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/yearFrom/1974/yearTo/2015/surveyKy/2034.
16. http://www.nhif.bg/web/guest/home

УДК 355.41

Кривчиков В.М.
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, г. Гродно, Беларусь

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМСОМОЛЬСКИХ БАТАЛЬОНОВ БЕЛОСТОКСКОЙ ОБЛАСТИ НАКАНУНЕ ВОЙНЫ

В статье рассматриваются проблемы организации работ и обустройству жизни и быта комсомольских батальонов на объектах спецстроительства НКВД и Наркомата обороны в Белостокской области накануне Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: *комсомольские батальоны, спецстроительство, Белостокская область.*

Krivchikov V.M.
Hrodna Yanka Kupala State University, Hrodno, Belarus

SOCIAL PROBLEMS OF ACTIVITY KOMSOMOLSK BATTALION BIALYSTOK REGION BEFORE THE WAR

The article deals with problems of the organization of work and the arrangement of everyday life in the Komsomol battalion spetsstroitelstva NKVD and the People's Commissariat of Defense facilities in the Bialystok region on the eve of the Great Patriotic War.

Keywords*: komsomol battalions, special construction, Bialystok region.*

В последнее время все больше внимания уделяется организации социальной работы – профессиональной деятельности, имеющей цель содействовать людям, социальным группам в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации. Поэтому представляет определенный интерес титаническая работа различных слоев населения по укреплению обороноспособности нашего государства накануне Великой Отечественной войны, работа определенных должностных лиц по решению проблем с организацией работ и обустройству жизни и быта комсомольских батальонов на объектах спецстроительства НКВД и Наркомата обороны в Белостокской области.

Положение дел в комсомольских батальонах, работающих в Белостокской области в ноябре 1940 г., характеризовалось следующим образом:

Снядово. Всего 300 человек. Комсомольцы, которые жили на складе при железнодорожной станции Снядово, жили в бараке, в котором было тепло (там были установлены печи, которые регулярно топились). Постельные принадлежности имелись у каждого, раз в 15 дней всех в организованном порядке водили в баню. При складе имелась столовая, «обеды были хорошие», продуктов в столовой имелось в достаточном количестве. За октябрь получено из потребсоюза для участка 100 пар ботинок, 100 пар белья, 80 рубах бельевых, 3 костюма по 300 руб. и другие вещи, такие как носовые платки, перчатки и др. Теплого обмундирования (фуфаек и ватных брюк) не получалось, не было мыла. Машины с материалами приходили не регулярно, из-за чего рабочие не работали и зарабатывали в такие дни по 50 коп. Основной заработок был в месяц от 320 до 499 руб.

Граевский район. Всего 170 человек. Комсомольцы жили в местечке в квартирах, в Щучино организовали столовую.

Сопоцкино. Всего 230 человек. Комсомольцы жили в бараке, в нем было грязно, темно, вечером света не было. В баню водили редко, в результате чего «имелось много вшивости». Из-за слабой работы с комсомольцами имели место случаи воровства, игра в карты на деньги [1, лл. 144–148].

Вот, что было указано в письме Секретарю ЦК КП(б)Б П. К. Пономаренко от секретаря Белостокского обкома КП(б)Б С. Игаева в ноябре 1940 г. по поводу обследования обкомом комсомольского батальона войсковой части 9384: «Бытовые условия неудовлетворительные. Общежития находятся в антисанитарном состоянии, среди комсомольцев развилась вшивость, на участке отсутствует дезкамера, душевые установки. Отношения командования 17 участка грубое и бездушное». Далее С. Игаев докладывал, что на строительной площадке отсутствовала вода, как для производства, так и для приготовления пищи. Были случаи, когда обеды не приготавливались, вместо обедов выдавали селедку, что приводило к возмущению комсомольцев. Комсомольцы суп и кашу кушали из мисок, не хватало ложек. Термоса, в которых развозили обед, не были лужены, половину каши выбрасывали, поскольку она в термосах «окисливалась». Хлеб возили на крестьянской повозке, где крестьяне возили навоз. На участке комсомольцы сами себе кипятили чай, дров не хватало, поэтому им приходилось ломать крестьянские заборы, что вызывало недовольство местного населения [2, лл. 27–29].

Однако следует отметить, что руководство Белостокской области не стояло в стороне от решения проблем комсомольских отрядов. Так, например, 25 ноября 1940 г. на Бюро Белостокского обкома были заслушаны доклады ряда командиров частей, где были приняты конкретные мероприятия по ликвидации недостатков. Планомерная работа руководства области дала определенные результаты.

Так, в письме в Белостокский обком партии (в военный отдел) от заведующего военным отделом Граевского райкома партии о работе местного комсомольского отряда указывалось: «Всего комсомольцев 530 человек. Бытовые условия в лагерях комсомольцев улучшились, вшивость полностью ликвидирована, имеется дезинфекционная камера, систематически проходит дезинфекция нательного и постельного белья, а также имеется душевая установка в расположении лагеря. Питание хорошее. Жалоб со стороны комсомольцев нет. В ларьке лагеря отсутствует белье, дешевые костюмы, майки, трусы, зубной порошок, щетки и другие товары. Имеются костюмы по 313–350 руб., имеется махорка, носки и чулки» [2, л. 1–2].

Как видно из архивных материалов, оборонное строительство на Западной границе, на территории Белостокской области проходило с большим напряжением сил. Комсомольские батальоны трудились в сложных социально-бытовых условиях.

Список литературы:

1. Документы о состоянии оборонно-массовой работы в области (постановления обкома и райкомов КП(б)Б, докладные записки, справки и др.) // Государственный архив общественных объединений Гродненской области (ГАООГО). Фонд 6195. Оп. 1. Д.442.
2. Документы о работе комсомольских батальонов на участках спецстроительства // Государственный архив общественных объединений Гродненской области (ГАООГО). Фонд 6195. Оп. 1. Д.445.

УДК 364

Красовская Н.Н.
Государственный институт управления и социальных технологий БГУ,г. Минск, Республика Беларусь

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ НА РАННИХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ БЕЛОРУССКОГО ОБЩЕСТВА

В статье рассматриваются особенности возникновения социальной работы на ранних этапах развития белорусского общества. Обобщены основные формы и методы социальной поддержки различных категорий населения.

Ключевые слова: *благотворительность, нищенство, шпитальное призрение, медовое братство, социальное страхование, социальное обеспечение.*

Krasovskaya N. N.
State Institute of Management and Social Technologies of BSU,Minsk, Republic of Belarus

SOME ASPECTS OF SOCIAL WORK IN THE EARLY STAGES OF DEVELOPMENT OF BELORUSSIAN SOCIETY

The article discusses the features of social work in the early stages of development of belorussian society. The basic forms and methods of social support of different population groups are generalised.

***Key words**: private charity, begging, hospital charity, honey fraternity, social insurance, social* security

Анализ исторических источников показывает, что, начиная с ранних традиций личной благотворительности русских князей, благотворительной деятельности православной церкви, других субъектов вспомоществования, проявлялось многоаспектное видение социальных проблем, оказание социальной поддержки постепенно приобретало разносторонний характер, охватывая многие категории нуждающихся (стариков, женщин, детей, инвалидов и т.д.). «Ростки» системности в организационно-управленческой деятельности просматриваются в создании разнопрофильных социальных учреждений, попытке привести развитие общественного призрения в определенную систему, придать ей некоторый управляемый характер, законность. К концу XIX — началу XX веков социальная защита в России представляла собой разветвленное образование, подразделявшееся на общественное, общественно-государственное и частное.

Богата собственным опытом и система общественного призрения на Беларуси. Введение христианства на территории проживания этнических белорусов стало решающим шагом в зарождении социальной помощи обездоленным людям. Церковный приход оформился в первоначальную структурную единицу общественного призрения.

«В приходе проводились различные мероприятия по призрению и обучению грамоте сирот, помощи престарелым и инвалидам, защите жен от тирании мужей и многие другие... В церквах выставлялись «всемирные коробки» для сбора материальных ценностей для нуждающихся, возле храмов строились кельи для нищих, богадельни, «убогие» и «божьи дома», «скудельницы» [1].

Нищенство в белорусских губерниях традиционно было менее распространено, чем в целом по России. Данное явление объясняется вовсе не тем, что белорусские крестьяне жили более обеспечено, чем их русские собратья. Все дело, видимо, в менталитете белорусов, когда только самая крайняя бедность могла заставить местных крестьян нищенствовать, природно-географических и внешних факторах, несомненно, оказавших свое влияние на формирование толерантности, вековых традициях взаимопомощи. Отношение к нищим и нищенству в белорусских селах испокон веку оставалось неизменным, основываясь на общехристианских догматах о добродетели и спасении. Нищий считался лучшим молитвенным ходатаем перед богом за грехи дающего милостыню.

Расслоение общества на классы повлекло за собой возникновение и развитие филантропии и меценатства. Частная благотворительность на территории Беларуси развивались по самым разнообразным направлениям и в различных формах. Частные благотворители финансировали различные общества и заведения, осуществляли социальный патронаж нуждающихся, участвовали в строительстве и содержании больниц, колоний для ослабленных детей, детских приютов, приютов попечительства о бедных, богаделен для пожилых женщин, открывали начальные и средние общеобразовательные и специальные учебные заведения, частные школы рисования, организовывали выставки, музеи и другие учреждения культуры.

XVI – конец XVIII вв. на Беларуси можно назвать периодом «шпитального призрения», когда монахи переписывали и распространяли медицинские книги, аптеки и лазареты были при многих церквах и монастырях. Наряду с престарелыми, вдовами и сиротами в шпиталях призревались слабоумные, калеки и прочие категории инвалидов.

Поддержанная государством православная церковь на Беларуси была способна решать задачи благотворения, социальной помощи на самом высоком уровне. Она живо откликнулась на призыв правительства о создании церковно-приходских попечительств и к 1902 году вышла на первое место в Российской империи по их количеству.

«Если в среднем по Российской империи к 1902 году количество церковно-приходских попечительств составляло примерно 50% от количества церквей, то на Беларуси – свыше 92%. Этому способствовало два обстоятельства: во-первых, более прочные, чем в центральной России, традиции благотворительности, уходящие корнями в менталитет белорусов, и, во-вторых, стремление православной церкви упрочить свои позиции в губерниях со значительным числом католического населения» [2].

Церковно-приходская деятельность породила на территории Беларуси явление, не наблюдаемое в России. Появление общественных союзов при храмах можно отнести к самым первым векам распространения христианства на Беларуси. Это были так называемые «медовые братства», которые согласно старому обычаю во время церковных праздников сытили мед и варили пиво.

В дальнейшем братства приобретают более организованную структуру и расширяют цели своей деятельности. Известно, что расцвет православных братств на Беларуси приходится на XV – XVIII века. Руководил деятельностью братств Совет, избранный на общем собрании братчиков.

Не ограничиваясь частной помощью нуждающимся, братства как община человеколюбивая стремилась дать благотворительности более прочное направление, большее общественное значение и официальный вид, и потому повсюду учреждали при церквях и монастырях, находившихся под их опекой, богадельни, госпитали, школы для бедных и т.д.

К началу 1864 года в Виленской, Гродненской и Минской губерниях насчитывалось около 276 братств. В начале XX века братства на Беларуси действовали при большинстве православных церквей. В их работе появляются новые организационные формы. Они открывают потребительские лавки, в которых бедным людям товары продавались по сниженной цене, бесплатно раздавали иконки, Евангелия и т.д.; ими были учреждены кассы для выдачи нуждающимся беспроцентных ссуд на приобретение одежды, обуви, орудий труда, по случаю смерти, болезни, родах и т.д. Братства выступали организаторами религиозно-нравственных чтений, главная цель которых, с точки зрения современной социальной работы, заключалась в том, чтобы «помочь человеку выйти из кризисного состояния, приобщиться к нормальной жизни в духе христианского миропонимания».

Таким образом, в христианской благотворительности прослеживаются новые подходы к делу общественного призрения. Сама система, созданная еще Петром Великим и развитая Екатериной II, оказалось очень прочной и устойчивой. Важно то, что она была цельной системой. Указанная система призрения процветала очень долго и сохранилась в общих чертах и до наших дней.

Особым достижением следует считать то, что в обществе наметился отказ от узкого понимания общественного призрения, которое изначально представляло собой «исключительно помощь таким людям, которые по своему возрасту, семейному положению, телесным или душевным недостаткам не могут своим трудом снискивать себе пропитание и не имеют своих средств к жизни. Но, в сущности, дело призрения гораздо обширнее и сложнее. Всякий человек, поставленный, вследствие каких-либо постоянных или случайных причин, в положение, грозящее окончиться нищетой и неимеющий... способов выйти из этого положения, должен подлежать общественному призрению... Поэтому... общественное призрение... должно иметь в виду не только непосредственную помощь дряхлым, больным, сиротам и умалишенным, но всем тем, кто лишен возможности предупредить наступающую беду» [3].

Необходимо подчеркнуть, что речь шла о развитии профилактической компоненты в системе общественного призрения, цель которого заключалась бы в предупреждении негативных явлений в обществе. Оно выступало важной функцией общественного и государственного управления, направленной к облегчению значительных страданий и к спасению целого ряда человеческих жизней.

Таким образом, со временем в стране была создана гибкая система государственно-общественного призрения. Зачастую она поражала иностранцев своим совершенством, а также служила примером для многих развитых стран. В общих чертах такая система социальной защиты сохранялась до конца XIX – начала XX веков - периода взлета благотворительной деятельности в России.

Развитие социальной работы как системы продолжалось в советское время. Процессы эти шли на принципиально другой основе: практически все проблемы социальной защиты взяло на себя государство. Постепенно формировалась система социального обеспечения и страхования, целенаправленность и системность приобретали проводимые мероприятия, учитывались интересы всех основных категорий нуждающихся. Однако в организационно-управленческой структуре исчезли альтернативные организации, максимально развивалось материально-денежное обеспечение, что привело к исчезновению инициативности и желания у клиентов посильно участвовать в решении своих же социальных проблем. Органы социальной защиты практически не вели воспитательно-профилактической работы, предоставив ее другим органам и организациям социального комплекса, которые сосредоточивали внимание в основном на «здоровой» части населения.

Список литературы:
1. Григорьев, А. Д. Социальная работа на Беларуси: история, опыт, проблемы: Учеб. пособие. - Минск: Дизайн ПРО, 2000. С. 7 – 8.
2. Григорьев А.Д. Социальная работа на Беларуси: история, опыт, проблемы: Учеб. пособие. - Минск: Дизайн ПРО, 2000. С. 9.
3. Максимов Е. Земская деятельность в области общественного призрения. //Журнал юридического общества при Императорском С.-Петербургском Университете. – М.,1895. Кн.6. С. 94.

УДК 314.3

Крюкова О.И.
Волгоградский государственный университет, г. Волгоград, Россия

ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ МАТЕРИНСКОГО КАПИТАЛА В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

В данной работе речь идет о программе «Материнский капитал», которая направлена на повышение деторождения в российском обществе. Автором определены особенности, способы использования программы на федеральном и на региональном уровне.

Ключевые слова: *материнский капитал, демография, социальная помощь.*

Krjukova O.I.
Volgograd State University, Volgograd, Russia

INSTITUTIONALIZATION OF MATERNAL CAPITAL IN MODERN RUSSIAN SOCIETY

In this work, tells about the program « maternal capital» which directs to increase of child-bearing in Russian society. The author determined characteristics, means of use programs at the Federal and at the regional level.

Keywords: *maternal capital, demography, social assistance.*

Актуальность данной работы обусловлена научной проблемой, которая слабо разработана в современной научной литературе, в частности социально-экономической. Современными учеными не представлены условия расходования материнского капитала в российском обществе. Предметом исследования является процесс институционализации материнского капитала в современной России. Новизна заключается в определении специфики институционализации материнского капитала, в выявлении значимости экономической составляющей данного процесса.

Стратегия государственного финансирования – это усовершенствование системы финансовой задачи, которая направлена на повышение рождаемости, предоставление социальной помощи семьям с детьми, при рождении первого и последующих детей, по уходу за ребенком. В рамках данной стратегии государство обозначило новое направление «стимулирования рождаемости» – материнский капитал, который действует с 1 января 2007 года.

Так, в связи с нарастающими угрозами демографической безопасности, поддержка семей с детьми стала важным направлением социальной политики государства. Главная проблема демографической ситуации на современном этапе - это низкая рождаемость, которая предопределяет сокращение численности населения и ведёт к старению возрастного состава общества. Одним из важных способов влияния на демографическую ситуацию - государственная финансовая поддержка семей с детьми, которая служит импульсом для роста рождаемости [2].

По федеральному закону «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», материнский капитал представляет собой государственную поддержку российских семей, в которых с 2007 по 2018 годы включительно родился (был усыновлен) второй ребенок (либо третий ребенок или последующие дети). Данная государственная поддержка имеет свои особенности. На наш взгляд, самая главная специфика заключается в том, что данную материальную помощь, определенную данной программой, нельзя потратить на свои потребности: на покупку автомобиля, оплату кредитов и др. Но если это правило нарушается, родители или усыновители автоматически становятся мошенниками, у которых могут возникнуть проблемы с правоохранительными органами. Чтобы избежать неприятностей, материнским капиталом необходимо распоряжаться согласно ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» (ст. 7; п. 3).

Охрана материнства и детства – очень важная деятельность государства, направленная на обеспечение необходимых условий для рождения и для реализации семьей всех ее функций в жизни общества. Правительство РФ каждый год улучшает систему социальной помощи населению в области материнского капитала. По мнению президента РФ, продление материнского капитала необходимо, но на продление программы влияет непростая экономическая ситуация, при которой повышается инфляция. Тем самым размер материнского капитала ежегодно пересматривается с учетом темпов роста инфляции и устанавливается федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий год.

Программа материнского капитала в Волгограде и Волгоградской области начало свое развитие в феврале 2012 года. Данная политика проводится в соответствии с региональным законом от 10.04.2007 года «О социальной поддержке семей с детьми в Волгоградской области». Ограничений по целям использования областного материнского капитала нет. Этим он отличается от условий использования федеральной субсидии. Немало важно отметить, что рождаемость в Волгоградской области (2011-2015) увеличилась:

- коэффициент рождаемости в 2013 году увеличился на 1,8 % по сравнению с 2011 годом;
- коэффициент рождаемости в 2014 году увеличился на 2,7% по сравнению с 2011 годом;
- коэффициент рождаемости в 2015 году увеличился на 3,6 % по сравнению с 2011 годом [1]. На основе проделанного нами анализа можно сказать, что российское государство заботится о защите материнства и детства. Материнский капитал следует улучшить в сфере его расходования на здравоохранение, на платные курсы, на различные образовательные услуги (например, на репетиторов), что в настоящее время является основным источником расходов родителей.

В связи с принятием закона «О социальной поддержке семей с детьми в Волгоградской области» в нашем регионе увеличился демографический рейтинг, женщины репродуктивного возраста получили стимул для рождения второго, третьего и последующих детей.

С принятия нормативно-правого акта начал развитие институт материнского капитала. Общество отреагировало положительно и поддержало реформу. А государственные власти, как на федеральном, так и на региональном уровне занимаются предметом финансирования, «регулируя» уровень рождаемости в российском обществе.

Список литературы

1. Пенсионный фонд РФ [Электронный ресурс] URL: http://www.pfrf.ru (дата обращения 25.04.2016).
2. Чернорук С., Клещёва С., Германович Н. Роль государственной финансовой поддержки семей с детьми в стимулировании рождаемости (на примере Беларуси, России и Украины) // Молодой ученый. 2013. №4. С. 315-320.
3. Электронный научно-практический журнал «Современные научные исследования и инновации» [Электронный ресурс] URL: http://web.snauka.ru/ (дата обращение 02.05.2016).

УДК 364-43

Кряжева Л. С.
Научный руководитель: к.с.н., доцент Антонова Н. С.
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКАХ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

В статье рассматриваются профессиональные риски социальных работников, их характеристика и динамика проявления в процессе труда.

Ключевые слова: *профессиональный риск, стрессовые ситуации, заболевания, психическая напряженность.*

Kryazheva L. S.
Scientific director: PhD in Sociology, docent Antonova N. S.
Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

THE QUESTION OF PROFESSIONAL RISK OF SOCIAL WORKERS IN ESTABLISHMENTS SOCIAL SERVICES

The article is devoted the professional risks of social workers, their characteristics and the dynamics of their manifestation in the labor process.

Key word: *professional risk, stressful situations, diseases, mental tension.*

Социальная работа как профессия относится по объекту – к типу профессий человек – человек; по классу – к преобразующим профессиям; по условиям труда – к группе профессий с повышенной моральной ответственностью [1, С. 21]. Профессия «социальный работник» сопряжена со специфическим риском, потому что в своей деятельности он имеет дело с людьми, которые являются неблагополучными, переживают стресс, страдают. И за здоровье и жизнь этих людей специалист возлагает на себя моральную ответственность. Отчетливо это проявляется в учреждениях социального обслуживания, где ежедневно приходят люди с индивидуальными проблемами или находящиеся в ситуациях с особыми рисками. Практика показывает, что процесс трудовой деятельности в таких ситуациях может приводить к снижению как трудоспособности человека, так и эффективности труда, а также к негативным изменениям психики и утрате ценностных ориентации в труде. Указанные нарушения касаются разных сторон трудового процесса – деятельность и личность профессионала, профессиональное общение. И здесь возникает проблема профессиональных рисков социального работника в учреждениях социального обслуживания. К учреждениям социального обслуживания относятся центры социального обслуживания и обеспечения, комитеты социальной защиты, советы ветеранов, дома престарелых, детские домах, органы опеки и попечительства, колонии, филиалы пенсионного фонда, службы психологической помощи и т.д.

Проблема профессиональных рисков в социальной работе сейчас является актуальной. Ведь постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает социальный работник в процессе сложного социального взаимодействия с клиентом, постоянное проникновение в суть социальных проблем клиента, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на здоровье социального работника, который является своего рода эмоциональным донором [4, С. 136-137].

Профессиональными рисками социального работника в учреждениях социального обслуживания являются:

- стресс, неврозы, депрессия;
- эмоционально-мотивационное утомление;
- психическая напряжённость;
- заражение различными заболеваниями, которые передаются воздушно-капельным путём;
- приобретение профессиональных заболеваний.

Профессиональный стресс возникает тогда, когда социальный работник оказывается в новой профессиональной для себя среде. Часто ситуации нововведений и конфликтов в коллективе заставляют человека подвергаться стрессу. Также различные ситуации изменения требований к профессии, внутренних кризисов, ситуации, связанные с профессиональным ростом, с карьерой и другие подводят человека к стрессовому состоянию. На примере нововведений и конфликтов в профессиональной сфере, стресс может спровоцировать такие проявления как беспомощность, конфликтность, эмоциональное напряжение, снижение уровня самокритичности и стремления к работе. К факторам, которые вызывают личностные стрессы специалиста, относятся факторы изменения или потери социального статуса, работы, какой-либо риск или экстремальные условия, неопределенные ситуации.

Одним из возможных профессиональных рисков является эмоционально-мотивационное утомление. В этом случае у социального работника формируются субъективные переживания усталости, мотивационная и эмоциональная неустойчивость. Сопровождать утомление могут раздражительность, падение уровня интереса к работе и другими явлениями. Также возможны проявления неврозов и соматических нарушений, связанных с психогенным характером, могут наступить изменения в личности – эпизодическая конфликтность, вялость, повышенная эмоциональная лабильность. Когда переутомление социального работника приобретает характер выраженного, отмечаются его устойчивые черты – интравертность, замкнутость, агрессивность, тревожность, депрессивность, сужение круга значимых мотивов. Для того чтобы предотвратить переутомление специалисту необходимо соблюдать режим, сменять труд и отдых, изучить способы восстановления, которые будут способствовать сокращению усталости.

К неблагоприятным рискам профессиональной деятельности относятся и состояния психической напряженности, которые вызваны конфликтами, трудностями в решении сложных социальных проблем. Существуют такие виды психической напряженности: перцептивная (возникает при затруднениях в восприятии нужной информации); интеллектуальная (возникает, когда невозможен поиск адекватного способа решения или выхода из напряжённой ситуации); эмоциональная (здесь возникают эмоции, нарушающие деятельность); волевая (при неспособности человека проявить сознательное усилие и овладеть ситуацией); мотивационная (связанная с борьбой мотивов, например, выполнить долг или уклониться от опасности и риска).

Социальные работники постоянно работают с людьми, находящимися в трудных жизненных ситуациях, поэтому существует опасность заражения различными заболеваниями, передающимися воздушно-капельным или контактным путем. Для того чтобы предотвратить заражение, социальному работнику необходимо максимально соблюдать правила и установки контакта с потенциально-опасными клиентами. Деятельность социального работника связана с высокой степенью ответственности, моральным давлением со стороны общества и подопечных, что может повлечь за собой нравственно-психологические проблемы и болезни, привести к депрессии, сердечно-сосудистым заболеваниям.

Отсюда очевидна необходимость привлечения внимания общественности, органов власти и самих социальных работников, учреждений социального обслуживания к проблеме *предупреждения профессиональных рисков, заболеваний и реабилитации социальных работников***.** Социальные работники должны хорошо представлять профессиональные риски, их социально-психологическую и биологическую природу, иметь информацию о способах предупреждения такого рода заболеваний, правильно реагировать на их наличие. Социальный работник должен иметь представление о различных формах проявления психологического кризиса на том или ином этапе своей деятельности. С этой целью необходимо регулярно проводить мероприятия по профилактике профессиональных заболеваний работников, консультации относительно профессиональных рисков в социальной работе. Важно повышать психологическую культуру социальных работников и проводить психологические тренинги, консультации с ними. Это будет содействовать возрастанию роли и актуальности профессии социального работника в современном обществе.

Список литературы:

1. Базарова Т.С. Система профессиональной подготовки социального работника: основы, концепция, модель. – Saarbrucken: Parmarium Academic Publishing, 2012. – 193 с.

2. Дашкина А. Н. Обеспечение безопасного труда социальных работников [Электронный ресурс] / А. Н. Дашкина, Н. Н. Новиков, В. А. Спицын. – Режим доступа: http://www.trudcontrol.ru/press/publications/23576/obespechenie-bezopasnih-usloviy-truda-socialnih-rabotnikov (Дата обращения: 02.11.2016).

3. Калашников И. Ж. Актуальные проблемы профессиональной деформации специалиста на российском производстве / И. Ж. Калашников // Бизнес, менеджмент и право. - 2004. - № 3. - С. 14 – 17

4. Ливицкая Ю. А. Нервно-психическая устойчивость социальных работников / Ю. А. Ливицкая // Формы и методы социальной работы в различны сфера жизнедеятельности: материалы III Международной научно-практической конференции (Улан-Удэ, 09-10 декабря 2015 г.). – Улан-Удэ, 2014. – С. 136-137.

5. Фирсов М. В. Теория социальной работы: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений. [Электронный ресурс] / М. В. Фирсов, Е. Г. Студенова. – Режим доступа: http://www.univer5.ru/sotsialnaya-rabota/teoriya-sotsialnoy-rabotyi-firsov-m.v.-333/Page-151.html (Дата обращения: 04.11.2016).

УДК 316

Кузыбаева М.П.
Московское научное общество историков медицины, г. Москва, Россия

ПРОГРАММЫ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В МУЗЕЙНОЙ ПРАКТИКЕ РФ

Работа с инвалидами стала важным направлением деятельности отечественных музеев, среди которых особое место занимает Государственный Дарвиновский музей, который стал научно-методическим центром в этой области и распространяет свой опыт на другие музеи страны, например, гигиенические. Взаимодействие музеев разных профилей в этой сфере – залог стабильного развития человеческого общества.

Ключевые слова: *лица с ограниченными возможностями, музейные программы для инвалидов, доступная среда, методика работы с инвалидами, профилактика увечий и травм, гигиенический музей.*

Kuzybaeva M. P.
Moscow scientific society of historians of medicine

THE PROGRAMS OF SOCIOCULTURAL ADAPTAITION OF THE DISABLED PEOPLE IN MUSEUM PRACTICE OF THE RUSSIAN FEDERATIONIN

Work with people with disabilities has become an important direction of activity of Russian museums, among which a special place occupies the State Darwin Museum, which has become scientific and methodological center in this field and extends its expertise to other museums in the country, for example, hygiene. The interaction of museums of different profiles in this field are the pledge of stable development of human society.

Key words: *persons with disabilities, Museum programs for people with disabilities, accessible environment, methods of work with disabled people, prevention of injuries and injuries, hygiene Museum.*

Музейное сообщество Российской Федерации активно работает над решением проблемы вовлечения людей с ограниченными возможностями в число постоянных посетителей своих залов. До настоящего времени редко где можно увидеть такое объявление: «Наш музей приспособлен для посещения всеми категориями инвалидов». Однако многие музеи различного профиля (естественнонаучные, научно-технические, художественные, исторические и др.) имеют в арсенале услуг, которые они предлагают публике специальные программы, рассчитанные на лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата, незрячим и слабовидящим, а также глухим и слабослышащим посетителям. Безусловным лидером в данной области музейной деятельности является Государственный Дарвиновский музей (ГДМ) в Москве, опыт которого применим и востребован службами социальной поддержки во многих регионах страны. Колоссальные усилия всего коллектива музея, проектировщиков здания и инженерной службы способствовали созданию действительно безбарьерной среды для особых посетителей, визит которых в ГДМ стал комфортным и приятным.

Внимание и уважение особых посетителей – характерная черта работы ГДМ с момента его основания. Создатель и первый директор музея Александр Федорович Котс проводил экскурсии для слепых студентов с середины 1920-х годов. Более 80 лет Дарвиновский музей обслуживает посетителей с ограниченными возможностями (инвалиды-колясочники, слабослышащие и слепые). В годы Великой Отечественной войны музей посещали организованные группы раненых и инвалидов.

В настоящее время музей регулярно принимает посетителей с различными формами ограничения по состоянию здоровья: с нарушениями опорно-двигательного аппарата, слабослышащих, с нарушениями умственного развития и аутизмом, слепых и слабовидящих. Работа с такими посетителями требует учитывать специфику физического состояния каждой группы. В Дарвиновском музее разработаны и предлагаются публике ряд специальных программ, рассчитанных на способность восприятия экспозиции инвалидами разных категорий. Например, занятие для слепых «Эволюция органического мира», в котором сотрудник музея использует остеологические, палеонтологические и зоологические учебные коллекции; занятие для детей-инвалидов «Жизнь насекомых» (с демонстрацией живых насекомых); занятие для слепых «Превращение бабочки» (с демонстрацией живых насекомых). Для проведения иных тематических занятий со специальной аудиторией подобран ряд экспонатов для тактильного осмотра слепыми. Эти предметы отражают фонды музея, выставленные в витринах и недоступные для слепых и включают все основные группы хранения: беспозвоночных, костный материал, чучела птиц и животных, кусочки меха млекопитающих. Для слепых разработан маршрут движения по экспозиции, включающий тактильное знакомство со скульптурами и реконструкциями вымерших животных и древних людей. Этикетаж к экспонатам, предназначенным для тактильного осмотра, выполнен письмом Брайля.

В праздниках, которые проводит Дарвиновский музей для посетителей, могут принимать участие инвалиды всех категорий. В дни праздников в музее проходят конкурсы и викторины разной степени сложности; игры и мастер-классы; концерты; кинопоказы и спектакли. В музее созданы условия для свободного перемещения по всей экспозиции на колясках. ГДМ оснащен преобразователем электромагнитным двухконтурным (ПЭМ), предназначенным для передачи речевых сообщений и музыки слабослышащим зрителям, имеющим слуховые аппараты с режимом "Телефон". Это позволяет посетителям с ограниченными возможностями здоровья принимать активное участие в мероприятиях и праздниках музея.

Некоторые специальные программы реализуются совместно с Негосударственным учреждением «Институт профессиональной реабилитации и подготовки персонала Общероссийской общественной организации инвалидов – Всероссийского ордена Трудового Красного Знамени общества слепых «РЕАКОМП». Важно, что музей вовлекает в своё пространство инвалидов посредством организации выставок их работ, которые проводятся с завидной регулярностью, что способствует ещё большей интеграции и адаптации лиц с ограниченными возможностями в музейном мире.

ГДМ стал научно-методическим центром по работе с особыми посетителями. Сотрудники музея разрабатывают новые программы, готовят и издают методические рекомендации, проводят обучающие семинары и круглые столы для коллег, работающих с такой же аудиторией, организуют всероссийские и международные конференции и симпозиумы [1-3].

Опыт ГДМ используется некоторыми ведомственными музеями, например, гигиеническими, которые являются составной частью Городских центров медицинской профилактики (ГЦМП) Министерства здравоохранения РФ. Городские центры медицинской профилактики постсоветской эпохи сохранились как обширная сеть, являющаяся важной частью системы здравоохранения страны. Они разрабатывают и реализуют стратегии, планы и программы, направленные на увеличение продолжительности жизни, сокращение смертности, борьбу с особо опасными заболеваниями и улучшение санитарно-эпидемиологической ситуации в целом, работу с особыми группами населения. В настоящее время ГЦМП в российских городах служат целям повышения гигиенической осведомленности и медицинской грамотности людей, популяризируют и стремятся обеспечить здоровый образ жизни и благополучие для всех возрастных категорий. Они стали проводниками мировой стратегии стабильного развития человеческого общества, сформулированной в резолюции Организации Объединённых Наций от 25 сентября 2015 г. (официальное название документа – Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года). Среди многочисленных ГЦМП в Российской Федерации есть лучшие из лучших. К ним, без сомнения, относится Городской центр медицинской профилактики г. Екатеринбурга (Главный врач-Харитонов А.Н.). Увлеченность профилактической деятельностью, постоянный поиск новых форм работы с населением города и области, умелое использование отработанных десятилетиями приемов и методик санитарного просвещения сделали это учреждение здравоохранения важным объектом в культурном пространстве региона. Если ГДМ работает непосредственно с группами особых посетите-

лей, то основная задача ГЦМП и его гигиенического музея состоит в профилактике и нацелена на предотвращение инвалидизации населения, сокращение травматизма и увечий среди всех групп населения, адаптацию инвалидов по рождению.

Например, одна из программ центра, ориентированных на школьную аудиторию, называется "Разговор о правильном питании" и включает целый ряд событий и встреч. Так, был проведен городской семинар для педагогов о "Реализации программы "Разговор о правильном питании" в городе Екатеринбурге", организована его он-лайн трансляция и параллельно обсуждение заданных участниками вопросов в прямом эфире.

2 марта 2016 года с 11.00 до 12.30 на сайте программы www.prav-pit.ru прошел он-лайн кулинарный урок «Готовим для мамы». Вместе с участниками кулинарной студии в Москве готовили вкусное и полезное блюдо школьники класса, участвующего в программе. Присоединились к этому событию семьи участников программы «Разговор о правильном питании». В реализации данной программы задействован также Университет Здоровья. Первая он-лайн лекция университета была посвящена теме «Питание и здоровье ребенка», с которой выступил доктор биологических наук, главный научный сотрудник Института возрастной физиологии РАО Сонькин В.Д. Сотрудники центра постоянно предлагают новые конкурсы для участников данной программы, поощряя их ценными призами и подарками.

Резюмируя вышеизложенное отметим, что консолидация усилий ГДМ и ГЦМП в социокультурной адаптации инвалидов, использование всех доступных технических средств коммуникации с населением (интернет, видео и телетрансляции, причем в режиме он-лайн) поможет обеспечить оперативность обратной связи с заинтересованной аудиторией, привлечет различные группы населения, в том числе и инвалидов, участвовать в музейных программах и мероприятиях, сделает жизнь лиц с ограниченными возможностями интереснее и наполнит новым смыслом.

Список литературы:

1. Животный мир в изобразительном творчестве "особых" детей. Опыт совместной работы Государственного Дарвиновского музея и Детского дома-интерната "Южное Бутово". Методическое пособие / под общ. ред. директора ГДМ А. И. Клюкиной, сост. М. М. Галич. - М. : ГДМ, 2015. - 68 с.
2. Ваньшин С. Н., Ваньшина О. П. Слепоглухие в музее: Методическое пособие / Под общ. ред. кандидата философских наук, инвалиду по слуху и зрению с детства С. А. Сироткина. - М.: ГДМ, 2015. - 64 с.
3. Музейная экспозиция: храня традиции, быть в авангарде. Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции Ассоциации естественноисторических музеев России. "Музей доступен всем". Семинар, посвящённый адаптации музейной экспозиции для посетителей с ограниченными возможностями здоровья / Сост. В. С. Ионкина. - М. : ГДМ, 2014. - 254 с.

УДК 378.1

Куканова Е.В.
Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО, г. Москва, Россия

К ВОПРОСУ О ТЕХНОЛОГИИ В СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ

В статье рассматривается проблема применения технологического подхода в подготовке студентов профиля «Психология и социальная педагогика» и в практической деятельности социального педагога.

Ключевые слова: *технология, технологический подход, социально-педагогическая деятельность, социальный педагог.*

Kukanova E. V.
Institute for the study of childhood, family and upbringing RAO, Moscow, Russia

THE QUESTION OF TECHNOLOGY IN SOCIAL PEDAGOGY

The article discusses the problem of application of technological approach to training of students of profile "Psychology and social pedagogy" and in the practical activity of a social pedagogue.

Key words: *technology, technological approach, socio-pedagogicheskaya activities, social worker.*

Актуальность внимания к такой учебной дисциплине, как «Методика и технология работы социального педагога» объясняется:

- её особым статусом в системе учебных дисциплин по профилю «Психология и социальная работа»;
- недостаточной разработанностью технологии работы социального педагога в качестве научной дисциплины, которая формируется в результате интеграции двух процессов: трансформации философского, общенаучного, частнонаучного знания в особый научно-теоретический комплекс и обобщения опыта практической деятельности социальных педагогов соответствующих учреждений различных ведомств;
- неоднозначностью оценки технологического подхода к работе социального педагога, с которым связывают опасность жесткой регламентации, стандартизации и алгоритмизации деятельности, всегда сопряженной с неповторимостью жизненных ситуаций и уникальностью личности человека, оказавшегося в них.

В понимании процесса технологизации работы социального педагога, в определении самого термина «технология социальной педагогики» наметилось две тенденции.

Первая из них связана с расширением содержания технологического подхода к социальной педагогике за счет включения в него прогнозирования, проектирования и управления в этой сфере деятельности, что приводит к размыванию предмета исследования и отсутствию четкого представления о соотношении, с одной стороны, технологии социальной педагогики, а с другой – социального управления.

Вторая тенденция в определении понятия технологии социальной педагогики прямо противоположна первой. В её контексте технология определяется как совокупность приемов, методов воздействий, применяемых социальными службами, отдельными учреждениями социального обслуживания и образования, социальными педагогами для достижения поставленных целей в процессе осуществления социально-педагогической деятельности, решения разного рода социально-педагогических проблем, обеспечения эффективной реализации задач по социальной помощи семье и детям, находящихся в трудной жизненной или социально опасной ситуации. В логике этой традиции авторы соответствующей статьи в Российской энциклопедии социальной работы используют слово «технология» только во множественном числе.

Четко проступающая в подобном определении редукция технологии к совокупности приемов и методов, к которым прибегает в своей деятельности социальный педагог встречается во многих учебниках и учебных пособиях, используемых при подготовке будущих специалистов для различных сфер жизнедеятельности. Подобная редукция деформирует содержательно-функциональную определенность понятия технологии вообще и технологии социальной педагогики, в частности, что приводит к смешению понятий технологии и техники социальной педагогики, и тем самым затрудняет понимание предмета и содержания соответствующей учебной дисциплины, логики её развертывания.

Производное от древнегреческого «технэ» - искусство, мастерство, умелость, слово «технология» появляется в словаре культуры в XVIII веке. В своем первоначальном определении оно было ориентировано на промышленное производство и использовалось для обозначения методов обработки сырья и материалов, способов преобразования энергии и информации, а также для обозначения знаний о формах организации производственного процесса и собственно знаний о технике, выраженных в инструменте и чертежах, правилах эксплуатации механизмов, инженерных проектах. Со временем в системе развитой промышленности формируется относительно самостоятельная подсистема – технологическая служба и появляется направленно обученный специалист – технолог производства.

В современном языке смысловое пространство понятия технологии значительно расширилось, прежде всего, за счет включения в сферу технологического подхода социальных процессов. В этом контексте технология представляется в качестве определенного способа осуществления человеческой деятельности по достижению общественно значимых целей, при этом сущность способа видится в рациональном расчленении деятельности на процедуры и операции с их последующей координацией и синхронизацией. Если в индустриальную эпоху в обыденном сознании технология ассоциировалась с промышленной технологией, то с начала XXI века слово «технология» часто используется обыденным языком для обозначения и результата применения последних достижений науки в современном производстве в целом, и определенным образом нацеленного действия в рамках любой деятельности.

Слово «техника», производное от той же основы, обозначает, с одной стороны, совокупность средств, создаваемых для осуществления процессов производства и удовлетворения потребностей общества, а с другой - совокупную характеристику навыков и приемов, используемых в каком-либо деле или искусстве. В том случае, когда технология рассматривается как совокупность определенных приемов и методов, она становится трудно отличимой от техники во втором из приведенных значений.

Технологический подход к социально-педагогической деятельности позволяет ее представить в качестве специфического вида деятельности со всеми её характеристиками: объект и субъект деятельности, «дерево целей», система средств и методов, а также механизм построения этой системы, определенные формы и направления с соответствующими вариантами институализации, ценностный базис и, наконец, комплексный характер обеспечения и сопровождения. Это позволяет отнести технологию социально-педагогической деятельности к области **метадеятельности,** главными задачами которой выступают рационализация, оптимизация и гуманизация социальной педагогики. Тем самым технология оказывается соотнесенной со сферой самоопределения социального педагога, который в рамках технологизации своей профессиональной деятельности обосновывает выбор цели деятельности, её средств и методов, осуществляет необходимый контроль самого процесса деятельности и его результатов в свете определенной парадигмы.

Технология социально-педагогической деятельности представляется триединством, она одновременно есть:

- комплекс теоретико-практических знаний о способах преобразования объекта социальной педагогики, этот комплекс является результатом мета- и междисциплинарной интеграции знания как научного, так и инонаучного;
- система деятельности по разработке и обоснованию программы ее осуществления с конкретным объектом в конкретной ситуации;
- сфера профессиональной культуры социального педагога, включающая в себя его технологическую компетентность, но к ней не сводящаяся.

Процесс технологизации с конкретным объектом по решению определенной проблемы получает свою первоначальную материализацию в составлении технологического паспорта и разработке технологической карты, на основе которых формируется программа практических действий социального педагога с учетом того, что это его совместные действия с объектом социальной педагогики, а также с коллегами и специалистами других профилей.

В свете изложенной концепции технологии социально-педагогической деятельности проясняется содержание соответствующей учебной дисциплины и её место в системе подготовки социальных педагогов. «Методика и технология работы социального педагога» в качестве учебной дисциплины должна аккумулировать достижения общенаучной теории деятельности в единстве с обобщением результатов конкретной практической деятельности в области социальной педагогики как в России, так и в других странах. Тот же принцип органического единства теории и практики должен определять сам учебный процесс. Так, проработав в сфере теории, что представляет собой проблема, в том числе, проблема социальная, личная проблема, как правильно сформулировать проблему и определить степень корректности её формулировки, студенты должны иметь возможность на материале прессы, телепередач в рамках семинаров или в форме деловой игры отработать соответствующие навыки. Освоение и усвоение технологического подхода к социально-педагогической деятельности сопряжено с усилиями по технологизации самого учебного процесса, когда последний направленно осмысливается не только преподавателем, но и студентом в качестве их собственной, и совместной деятельности одновременно.

Вместе с тем, задача подготовки технологически грамотного социального педагога не может быть решена в рамках даже оптимально разработанного и успешно пройденного курса «Методика и технология работы социального педагога». К решению этой задачи можно приблизиться при условии непрерывной технологической подготовки будущего социального педагога. Эта подготовка должна стать системой, включающей в себя:

- изучение учебных дисциплин «Введение в специальность», «Основы учебно- и научно-исследовательской работы студентов», «Проектирование, программирование и моделирование в социальной педагогике», «Научные исследования в социальной педагогике» и т.п.;
- четкое выделение технологического блока во всех дисциплинах, например, в «Основах геронтологии» в качестве самостоятельного раздела должен присутствовать раздел «Технология работы социального педагога по адаптации и реадаптации лиц пожилого возраста», в рамках изучения которого каждый студент должен научиться составлять программу по адаптации (реадаптации) пожилого человека с учетом конкретного социального контекста;
- комплексное обеспечение и выявление деятельностной составляющей учебного процесса, обнаружение её вариативного характера и сочетания в нем реального и виртуального моментов;
- технологическое ориентирование всех видов практики, каждый из которых должен содержать задание технологического плана, например, в рамках ознакомительной практики должно быть задание по комплексной оценке деятельности самого учреждения (например, Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Московской области «Мытищинский центр реабилитации инвалидов «Мечта»), или какого-то подразделения этого центра;
- подготовку и защиту курсовой работы по дисциплине «Методика и технология работы социального педагога»:

- Методика работы с ребенком в условиях детского дома;
- Технологический подход к организации ситуаций сопровождения;
- Социально-педагогическая деятельность с детьми, совершившими преступление: технология исправления;
- Технология социально-педагогической деятельности в конфессиях.

- разработку технологического блока в выпускной квалификационной работе (ВКР) с приложением программы социально-педагогического исследования и соответствующей технологической карты, в которой зафиксирована информация, необходимая для составления программы деятельности социального педагога по решению конкретной проблемы в рамках темы ВКР.

Внимательное изучение истории термина «технология», процесса «институализации» технологии в сфере промышленного производства провоцирует вопросы о перспективах технологизации работы социального педагога. В частности, встает вопрос о том, возможно ли в перспективе появление должности технолога социально-педагогической деятельности или социальная педагогика в принципе не отделима от технологического подхода к ней и потому социальный педагог всегда сам себе технолог?

Этот вопрос может стать темой дискуссии на семинарском занятии. При этом надо иметь ввиду, что технология социально-педагогической деятельности представляет собой «скелет» профессиональной деятельности социального педагога и потому дистанцирование субъекта разработки технологии от социального педагога как специалиста-практика снижает ее эффективность: с одной стороны, оно может негативно сказаться на конкретности и человечности профессиональной деятельности, а с другой, лишить её панорамности и глубины.

УДК 159.923.2

Кукуль Н.Л., Стретович Ю.О.
Науковий керівник – Марценюк М.О., к.психол.н., доцент
Мукачівський державний університет, м. Мукачево, Україна

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В статье рассматривается сущность и содержание такой психологической категории как «реабилитация». Освещается содержание реабилитации военнослужащих и инвалидов с помощью ипотерапии.

Ключевые слова: *реабилитация, ипотерапия, инвалид, военнослужащий, профилактика.*

SOME ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

Article is devoted to the nature and content of such psychological category as «rehabilitation». It covers rehabilitation maintenance of disabled and soldiers using hippotherapy.

Key words*: rehabilitation, paradigm, hippotherapy, disabled, serviceman, military, prevention.*

В сучасному суспільстві процес психологічної реабілітації є предметом дослідження фахівців багатьох галузей наукового знання: психологів, філософів, соціологів, педагогів. Вони розкривають різні аспекти цього процесу, досліджують механізми та фактори психологічної реабілітації. На даний час постає актуальним розгляд питання соціальної адаптації, реабілітації військових та інвалідів.

Теоретичні основи психологічної реабілітації спираються на представлення М. Мясищева про реабілітацію як перебудову системи відносин особистості і пристосуванні індивідуума до цих важливих сторін життєдіяльності. На думку М. Кабанова однією з найважливіших сфер реабілітації (поряд із професійною, сімейною, суспільною ін.) є сфера психологічна [2].

Психологічна реабілітація – процес організованого психологічного впливу, спрямованого на допомогу військовослужбовцям у подоланні негативних психологічних наслідків пережитого ними травматичного стресу військової діяльності, для забезпечення такого стану психічного здоров'я військовослужбовців, що дозволяє їм досить ефективно вирішувати бойові і службові задачі. Діяльність військовослужбовців за бойових обставин характеризується впливом на психіку різних стрес-факторів. Тривалість їх впливу і характер можуть сприяти виникненню змін у психіці військового, які знижують ефективність його діяльності у бойовій обстановці, а також негативно виявляються у мирних умовах життєдіяльності. Проблема збереження здоров’я і працездатності осіб, що беруть участь у військових конфліктах, останнім часом привертає увагу великого числа дослідників. Однак соціально-психологічні аспекти змісту й особливості реалізації комплексних програм психологічної реабілітації, орієнтовані на окремі категорії поранених і хворих, на специфіку проявів психічних розладів у військовослужбовців, розроблені недостатньо [3].

Реабілітація, з погляду М. Кабанова, це – система різних заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, що приводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також ефективне повернення хворого в суспільство, до суспільно корисної праці. При організації психологічної реабілітації після завершення бойових дій обов’язково необхідно враховувати такі фактори:

– ступінь активності підрозділу і військовослужбовця у бойових діях;

– кількість бойових втрат у військовій частині, а також характер і причини поранень, контузій, травм, опіків, доз опромінювання та інших форм фізичного діяння на здоров’я військовослужбовця;

– час виходу підрозділу, військовослужбовця з зони бойових дій
(чим раніше та оперативніше буде надана психологічна допомога
учасникам бойових дій);

– особливості соціально-психологічного клімату і міжособистісних взаємин у військовій частині, підрозділі, характер взаємин конкретного військовослужбовця з оточуючими [2].

За даними американського стратегічно-дослідницького центру RAND, 20% ветеранів масштабних збройних конфліктів схильні до виникнення депресії та посттравматичного стресового розладу [4].

У ході психокорекційних заходів була відзначена ефективність методів соціально-психологічної реабілітації: сугестивної терапії, іпотерапії, гетеро- й ауторелаксаційних технік, психологічного консультування, дебрифінгу стресу критичних інцидентів, естетотерапії, логотерапії, та інші [1].

Проте, однією з найефективніший технік психокорекції сучасні дослідники назвали іпотерапію. Одним зі способів реабілітації є інтеграція іпотерапії у роботу спеціалізованих військових госпіталів. Для прикладу, саме ця реабілітаційна програма, зокрема, для американських ветеранів стала загальнонаціональним механізмом. Вона реалізується завдяки співпраці спеціалізованих госпіталів з кінними клубами. Послуги іпотерапії надаються колишнім солдатам на безоплатній основі та фінансується за рахунок благодійних внесків і за державної підтримки. Взаємодія із тваринами, які подібно до людей мають свій характер, позитивно впливає на емоційний фон осіб у стані депресії, а впоєднанні з груповими заїздами сприяє соціалізації та реінтеграції особистості в суспільство [4].

Кінна терапія давно отримала визнання в багатьох країнах світу. Доведено, що верхова їзда допомагає хворим відволіктися від негативних думок, адже під час лікувальної верхової їзди відбувається не тільки тілесна реабілітація, а й ментальна, через «емпатичний зв'язок коня з людиною». В процесі цієї терапії починають працювати вражені хворобою групи м'язів і нервові структури. Це розвиває, наприклад, у хворих на параліч рухливість, відчуття рівноваги, координацію рухів.

Температура тіла коня вища від температури людини на 1,5-2 °С і тому, м'язи спини коня, що йде, розігрівають і масажують м'язи ніг вершника, нормалізують м'язовий тонус і підсилюють кровообіг у кінцівках. Кінь здійснює на вершника потужний емоційний вплив, що дозволяє використовувати іпотерапію для лікування психоемоційних розладів, фобій та інших порушень психіки. Між вершником та його конем налагоджуються близькі дружні стосунки.

Через високий відсоток (майже 34%) інвалідізації військовослужбовців, вони складають особливу категорію населення, чисельність якої постійно збільшується. Світовою спільнотою соціальний захист інвалідів розглядається як проблема першорядної важливості. Їх відносять до найбільш соціально незахищеної категорії населення. Вони не завжди мають можливості здобути освіту, не можуть як всі займатися трудовою діяльністю, їх дохід значно нижче середнього, а потреби в медичному та соціальному обслуговуванні набагато вище. Більшість з них не має сім'ї і не бажає брати участь у суспільному житті. Відновленню здібності інвалідів до соціального функціонування, незалежного способу життя покликана допомогти система багатопрофільної комплексної реабілітації як самостійна область наукової та практичної діяльності. Зміна суспільного ставлення до проблеми інвалідності та інвалідам, розвиток системи комплексної соціальної реабілітації - одна з головних і відповідальних завдань сучасної державної політики [5].

Тільки починає набирати темпи робота з розробки індивідуальних реабілітаційних програм для осіб з обмеженими можливостями, створюються різні моделі реабілітаційних установ, впроваджуються інноваційні технології соціальної роботи з даною категорією населення, розвивається реабілітаційна індустрія. Для відновлення особистісних ресурсів індивіда або їх компенсації розробляється особлива інтегративна технологія - соціальна реабілітація. Вона покликана підвищити рівень соціального функціонування хворого або інваліда, будучи методом психосоціального впливу. Соціальну реабілітацію можна визначити, як комплекс заходів, спрямованих на відновлення зруйнованих або втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму.

Отже, існує досить чітка система надання психологічної допомоги і реабілітації військовослужбовців та інвалідів, що мають певні проблеми з психічним здоров’ям чи отримали суттєві бойові та життєві психічні травми. Наслідки психотравмуючого стресу найчастіше виявляються у таких формах, як утрата сенсу життя та відчуття нереальності свого існування; виникненні почуття наближення катастрофічних змін у житті; швидкій смерті, неадекватному зниженні або завищенні самооцінки тощо [4].

Список літератури:
1. Иванов А. Л. Развитие личности военнослужащих, в процессе их медико-психолого-социальной реабилитации / А. Л. Иванов, Н. В. Жуматий, //Журнал «Развитие личности». -2004 г. № 1 - С. 133-145.
2. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Кабанов М. М., Личко А. Е.,Смирнов В. М. - Л-д: «Медицина», 1983. -210с.
3. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий. канд. психол. наук, М., 1992. - 214 с.
4. Шлях додому у різних країнах світу: реабілітаційні програми [Электронный ресурс] URL http://gurt.org.ua/articles/32330/ (дата обращения 9.11.2016).
5. Комплексная реабилитация инвалидов: Учебное пособие для студентов ВНЗ / Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, В.В. Чешехина; под ред. Т.В. Зозули. - М.: "Академия", 2005. - 304 с.

УДК 378.14

Кулько Е.И.
Белорусская государственная сельскохозяйственная академия, г. Горки, Республика Беларусь

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ КАК ИНТЕГРИРУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В статье анализируются показатели здоровья учащихся и анализируются факторы риска, влияющие на его сохранение.

Ключевые слова. *Показатели здоровья, медицинское обеспечение, динамика заболеваемости, профилактика, физкультурно-спортивная деятельность.*

Kulko K.I.
Belarusian state agricultural Academy, Gorki, Republic of Belarus

VALEOLOGICAL INSTALLATIONS AS INTEGRATING COMPONENTS OF A HEALTHY LIFESTYLE

The article analyzes the indicators of the health of students and addresses the risk factors that affect its retention.

Key words: *indicators of health, healthcare, dynamics of spacecraft morbidity, prevention, physical-sport activity.*

Сегодня вопрос сохранение здоровья подрастающего поколения является актуальным так как происходят активные изменения в жизни общества: снижение уровня жизни, ухудшение экологической обстановки в стране и др. Здоровье является как целостным динамическим состоянием человека, так и одновременно процессом, который характеризуется позитивными и негативными показателями. Поиск путей сохранения здоровья молодежи требует разработки концептуального подхода к понятию «здоровье», оценки возможностей изучения данного явления социологическими методами.

Продолжительное изучение объективных показателей здоровья учащихся позволили исследователям выстроить рейтинг факторов риска. С точки зрения медиков он выглядит так: 1 – образ жизни; 2 – генетика и биология ребенка; 3 – экологические и природно-климатические условия; 4 – уровень и качество медицинской помощи. Применительно к учащимся можно предположить, что система образования и учебная деятельность как образ жизни существенно влияет на здоровье юношей и девушек.

Интенсификация учебных программ и занятий, увеличение объема информации и числа предметов, сохранение весьма высокой степени сложности программ по точным и естественным наукам при слабой практической прикладной наполненности образования, сохранение приоритетности обучения детей по сравнению с их личностным развитием оказывают негативное воздействие на социальное самочувствие растущего человека.

Результаты опросов взрослого населения и учащихся показывают, что подавляющее большинство респондентов в системе ценностей помещают здоровье на 1–2 ранговое место. Причем, родители особо выделяют здоровье своих детей среди остальных слагаемых благополучия. При этом установлено, что для граждан собственное здоровье и здоровье их детей ценно не само по себе, а как средство достижения жизненных целей. Зачастую его рассматривают как средство для достижения успехов в учебе, приобретения более высокого рейтинга в школе.

В ходе проведенных исследований было установлено: доля практически здоровых детей, поступающих в 1 класс, составляет в среднем 32 %. Доля здоровых школьников в возрасте 14–15 лет снижается до 20– 25 В последнее время наблюдается увеличение доли детей с отклонениями в органах зрения, пищеварения, опорно-двигательном аппарате, с психосоматическими недомоганиями и расстройствами. Треть школьников посещают физкультурные группы – подготовительные и специальные. Приобретение отклонений в период обучения в школе и увеличение частоты заболеваний в старшей ступени школы. Девочки всех возрастов имеют более низкие показатели здоровья. В общеобразовательной школе медицинские службы ведут индивидуальный учет результатов профилактических осмотров и текущей заболеваемости в учебном году. При этом отсутствуют попытки элементарного анализа динамики заболеваемости одного и того же класса по мере его продвижения из одной ступени обучения в другую. К сожалению, система медицинского обеспечения массовых школ в условиях интенсификации образовательного процесса не ориентирована на решение задачи сохранения и улучшения здоровья школьников. При ответе на вопрос: «Насколько проблема здоровья важна для Вас?» почти 45 % респондентов отметили, что она не менее важна, чем другие, для 20 % данная проблема имеет ситуативный характер, о ней вспоминают, когда испытывают недомогания, только 5 % не считают ее значимой [1].

Сложившееся положение усугубляется тенденцией ранней алкоголизации в подростковой среде. По данным опроса, алкоголь употребляют около 15 % подростков. Но, по нашему мнению, приведенные данные – это только видимая часть «айсберга». Можно лишь догадываться о скрытой стороне упомянутых процессов. В связи с этим можно говорить о недостаточной сформированности психической сферы детей, особенности их индивидуального темперамента, типа нервной системы приводят к тому, что часто реакции на события школьной жизни проявляются в виде отрицательных эмоций и невротических состояний. Каждый третий школьник и его родители считают, что за время учебы существенно ухудшается психическое самочувствие ученика. Отправной точкой психических процессов у детей являются удачи и неудачи в школе. На вопрос: «Часто ли тебя преследуют неудачи в школе?» 32 % учащихся ответили положительно, 27 % родителе так же подтвердили данную реакцию. В случае неудачи в учебных делах у 55 % школьников портится настроение, 23 % испытывают раздражительность, 17 % переживают состояние аффекта, 5 % подвержены сильным продолжительным психическим переживаниям, переходящим в состояние подавленности, а порой и даже отчаяния. Настораживает и то обстоятельство, что значительная часть школьников в своих попытках обрести душевное равновесие рассчитывают только на себя. Субъектами поддержания равновесия в целом являются друзья, реже – родители. Положительные эмоции вызываются «хорошей оценкой» (62,3 %) и «общением с друзьями» (71,4 %). «Необычные уроки» порождают удивление (15 %), новые темы – интерес у 32 %, применяемые инновационные методы и приемы в учебном процессе (46 %). Одновременно имеют место и негативные моменты, касающиеся школьной жизни, в частности «несправедливость учителя» (18,3 %), «трудности усвоения нового материала (23,5 %), «плохая оценка» (34,4 %), «контакты с одноклассниками» – (26,4 %), «стыд за неправильный ответ (17,2 %), «сложность предмета» (35 %). В среднем отрицательные эмоции имею место у 65 % учащихся [4].

В условиях модернизации системы образования должны измениться и взгляды на здоровье, активно утверждается личная ответственность человека за его действия, эмоции и отношения. Происходит смена парадигмы, т. е. способа решения проблем, связанных со здоровьем. Сегодня внимание перемещается с лечения заболеваний на их профилактику. Принципиально важно, что телесность подчиняется не только физиологическим законам, но и законам культуры. Формирование культуры здоровья – ключевое направление современной школы.

Относительно к учащейся молодежи современная педагогическая действительность, как совокупность научной и практической деятельности, осуществляемой профессиональными педагогами-валеологами, ориентирована на создание условий здоровьесбережения при организации учебного процесса и активного внедрения здоровьесберегающих технологий. Валеоустановка – это группа феноменов, обеспечивающих регуляцию здоровья на индивидуально-личностном уровне. Валеоустановка определяет личность в ее

направленности на поддержание здоровья и преодоление болезни: она характеризуется готовностью к определенному способу восприятия, отношения и реагирования в ситуациях, затрагивающих здоровье подростка [3]. Она предполагает следование принципам здорового образа жизни. Следует обратить внимание, что в целом в подростковой среде наблюдается недооценка возможностей самооздоровления средствами физической культуры. Однако специфика организованной, активной физкультуры и спортивных занятий влияет положительным образом на гармоничность восприятия учащимися принципов ЗОЖ. Это означает, что физкультурно-спортивная деятельность в образовательной среде является одним из важных факторов, мотивирующих к здоровьесохранной самодостаточности учащихся.

Главным направлением приложения сил педагогов и родителей должно стать создание благоприятных условий для комфортного самочувствия ребенка в школе и дома, приобретение им опыта успеха, по возможности разделенного с ближайшим окружением, развитие личностных качеств каждого ученика, что поможет нейтрализовать действие негативных факторов.

Список литературы:

1. Гликман И.З. Наша школа: от старой к новой / И.З. Гликман // Народное образование. – 2010. – № 1. – С. 32-38.
2. Залыгин, В.Е. О моделях определения здоровья в медицине и валеологии / В. Е. Залыгин // ОБЖ. – 2010. – № 1. – С. 41-43.
3.Татарникова Л.Г. Педагогика здоровья: здоровьесберегающие образовательные технологии. — СПб: СПбАППО, 2010. - 184 с.
4.Щербакова М.А., Бурлакова И.Г., Величковская И.Л. и др. Образование и здоровый образ жизни / Науч. ред. Н.Б. Стамбулова. - СПб.: Центр карьеры, 2000. - 143 с.

УДК 364.3

Курочкина А.О.
Православный Свято-Тихоновский Гуманитарный Университет, г. Москва, Россия

ФАНДРАЙЗИНГ-МЕРОПРИЯТИЯ КАК ФОРМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПОДДЕРЖКОЙ СЕМЬИ И ДЕТСТВА

В статье рассматриваются вопросы организации фандрайзинг-мероприятий, направленных на помощь семьям с детьми-инвалидами.

Ключевые слова: *фандрайзинг, фандрайзинг-мероприятия, семьи с детьми-инвалидами.*

Kurochkina A.O.
Saint Tikhon's Orthodox University, Moscow, Russia

FANDRAISING-UP AS A FORM OF FINANCING ACTIVITIES ORGANIZATIONS DEALING WITH SUPPORT OF FAMILY AND CHILDHOOD

The article deals with the organization of fundraising events designed to help families with disabled children.

Tags: *fundraising, fundraising, events, families with disabled children.*

Проведение фандрайзинг-мероприятий является наиболее эффективным методом сбора средств для организаций, занимающихся поддержкой семьи и детства, потому что такие мероприятия рассчитаны на участие большого количества людей, а значит высока вероятность собрать быстро много денег. Даже если у организации не получается собрать много денег, от проведения акции все равно получаются положительные результаты. Помимо финансов организация может получить множество доноров: волонтеров или людей, который готовы в будущем помогать другими ресурсами – помещения, оборудование, организация поездок и т.д. Более того, сами семьи и дети–инвалиды могут принимать участие, помогая себе и другим детям-инвалидам. Это, своего рода, адаптация инвалида, взаимодействие с окружающим миром. А для человека, который жертвует, это удовлетворенность в потребности помогать. Также достоинство таких мероприятий состоит в обратной связи. Человек не просто жертвует, а получает что-то взамен. Причем альтернатив много: хорошее настроение, игрушку, навыки танца, пения, рисования и множество всего другого.

Среди организация, занимающийся поддержкой семьи и детства в России много некоммерческих организация. Как правило, НКО не финансируются государством, поэтому такого рода организации используют современные технологии привлечения средств и инвестиций. Одной из таких технологий является фандрайзинг.

Понятие фандрайзинга очень ново для России. Оно хорошо известно специалистам в менеджменте НКО и американским политологам. Фандрайзинг подразумевает привлечение средств, так как слово «фандрайзинг» происходит от от английских fund (денежные средства, активы, финансирование) и raise (приумножение, сбор). В общем понимании под фандрайзингом понимается поиск и привлечение ресурсов под разные задачи и цели.

На протяжении пятидесяти лет происходило становление и организация благотворительных организаций в Америке. В 60-х годах американские НКО рассчитывали только на государственное финансирование. Ситуация улучшилась в 80-х, когда государство перестало финансировать некоммерческий сектор и организации обратились к привлечению средств через благотворительность. Мотивацией для частных благотворителей являются до сих пор налоговые льготы. Возникновение в Америке некоммерческого сектора тесно связано освобождением от налоговых льгот жертвователей. В России такой системы нет, поэтому использование подобных способов привлечения средств не работают. Все же стоит опираться на богатый опыт работы НКО, адаптируя и используя методы и подходы в достижении целей российских некоммерческих организаций.

Рассмотрим мотивы и цели благотворительности в России. Они у всех разные. Коллектив авторов Центра проблемного анализа и государственно-управленческого проектирования в помографии «Благотворительность в России и государственная политика» считает, что «Государство не занимается прямой благотворительностью». Они говорят о том, что задачей государства является создание благоприятного законодательного фона для развития благотворительности и поддержка инфраструктурных проектов.

«Как привлечь крупный бизнес к благотворительности?» В статье Александра Сапова говорится, что «крупный бизнес имеет ясное понимание, чего хочет от социальных программ». Это означает, что у корпораций есть документы, определяющие и регламентирующие эту область. Социальная программа, предлагаемая фандрайзером той или иной компании, должна быть привязана к тематике, выбранной этой компанией в рамках ее корпоративной социальной ответственности. Корпорациям нужен партнер, они работают только по программам, причем крупным.

В этой же статье говорится о том, что «мелкие и средние предприниматели в России уже активно помогают различным НКО». Это может пояснить тем, что взаимодействовать с такими предпринимателями проще, чем с крупным бизнесом. Компании и фирмы среднего и мелкого уровня редко поддерживают «программы», как правило, они дают деньги под «кейсы» — небольшие проекты с ясным окончанием и результатом. По данным исследования 2001 г., российские бизнесмены предпочитают помогать прежде всего пожилым людям, детям-сиротам, инвалидам, матерям-одиночкам, многодетным семьям, а также поддерживать программы против наркомании и СПИДа, экологические проекты, организацию помощи тяжелобольным, программы по социальной реабилитации и воспитанию молодежи.

Привлечение средств у крупных частных фондов является одним из основных направлений фандрайзинга. Очень часто богатые люди жертвуют личные деньги в проекты, связанные с НКО. Размер вложений часто равен инвестициям в различные корпорации. В пример можно привести фонд Дмитрия Зимина «Династия» и благотворительный фонд В. Потанина. Подобные фонды вкладывают деньги, куда им захочется. Это могут быть памятники культуры, или спорт, или проекты, направленные на изучение чего-то нового. Также деньги могут быть направлены на благотворительность.

Следующими жертвователями являются физические лица. Это частные доноры. Привлекая средства у подобных жертвователей НКО предоставляет возможность увидеть результат. С психологической точки зрения человеку, который пожертвовал хочется быстро увидеть результат. Поэтому НКО делает все возможное, чтобы физическое лицо осталось удовлетворенным.

Все доноры имеют свои границы пожертвований. Очень много зависит от мотивации. Например, человек хочет помогать де-

тям-инвалидам. Понятно, что в рамках этого он может с ними работать и начинать партнерство с оплаты мороженного для этих детей. Но уже через год человек может созреть до оплаты бухгалтера организации или поддержки какого-то проекта. А бывают люди, которые дальше мороженого не продвинутся никогда. Фандрайзеру нужно чутье и опыт, чтобы правильно работать с каждым. Сложить полную картину, то есть закрыть все потребности фонда, возможно только с помощью разных доноров.

Чтобы просить деньги, нужно точно знать почему люди их дают некоммерческим организациям. Зная мотивы донорства, организация проведет мероприятие успешнее. Приведем некоторые из распространенных мотивов из статьи «мотивы донорства». Основным мотивом донорства является стремление помочь, потому что человека об этом попросили и он не смог отказать; потому что он чувствует себя не хуже других и тоже может пожертвовать. Еще одним мотивом донорства является «чувство вины» - люди чувствуют себя обязанными кому-то. Когда проблема обнародована и объявлен сбор средств, тогда у некоторых людей возникает личный интерес в разрешении этой проблемы. Человек знает, что деньги собирает надежная организация, которая решит эту проблему, состоящая из авторитетных и известных людей – НКО с хорошей репутацией.

Задача организатора фандрайзинг-мероприятия – узнать, что интересно донору, который будет жертвовать. Это может быть моральная, то есть удовлетворение чувства приобщения к чему-то хорошему. Также это может быть моральная выгода, то есть человек заинтересован в какой-либо выгоде или льготах. Узнав интересы доноров, вероятность получения пожертвований станет успешнее и намного повыситься.

Итак, сущность фандзайзинг-мероприятий как формы финансирования деятельности православных организаций, занимающихся поддержкой семьи и детства заключается в тщательной подготовке к проведению мероприятия, в качественной работе с донорами.

Список литературы:

1. Куропаткина О. Благотворительность в России и государственная политика. – М., - 2013, - 206 с.
2. Сапов А. Как привлечь крупный бизнес к благотворительности? [Электронный ресурс]. - Адрес доступа: https://www.miloserdie.ru/article/kak-privlech-krupnyj-biznes-k-blagotvoritelnosti/. - МИЛОСЕРДИЕ.RU. Официальный сайт. – Яз.рус. (дата доступа: 03.03.2016)
3. Алексеева Е.Г., Горшкова И.Д. Фандрайзинг: мотивации потенциальных жертвователей // Благотворительность в России. 2001: социальные и исторические исследования: сб. ст. СПб.: Лики России, 2001. С. 186.
4. Мотивы донорства. [Электронный ресурс]. - Адрес доступа: http://www.sociologysoul.ru/tpts-76-1.html. - SOCIOLOGSOUL. Материалы и статьи по социологии. – Яз.рус. (дата доступа: 03.03.2016)
5. О фонде. [Электронный ресурс]. - Адрес доступа: http://www.dynastyfdn.com/about. - Фонд Дмитрия Зимина «Династия». Официальный сайт. – Яз.рус. (дата доступа: 3.03.2016)
6. О фонде. [Электронный ресурс]. - Адрес доступа: http://www.fondpotanin.ru/about. - Благотворительный фонд В. Потанина. Официальный сайт. – Яз.рус. (дата доступа: 03.03.2016)

УДК 316.356.2

Лагойда Н.Г.

Бурятский государственный университет, г.Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЗАМЕЩАЮЩИМИ СЕМЬЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ: ОПЫТ И ОСОБЕННОСТИ

В данной статье рассматриваются особенности и опыт социальной работы с замещающими семьями в Республике Бурятия.

Ключевые слова: *приемная семья, замещающая семья, сопровождение замещающей семьи.*

Lagojda N.

Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL WORK WITH FAMILIES IN THE REPUBLIC OF BURYATIA SUCCESSORS: EXPERIENCE AND FEATURES

This article discusses the features and experience of social work with replacement families in the Republic of Buryatia.

Keywords: *foster family, the replacement family, support of the substitute family.*

В Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы (Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 года №761), Указом Президента Российской Федерации от 28 декабря 2012 года №1688 перед регионами поставлены первоочередные задачи по обеспечению сохранения ребенка в семье, семейному устройству детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Именно поэтому на государственном уровне определен приоритет - устройство детей-сирот в семьи и сокращение числа детских домов.

Распоряжением Правительства Республики Бурятия от 21 декабря 2015 года была утверждена Концепция развития системы организаций социального обслуживания семьи и детей в Республике Бурятия на 2015 - 2020 годы. Одними из основных задач Концепции являются:

- формирование системы, направленной на обеспечение права каждого ребенка жить и воспитываться в семье,
- снижение доли детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в общей численности детского населения,- сокращение срока пребывания детей в организациях социального обслуживания семьи и детей,
- снижение числа возвратов детей из замещающих семей в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, - повышение числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, успешно адаптировавшихся к трудовой деятельности и социальной жизни.

Особое внимание в Республике Бурятия уделяется сопровождению замещающей семьи. Этот вид деятельности требует от социальных работников специальных навыков и умений, владения системой профессиональных знаний, опыта работы с замещающей семьей. Специалисты по сопровождению замещающей семьи должны знать технологии работы на различных этапах: от первого сообщения о неблагополучии ребенка до контроля его жизни в замещающей семье.

В настоящее время в республике Бурятия работают 26 служб сопровождения замещающих семей. В республике реализуется государственная поддержка замещающих семей. Существует служба из 117 кураторов семьи, которые сопровождают 734 семьи, в них 1400 детей. Поддержка семьи на сегодняшний день является важным направлением социальной политики, ежегодно увеличивается количество детей, устроенных в семьи. По мнению психологов, отличительной особенностью замещающих семей является ответственное отношение членов семьи друг к другу, чувство привязанности ребенка к родителям и уважительного отношения к другим. [1]

Республиканское агентство по делам семьи и детей, а с 2014 года - Министерство социальной защиты населения РБ реализует сотрудничество со СМИ, осуществляет PR – компании с целью повышения информированности населения о замещающих семьях. В органы опеки и попечительства каждый месяц рассылаются письма с информацией о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей.

В республиканской газете «Информ Полис» размещается рубрика «Пусть мама услышит» », в газете «Молодежь Бурятии» - рубрика «Дети чужими не бывают», на сайте Министерства социальной защиты населения РБ реализуется спецпроект «Ищем маму и папу» [2], в Республиканском центре по работе с семьей и детьми работает телефон – «44-70-51», для консультирования граждан, готовых взять на воспитание ребенка, а также тех, кто уже воспитывает таких детей и нуждается в помощи и поддержке. За I квартал прошлого года специалистами Центра осуществлены 353 консультации гражданам, желающим взять ребенка на воспитание в замещающую семью, в приемные семьи было передано 38 детей.

Благодаря изменениям закона «О материальном обеспечении и мерах социальной поддержки приемной семьи в РБ» приемные семьи с тремя и более детьми с учетом родных и усыновленных с начала 2014 года могут пользоваться такими же мерами соци-

альной поддержки, как и многодетные семьи. Также они могут претендовать и имеют право на бесплатный участок земли, бесплатные лекарства детям, льготные путевки в лагеря для детей, компенсация 30% расходов за электроэнергию и ЖКХ, прием детей в детские сады. [3]

Большое внимание уделяется формированию положительного имиджа замещающих родителей. Приемные родители достойно представляют нашу республику во всероссийских конкурсах. В фотоальбом «Россия – без сирот» о приемных семьях, воспитывающих детей-инвалидов, вошли материалы о приемных семьях Ильюновых, Непомнящих, Медведевых из Республики Бурятия. Семья Беловых из Тункинского района награждена Орденом "Родительская слава". Это первая семья, которой орден вручался лично Президентом Российской Федерации.

Таким образом, в республике развивается необходимая инфраструктура профилактической работы с целью сохранения ребенку его родной семьи, а в тех случаях, когда это невозможно – обеспечение устройства ребенка в замещающую семью. Комплексная реабилитация семей, находящихся в социально опасном положении, позволяет сократить число детей, находящихся в интернатных учреждениях. Сформирована система профилактики социального сиротства, отработана управленческая модель раннего выявления семейного неблагополучия, организована работа по оказанию профилактической помощи семье и детям. Реализованы программы повышения квалификации специалистов, внедрены новые профилактические услуги для семьи и детей. Разработаны, внедрены программы и стандарты методической поддержки специалистов. Законодательством Республики Бурятия предусмотрены денежные выплаты для поддержки приемных родителей, опекунов и усыновителей.

В результате активного внедрения инновационных технологий в работу с семьей и детьми по оказанию профилактической помощи семье и детям наблюдаются позитивные тенденции:

- общая структура устройства детей-сирот, как и в целом по стране, меняется в сторону увеличения доли детей, переданных на воспитание в семьи граждан: с 80,3 % от общего числа детей-сирот в 2008 году до 87 % в 2014 году;
- в 2 раза сократилось количество детей, родители которых лишены родительских прав;
- на 24 % уменьшилось количество детей, находящихся в детских домах и учреждениях социального обслуживания.

Список литературы:

1. Шульга Т.И. Работа с неблагополучной семьей / Т.И. Шульга – М.: Дрофа, 2005. – 254, [2] с.: ил.
2. Социальная защита семьи и детства в условиях модернизации современного общества: материалы международной научно-практической конференции, посвящённой 90-летию Республики Бурятия, Улан-Удэ, 7 июня, 2013г. /отв. ред. Т.А. Быкова. - Улан-Удэ: Издательство Бурятского государственного университета, 2013.-256с.
3. ЭрдыниеваЛ.М. О новых подходах в работе с замещающими семьями в Республике Бурятия./ Л.М.Эрдыниева// Социальная защита семьи и детства в условиях модернизации современного общества.Материалы международной научно-практической конференции (г. Улан-Удэ,7 июня 2013 г.), посвященной 90-летию Республики Бурятия, с.8-13.

УДК 614.2

Лазарова М.К.
Медицинский университет Софии, Болгария

ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В ЗДОРОВЬЕ

Вопрос о человеческих потребностях связан с его развитием и с развитием общественной жизни людей. Эта тема представлена в различных концепциях – «индустриальное общество», «постиндустриальное общество», «качество жизни» и другие. В нашем случае можно рассматривать потребности с точки зрения их психологического характера, в качестве мотива, стимула для действий человека и в то же время в качестве условия для обеспечения экономической стабильности его жизни.

Ключевые слова: *потребности, здоровье, жизнь, иерархия*

Lazarova MK
Faculty of Public Health, MU-Sofia, Bulgaria

NEEDS AND HUMAN HEALTH

The issue of human needs related to its development and the development of social life of people. This topic is presented in a variety of concept - "industrial society", "post-industrial society", "quality of life" and others. In the case of our needs can be considered, rather than psychological in nature, as a motive, an incentive for the person's actions and at the same time as the conditions for economic stability in their lives.

Keywords: *needs, health, life, hierarchy.*

Принимая определение потребности как что-то, чего не хватает (ощущение недостатка у людей, которое они стремятся удалить) и должно быть удовлетворено, можно сказать, что это в равной степени касается как здоровья и других вещей, имеющих отношение к созданию нормальных условий жизни.

Очень часто потребность в здоровье выражается через потребность в средствах для жизни. Слишком часто возникает противоречие между потребностями жизни и потребностями в здоровье. Или, другими словами, существует конфликт между объективно и субъективно реальной потребностью и т.д. Были сделаны попытки изучения мотивационной структуры личности и системы основных потребностей человека, что является важнейшей задачей наук о человеке. Это особенно важно в наше время, когда в соответствии с законом непрерывного роста потребностей, человек склонен пренебрегать своим здоровьем ради других не столь реальных потребностей. В 50-60-х годах прошлого века самой распространенной стала теория мотивации американского социального психолога А. Маслоу, который систематизировал потребности личности по иерархическому принципу, когда потребности могут быть кратко представлены в двух группах как физиологические и социальные. Он предполагает, что эти потребности факт, который затем развивается. Это спорный вопрос, как и вопрос об их иерархии. В соответствии с принципом иерархии, потребности каждого последующего шага становятся актуальными для личности только после того, как удовлетворены предыдущие. Истина заключается в том, что мы «получаемся» (реализуем себя) как-то одновременно с обеспечением средств к существованию. Очень трудно и несколько механически упорядочить жизнь в одной таблице, жизнь в рамке.

Более важным является вопрос о знаниях человека его потребностей, их реальности с точки зрения его развития. Известно, что, как существует противоречие между желаниями и возможностями, так и может быть расхождение между реальными и нереальными потребностями. В «обществе потребления», человек является предметом рекламы с точки зрения манипулирования потребностями. Он становится все более зависимым от внешнего формирования его потребностей и все меньше стремится реализовать свои фактические потребности. Перемены, динамика и технологии отклоняют его от осознания его реальных потребностей, понимая смысла существования и его места в жизни.

Мы видим изобилие товаров широкого потребления, в то время как здоровье человека и общества меняется в отрицательном направлении. Это делает необходимым изучение потребностей. Особенно важно знать, как удовлетворить потребности. Кроме того, важен вопрос: что нужно, а что нет, что является излишним. В связи с этим вопросом существует понятие «разумных потребностей», которые можно было бы назвать рациональными потребностями.

Отсутствие понимания реальных потребностей часто приводит к смещению мотивов к действию и действиям, направленным на удовлетворение других потребностей. Например, работа может быть средством удовлетворения многих потребностей человека. Что касается вредных привычек, особенно показательным примером является курение или злоупотребление алкоголем. На самом деле, потребность в этих веществах можно рассматривать как необходимость второй степени, так как в основе этих привычек стоит другая потребность, потребность в ощущения безопасности при наличии тревоги, потребности в решительности, в лечении и т.д. В этом случае причиной неосознанной реальной потребности может быть недостаток информации или отсутствие внимания к причине, когда намного проще прибегнуть к первой наиболее доступной возможности реагировать на любую ситуацию в процессе адаптации индиви-

да к социальной среде. Нарушение социальной адаптации, нарушение контакта между детьми и родителями, или, вернее, конфликт отцы-дети, часто приводит к искажению поведения, т.е. сдвигу реальной потребности к другой неадекватной.

Помимо этого примера сублимации потребностей, существует другой способ удовлетворения потребности путем компенсации и кумуляции. Последнее является основой роста потребностей.

Вывод: Изучение потребностей человека, которые имеют определенный индивидуальный, уникальный характер индивида, связано с качеством жизни и укреплением здоровья. Связанный с этим мотивационный процесс также требует изучения для целенаправленного и эффективного формирования ценностей, мотивов и потребностей. Формирование является внешним процессом и выражает нормы общества, а отдельный человек имеет свою долю в формировании его собственной иерархии потребностей, в их реализации и контроле над ними.

Список литературы:

1. Воденичаров, Ц., Път в медицината, С., 1998, с.89
2. Вичев, В., Светоглед и поведение, С., 1986, с.203
3. Гладилов, С., Е.Делчева, Икономика на здравеопазването, Princeps, С., 2009, с.27
4. Горанова- Спасова, Р., Н. Попов, Промоция на здравето чрез mHEALTH. В: Сб. доклади от 35 НТС "КОНТАКТ 2015", С. изд. Темпо, 2015, с. 81-85
5. Спиркин, А., Г.Сознание и самосознание, М., 1972, с.121
6. Фром, Е., Душата на човека, С., 2000, с.187
7. Тофлър, А., Шок от бъдещето, С., 1992 , с.339

УДК 364.2

Лайковская Е.Э,
Министерство социальной политики Свердловской области, г. Екатеринбург, Россия
Онохова Т.С.
Областной центр реабилитации инвалидов,Екатеринбург, Россия

КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ УРОВНЕВОЙ И ЭТАПНОЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлена концепция формирования уровневой и этапной системы социальной реабилитации Свердловской области на основе межведомственного взаимодействия.

Ключевые слова: *система социальной реабилитации, уровень и этап социальной реабилитации.*

Laykovskaya E.E.,
Ministry of Social Policy of the Sverdlovsk region, Ekaterinburg, Russia
Onohova T.S.,
Regional Rehabilitation Centre for Disability,Yekaterinburg, Russia

THE CONCEPT OF FORMING LEVELS AND SYSTEM OF REHABILITATION AND HABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN THE SVERDLOVSK REGION

The article presents the concept of forming a level and step system of social rehabilitation of the Sverdlovsk region on the basis of interdepartmental interaction.

Key words: *social rehabilitation, level and stage of social rehabilitation.*

В 2016 году в Свердловской области начата работа по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе эффективного межведомственного взаимодействия. Координатором межведомственного взаимодействия всех органов государственной исполнительной власти, определенных исполнителями индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, инициатором разработки Концепции формирования системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов является Министерство социальной политики Свердловской области. Цель данной концепции - наметить основные векторы формирования и развития региональной системы социальной реабилитации и абилитации, гибко адаптирующей свое развитие к внешним изменениям, обеспечивающей на территории Свердловской области доступность социальных и реабилитационных услуг для инвалидов (детей-инвалидов) с учетом их потребностей, категории инвалидности и реабилитационного потенциала.

Основными направлениями ее реализации выступают:

1. Создание правовых основ создания, функционирования и развития данной системы, в том числе разработка нормативно-правовых актов (приказов) Министерства социальной политики, регламентирующих порядок комплектования учреждений, соответствующих каждому уровню; примерные стандарты оснащения учреждений разного уровня по всем направлениям социальной реабилитации (абилитации), перечень технических средств реабилитации для инвалидов, для оснащения социальных пунктов проката в целях проведения возможных реабилитационных мероприятий на дому в соответствии с категориями инвалидов; примерную штатную численность работников, оказывающих реабилитационные и социальные услуги инвалидам в учреждениях каждого уровня; критерии оценки результативности социальной реабилитации на каждом этапе социальной реабилитации; перечень и стандарт оказания услуг по социальной реабилитации и абилитации инвалидов.

2. Методическое обеспечение функционирования системы разноуровневой и многоэтапной системы социальной реабилитации инвалидов, разработка методических рекомендаций для формирования в учреждениях разного уровня индивидуального плана реабилитационных (абилитационных) мероприятий гражданина (ИПРА) в соответствии с ИППСУ, уровнем и этапом реабилитации(абилитации); разработка модельных программ и примерных стандартов реабилитационных услуг по основным направлениям социальной реабилитации и абилитации в соответствии с уровнем и этапом реабилитации инвалида; создание инструментария для выявления планируемого и достигнутого результата курса реабилитации (абилитации); разработка методических материалов для обучения инвалидов и членов их семей навыкам ухода, коммуникации, подбору и пользованию ТСР, реабилитационным навыкам; разработка примерного порядка оказания услуги сопровождаемого проживания инвалидов в домашних условиях и в реабилитационных организациях разного уровня.

3.Совершенствование механизмов диагностики реабилитационного потенциала личности, реабилитационного прогноза и потребностей инвалида в социальных и реабилитационных (абилитационных) услугах.

4. Совершенствование критериев для определения уровня и этапа реабилитации, соответствующего степени ограничений жизнедеятельности инвалида, его реабилитационному потенциалу и реабилитационному прогнозу, а также потребностям инвалида в социальной реабилитации.

5. Обеспечение различных видов доступности спектра необходимых инвалиду реабилитационных (в соответствии с ИПРА) и социальных (в соответствии с ИППСУ) услуг.

6. Организация дополнительного профессионального образования квалифицированным специалистам, предоставляющим услуги социальной реабилитации и абилитации инвалидов.

7. Организация мониторинга результативности процесса социальной реабилитации (абилитации) и уровня удовлетворенности инвалидов качеством оказанных реабилитационных (абилитационных) услуг в учреждениях разного уровня.

Для того, чтобы процесс социальной реабилитации и абилитации был результативным и эффективным, данная концепция определяет категории инвалидов, которым на данном уровне и определенном этапе показан соответствующий комплекс реабилитационных мероприятий. Концепция описывает критерии для определения показаний к реабилитации инвалида в учреждениях разного

уровня, основные направления, виды, перечень и содержание реабилитационных и социальных услуг, которые необходимо оказать инвалиду на определенном для него этапе реабилитации.

Первый уровень реабилитации обеспечивают все государственные учреждения социального обслуживания населения Свердловской области, негосударственные учреждения и некоммерческие организации, оказывающие услуги по социальной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Второй уровень реабилитации обеспечивают базовые социально-реабилитационные отделения в каждом управленческом округе.

Третий уровень реабилитации для инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов от 15 до 18 лет (преимущественно впервые получивших инвалидность), обеспечивает Областной центр реабилитации инвалидов, для детей-инвалидов - реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Талисман», реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья «ЛЮВЕНА», Екатеринбургский детский дом-интернат для умственно отсталых детей.

При разработке концепции этапов социальной реабилитации инвалида в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области учитывалась взаимосвязь основных категорий ограничений жизнедеятельности инвалидов с направлениями и видами социальных и реабилитационных услуг, определенными действующими стандартами по реабилитации инвалидов, взаимосвязь доменов «Активность и участие» МКФ [1] с основными направлениями и видами социальных и реабилитационных услуг, определенных в ИПРА [2] и индивидуальной программе получения социальных услуг инвалида [3], т.к. МКФ по праву считается инструментом для планирования мероприятий по социальной реабилитации (абилитации) инвалидов, и для оценки их результативности.

В основе деления процесса социальной реабилитации на четыре этапа лежат ее цели, основанные на развитии потенциальных способностей инвалида к снижению ограничений активности и возможности участия, т.е. проблем, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации. Итогом реализации настоящей Концепции к началу 2020 года станет сформированная система социальной реабилитации и абилитации инвалидов Свердловской области, оперативно реагирующая на изменения внешней среды и потребностей инвалидов, имеющих различные степени ограничений жизнедеятельности.

Список литературы:

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). - СПб.: Библиотечная служба ВОЗ; Из-во СПбИУВЭ, 2003. – 228 с.
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.06. 2015 г. N 528н "Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм" [Электронный ресурс] - base.garant.ru›71169212 (дата обращения: 11.11.2016).
3. Федеральный закон от 28.12.2013г. № 442 - ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] - base.garant.ru (дата обращения 11.11.2016).

УДК 37.013.42

Лантух Т.В.

Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, г. Гродно, Республика Беларусь

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРАЖ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В статье раскрыта проблема краж среди детей младшего школьного возраста. Показаны возможности социально-педагогической деятельности в профилактике краж среди детей младшего школьного возраста.

Ключевые слова: *социально-педагогическая деятельность, кражи, дети младшего школьного возраста.*

Lantukh T. V.

Grodno state University named Yanka Kupala, Grodno, Republic of Belarus

THE ROLE OF SOCIAL AND EDUCATIONAL ACTIVITY IN THE PREVENTION OF THEFTS AMONG PRIMARY SCHOOL CHILDREN

The article deals with the problem of thefts among primary school children. The possibilities of social and educational activity in the prevention of thefts among primary school children are shown.

Key words: *social-education activity, thefts, children of primary school age.*

С каждым годом специалисты отмечают рост детской преступности, прослеживают тенденции к увеличению числа детей с девиантным поведением. На коллегии МВД по итогам работы органов внутренних дел за 2015 год, президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко привел данные, согласно которым кражи в Республике Беларусь составляют более 40% в общем объеме зарегистрированных преступлений [2]. Особую тревогу вызывают кражи среди детей младшего школьного возраста. Под кражей мы подразумеваем «любые действия, направленные на присвоение чужих вещей, хищение чужого имущества» [4]. По мнению специалистов, почти каждый ребенок хотя бы один раз пробует что-нибудь украсть. Некоторые дети воруют многократно. В последнее время наблюдается значительный рост этого явления. Кражи приобретают характер эпидемии [3].

Перед современным обществом стоит задача поиска эффективных средств профилактики девиантного поведения среди детей и молодёжи.

Основываясь на исследованиях В.Н. Антиповой, можно выделить некоторые причины детского воровства: желание обладать определённой вещью; отсутствие волевого контроля; способ мести окружающим, включая собственных родителей [1]. Вместе с тем, главная причина детского воровства нам видится в неправильном воспитании, когда у ребёнка не сформировано уважительное отношение к чужой собственности, когда он не умеет спрашивать разрешения, что бы воспользоваться вещью, ему не принадлежащей, и не понимает, зачем это нужно делать. Значительную роль в побуждении ребенка к краже играет его желание избавиться от эмоционального неблагополучия в школе и семье.

Экспериментальное исследование эффективных средств профилактики детских краж осуществлялось нами на базе ГУО сш № 28 г. Гродно в 4 «В» классе в период социально-педагогической практики. Выявляя преобладающий тип взаимоотношений в семье, мы использовали методику "Кинетический рисунок семьи". Для определения склонности учащихся к нарушению социальных норм и правил поведения, нами использовалась методика "Диагностика склонности к отклоняющемуся поведению". В целях изучения отношения детей к воровству было проведено экспериментальное исследование с использованием проективного теста-сказки «Медвежонок-сладкоежка».

Обобщённые результаты проведенного нами исследования показали, что почти четверть учащихся, участвующих в исследовании (24%) находятся в группе риска, т.е. склонны к воровству.

В процессе проведенного нами исследования было установлено, что на практике самым распространённым средством профилактики краж среди детей и молодёжи является беседа с детьми и их родителями. Разрабатывая собственную программу формирующего эксперимента, мы направляли свои усилия на формирование у детей таких качеств личности, которые помогали бы им воздержаться от краж; учитывали возрастные особенности школьников, их стремление к художественно-изобразительной, творческой деятельности. Коррекционная работа, по нашему замыслу, должна была влиять на эмоциональную сферу детей, быть не только полезной, но и интересной для детской аудитории. В этих целях нами широко применялись различные приёмы работы со сказкой: чтение по ролям, обсуждение сюжета сказки, рисование главных героев с обсуждением мотивов их поведения, проигрывание эпизодов сказки, со-

чинение собственных сказок по заданному сюжету и др. В коррекционной работе с детьми «склонными к воровству» были использованы сказки: «Жерновки» (белорусская народная сказка), «Краденым сыт не будешь» (белорусская народная сказка), «Медведь – липовая нога» (русская народная сказка), «Хитрый судья» (индийская народная сказка), «Волшебное яблоко» М. Панфилова, «Ловкий вор» Братья Гримм и др.

Итоговая диагностика показала, что количество детей склонных к воровству за время, отведенное для экспериментальной работы, уменьшилось с 24% до 6%, что подтвердило эффективность, разработанной нами экспериментальной программы. Вместе с тем, мы продолжаем поиски эффективных путей профилактики краж среди детей младшего школьного возраста.

Список литературы:

1. Антипова И.Г. Воровство в детском возрасте: анализ причин и коррекция. − Детский психолог. – 1995. − № 9,10. − Ростов-на-Дону. – С. 37.
2. Выступает Александр Лукашенко, 28 января, Минск [Электронный ресурс] URL: http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/ (дата обращения: 14.11.2016).
3. Детские кражи [Электронный ресурс] URL: http://mou26.edusite.ru/p33aa1.html (дата обращения: 1.11.2016).
4. Уголовный Кодекс РБ, ст. 205 [Электронный ресурс] URL:http://kodeksy-by.com/dictionary/k/krazha.htm (дата обращения: 1.11.2016).

УДК 61:378:355

Лебедев С.М.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

ВОЕННО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ПО АДАПТАЦИИ КУРСАНТОВ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ НА ВОЕННОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

В статье рассматриваются особенности воинской деятельности и ряд факторов, которые учитываются при организации военно-социальной работы по адаптации курсантов на военном факультете.

Ключевые слова: *военно-социальная работа, курсанты, военный факультет.*

Lebedev S.M.
Belarusian state medical university, Minsk, Belarus

MILITARY AND SOCIAL WORK OF CADETS ADAPTATION TO MILITARY SERVICE AT MILITARY FACULTY

In article features of military activity and a number of factors which are considered at the organization of military and social work of cadets adaptation at military faculty are considered.

Key words: *military and social work, cadets, military faculty.*

В настоящее время наблюдается возрастание роли социальной работы с военнослужащими. Она осуществляется во взаимодействии с органами государственной власти, общественными объединениями и представляет деятельность органов военного управления, воинских должностных лиц, направленную на оказание помощи военнослужащим, создание социальных условий для более эффективного решения задач боевой готовности, укрепления правопорядка и воинской дисциплины, поддержания высокого уровня морально-психологического состояния военнослужащих.

На военном факультете организация и проведение социальной работы является такой же необходимостью военной политики, как совершенствование вооружения и военной техники, обеспечение войск материальными ресурсами, развитие военной науки. В течение 3 месяцев в начале военной службы курсантов на факультете использование основных форм и методов социальной работы должно быть направлено на обеспечение процесса адаптации к новой социальной среде — воинскому коллективу. В ходе адаптации также происходит реализация потребностей, интересов и стремлений каждого курсанта; входя в новое социальное окружение, он становится его полноправным членом, утверждает и развивает свою индивидуальность. Чем скорее произойдёт интеграция молодого человека в учебно-служебной среде, тем скорее и успешнее будет проходить его обучение и становление, как курсанта военного факультета.

Из практического опыта известно, что некоторые курсанты быстро адаптируются к новым условиям обучения и позитивно относятся к системе военного образования. Другие, наоборот, испытывают трудности, не могут эффективно интегрировать с новой социальной и образовательной средой, не отличаются стабильностью в учебной деятельности, наличием устойчивой познавательной мотивации. Очевидно, что плохо адаптированные курсанты, нуждаются в поддержке со стороны командиров (начальников), которые играют определяющую роль в организации и проведении социальной работы. Одним из ее направлений является развитие и повышение интереса к выбранной специальности, формирование устойчивой социальной и познавательной мотивации, помощь в постановке долгосрочных целей саморазвития и т.п. [4]. Командиры (начальники), организуя службу войск, несут личную ответственность за все виды обеспечения воинской деятельности на военном факультете, осуществляют правовую и социальную защиту курсантов. Используя все формы военно-управленческой деятельности (отдача приказов и распоряжений, контроль и проверка исполнения, воспитание и обучение подчиненных) командиры (начальники) действуют в строгом соответствии с законодательными актами [1;3].

Организация и проведение социальной работы на факультете осуществляется с учетом особенностей воинской деятельности, личностных качеств курсантов. Под воинской деятельностью в конкретном случае подразумевается процесс использования техники и вооружения, средств и методов обучения, воспитания курсантов для достижения целей и выполнения задач по их подготовке. Процессы совместной военной учебы и общения курсантов несколько отличаются от подобных процессов у студентов гражданского вуза. Анализ специфики этих процессов в условиях военного факультета, позволил определить особенности воинского коллектива:

– подчинённость и уставная регламентация порядка воинской деятельности и процесса общения;

– невозможность курсанта уклониться от общения в случаях, когда оно носит психотравмирующий, стрессовый характер;

– участие курсанта в совместной деятельности с другими в условиях казармы, а также совместное проживание, прием пищи, проведение свободного времени в относительно ограниченном организованном коллективе;

– коллективная ответственность курсантов не только за результаты воинского труда, но и за личное поведение;

– воинский коллектив включает молодых людей, находящихся на этапе повышенной эмоциональной возбудимости, реактивности, становления и развития устойчивого самосознания и стабильного образа «Я»;

– члены воинского коллектива, как правило, не имеют достаточных навыков межличностного общения и жизненного, социального опыта.

Анализируя характерные особенности воинской деятельности, необходимо отметить, что поддержание учебно-боевой готовности подразделений, воинской дисциплины, подготовка военного специалиста на должном уровне невозможны без учёта и постоянного совершенствования уровня морально-психологического состояния личного состава. Высшим показателем подготовленности курсанта к выполнению воинского долга, всегда была его готовность к самопожертвованию ради защиты своего Отечества, способность стойко переносить тяготы и лишения военной службы. С учетом этого считается, что ещё одной особенностью воинской деятельности является необходимость воспитания у курсантов высших нравственных качеств.

Исследование содержания и специфики воинской деятельности позволяют систематизировать основные факторы, влияющие на процесс адаптации курсанта к военной службе. К объективным факторам макросреды относятся: социально-политическая и экономическая ситуации; демографическая ситуация; специфика рода войск; условия воинской деятельности. Среди факторов микросреды выделяют: функционально-личностные (физиологические особенности, состояние здоровья, уровень физической подготовки, наследственность); интеллектуально-личностные (социальный опыт, наличие устойчивых привычек и стереотипов поведения, общественная активность, социальная установка) и психологические особенности личности (темперамент, характер, уровень нервно-психической устойчивости, психологические отклонения) [2]. К субъективным факторам относятся: психолого-педагогическое мастерство и профессионализм преподавателей; морально-психологический климат в воинском коллективе; материально-бытовые условия; уровень и каче-

ство проводимой воспитательной работы; качество организации обучения; наличие и степень сформированных традиций в воинском коллективе.

На основании группы субъективных факторов, влияющих на процесс адаптации к военной службе, разрабатываются направления практической работы командиров (начальников) по организации процесса адаптации курсантов, а с учетом группы объективных факторов выделяются направления по изучению и учету их индивидуально-психологических особенностей. Предлагаемая систематизация факторов позволяет определить специфические формы и методы социальной работы с курсантами, поступившими на военный факультет. Для этого командиры (начальники) должны иметь соответствующую социально-педагогическую подготовку, сочетать профессиональную компетентность и социальную направленность деятельности, личную дисциплину и воспитательное содержание этой деятельности, служить примером в сфере социальных отношений.

Таким образом, в современных условиях требуется более полный учет особенностей различных факторов при формировании и реализации рациональной, эффективной социальной работы на военном факультете. В тесном единстве с психологической, информационной и культурно-досуговой работой она призвана помочь курсанту успешно адаптироваться к воинской деятельности в качестве заинтересованного и преданного защитника Отечества, занимать активную жизненную позицию в период учебы, добросовестно выполнять свои обязанности.

Список литературы:

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л. : Наука, 1988. 270 с.
2. Лебедев С.М. Роль и значение познавательных психических процессов в обучении и воспитании военного врача / С.М. Лебедев // Медицинское образование XXI века: Сб. материалов IV международной науч.-практ. конф. Витебск, 2006. С.257–260.
3. Лысенко С.В. Содействие адаптации курсантов к обучению в вузе / С.В. Лысенко // Материалы VIII научной сессии преподавателей и курсантов. Витебск, УО ФПБ ВФ «МИТСО», 2005. С. 62–65
4. Технология социальной работы / под ред. И.Г. Зайнышева. – М.: ВЛАДОС, МГСУ, 2002. 236 с.

УДК 94 “04 /14”: 364

Левская Л.А.
Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, г. Могилев, Беларусь

ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ДРЕВНЕМ МИРЕ И СРЕДНЕВЕКОВОЙ ЕВРОПЕ

В статье рассматриваются причины и способы оказания социальной помощи в Древнем мире и Средневековой Европе.
Ключевые слова: *социальная помощь, социальные реформы, социальное законодательство.*

Leuskaya L.A.
Mogilev State A. Kuleshova University, Mogilev, Belarus

PROVIDING SOCIAL ASSISTANCE IN THE ANCIENT WORLD AND MEDIEVAL EUROPE

The article focuses on reasons and ways of organizing of social assistance in the Ancient World and Medieval Europe.
Key words: *social assistance, social reforms, social laws.*

По сути дела становление социального законодательства происходит лишь в конце XIX в. Однако, своими корнями оно уходит в далекое прошлое. Еще многие правители Древности, несмотря на классовый характер государства, заявляли о своем стремлении поддерживать нуждающихся в социальной помощи. На стадии формирования государства это было прежде всего связано с необходимостью обеспечить правителю поддержку со стороны широких слоев свободного населения и тем самым придать его власти легитимный характер. Ведь в то время были еще сильны воспоминания о «военной демократии», которая идеализировалась и воспринималась многими как «золотые времена». Поэтому с увеличением притеснений и поборов со стороны богатых и жрецов возрастало и сопротивление народных масс. Зачастую происходили восстания с целью возвращения старых порядков. Порой это приводило к смене власти и проведению преобразований, которые хотя и носили половинчатый характер, но все же многими учеными расматриваются как первые социальные реформы. С усилением власти монарха подобные преобразования продолжают осуществляться, но уже с целью смягчения противоречий в обществе, которые вели к ослаблению государства.

По мнению О.А. Омельченко, идеалом древневосточного правления становится деятельность социально нейтральная, сдержанная в отношении к своим подданным. «Поступай по истине, утешь плачущего, не притесняй вдовы», - наставляет фараонов древнеегипетское Поучение [3]. Утверждения о восстановлении справедливости и защите царем обездоленных (бедных, сирот, вдов и т.д.) содержатся и в первых царских надписях Месопотамии. Например, в исторических документах, относящихся примерно к 2370 г. (2400 г.) до н.э., говорится о реформах, проведенных правителем Лагаша Урукагиной, который пришел к власти в результате восстания. Главным принципом его преобразований было: «Пусть сильный не обидит вдов и сирот». Урукагина в три раза уменьшил вознаграждение за погребение, освободил бедняков от долгов, побоев, произвольных поборов и т.д. И хотя эти царские надписи не являлись законами в собственном смысле слова, все же исторические документы времен Урукагины считаются древнейшими правовыми актами в области социально-экономических отношений.

К Шумерским законам восходит позже изданный Законник царя Вавилона Хаммурапи (XVIII в. до н.э.). Во введении этого свода Законов подчеркиваются цели царских преобразований: «Дать сиять справедливости в стране, чтобы погубить беззаконных и злых, чтобы сильному не притеснять слабого… доставлять стране благополучие» [3].

Аналогичными мероприятиям, проводимым древневосточными владыками в период перехода к государственной организации, являлись по своему замыслу и реформы Ликурга в Спарте (VIII в. до н.э.). Они были призваны снизить остроту социального недовольства, сплотить членов общины перед лицом зависимых и покоренных племен. Данные преобразования осуществлялись «дабы изгнать наглость, злобу, роскошь и еще более старые, еще более грозные недуги государства – богатство и бедность» и имели не только социальное, но и политическое значение [3].

При отсутствии специальных государственных фондов для осуществления социальных мероприятий, многие государства в рассматриваемый период, прежде всего, рассчитывали на средства своих граждан. Так, в 378 г. до н.э. в ходе очередной реформы в Афинах возросла роль прямой натуральной обязанности – литургии. Интересны в этом плане и законы хана Крума – первого законодателя Болгарии (802 – 814 гг.). Судя по преданию, он, допросив аварских пленников, понял, что важнейшими причинами, повлекшими гибель их мощного государства, были клеветничество, мздоимство, пьянство и рост социального неравенства. Для ликвидации последнего из перечисленных зол Крум обязал: «Каждому нищему давать не мало, а сполна, чтобы он снова не впал в нужду, иначе пусть будет отобрано имущество у того, кто этого не сделает» [2].

В более поздний период для привлечения средств граждан стали использоваться методы поощрения благотворительности. Например, в 1601 г. в Англии при королеве Елизавете был принят специальный статус о благотворительном пользовании. В его преамбуле перечислялись цели благотворительности, которые до сих пор берутся за основу при определении благотворительного траста, сопряженного с налоговыми льготами. Это – помощь бедным, немощным, престарелым, больным, увечным солдатам и матросам, а также школам, колледжам и университетам; обучение и материальная поддержка сирот; поддержка исправительных учреждений; выкуп военнопленных и др. Если траст учреждался с этими целями, суд придавал ему статус благотворительного. Расплывчатые, спорные критерии благотворительности детализировались в судебной практике, а в последующем судами была выработана единая доктрина «общественной пользы» [1].

В то же время следует отметить, что привлечение государством средств и возможностей граждан для оказания социальной помощи порождало угрозу злоупотреблений с их стороны. Например, в праве Среднеассирийского царства (XII в. до н.э.) был институт «оживления», заключающийся в принятии обеспеченной семьей «на прокорм» члена голодающей семьи с правом пользования его трудом и распоряжения его судьбой. Следствием этого стали эксплуатация принятых «на прокорм», продажа детей и т.д. [1]. Это при-

вело к необходимости усиления со стороны государства контроля за оказанием гражданами помощи нуждающимся. Каждая страна решала эту проблему по-своему.

В Древнем Риме в период ранней республики злоупотребления при осуществлении опеки над слабоумными, вдовами, сиротами и т.д. рассматривались куриатными народными собраниями. Однако, по мере снижения их роли контроль за осуществлением опеки стал ослабевать и в середине республиканского периода он сводиться до минимума. Это приводит к росту злоупотреблений со стороны опекунов. Затем вновь наблюдается усиление контрольной функции государства в данной сфере. Опека рассматривается как публично-правовая обязанность, а опекун, осуществляющий надзор за имуществом опекаемого, обязывается предоставлять соответствующий отчет. В период империи вводится законная ипотека подопечного на все имущество опекуна. С конца III в. до н.э. публичная опека стала осуществляться претором, а со времен Августа – наместниками провинций. В самом же Риме учреждается должность опекунского претора.

Особые государственные служащие, занимающиеся опекой и благотворительностью, появляется и в других странах. Так, в Англии для осуществления контроля за благотворительными дарами и пресечения связанных с этими злоупотреблений в начале XVII в. вводится должность Верховного уполномоченного специальной парламентской комиссии [1].

Оказанием социальной помощи издавна занимались и религиозные организации. В Древней Индии вообще благотворительность рассматривалась как сугубо религиозное дело. Здесь совпадали цели религиозных и благотворительных пожертвований. В исламском же мире возникает своеобразный институт шариата – вакуф, представляющий собой имущество, переданное собственником на какие-либо религиозные или благотворительные цели. А в Западной Европе поддержку нуждающимся оказывала христианская церковь, проповедующая человеческое братство, помощь бедным и страждущим. По мнению белорусского просветителя Сымона Будного (≈1530 - 1593 гг.), вообще все церковные земли должны принадлежать не только духовенству, но и церковной общине. Доходы же от них необходимо направлять на образование, строительство, благотворительность.

Преобразования в сфере социальной защиты осуществляются и в период Нового времени. Однако, только с начала XIX в. в Западной Европе, наконец, стало развиваться трудовое и социальное право. Это было связано с уровнем рабочего движения, со степенью совершенства государственного механизма регулирования социальных отношений, с готовностью работодателей и рабочих, а также общества в целом к поиску и использованию компромиссов [1].

Список литературы:

1. История государства и права зарубежных стран: учебник в 2 ч. / Под ред. Н. А. Крашенинниковой и О. А. Жидкова. – М.: Издательство группы ИНФРА М – НОРМА, 199 -1998. Часть 1. С 34,348; Часть 2. С. 648
2. История государства и права славянских народов / Авт.-сост. И. Н. Кузнецов. – Минск: Новое знание, 2007. С. 426.
3. Омельченко О. А. Всеобщая история государства и права: учебник в 2 т. Т.1. – М.: Остожье, 1998. С. 67, 70, 96.

УДК 316

Лунрэг А.
ПрофТехучилище, г. Дархан, Монголия

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГОВ В ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОМ ОБРАЗОВАНИИ

В статье рассматриваются вопросы оценки исследовательской работы педагогов профтехучреждений и колледжей

Ключевые слова: *профессиональное образование, исследовательская работа педагога*

Lundeg A.
Physics Teacher of Vocational school from Darkhan city, Mongolia

PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF TEACHERS IN STUDENT-CENTERED LEARNING

The article deals with the evaluation of research proftehuchrezhdeny and college teachers

Keywords: *professional education, research teacher*

В ходе реализации в Монголии с 2010 года личностно-ориентированного обучения, принёсшей к разработке и оценке многих концепций, учебников направленных на раскрытие умений учащихся, показываетем самымо необходимости проведения исследовательской работы в областипрофессионального развития педагогов.

По-данным 2015 года в Монголии в 81 профтехучилищах и колледжах учатся 42675 учащихся и работают 2504 педагогов [1].

Из педагогов, работающих в этой области только 12% из них имеют высокую квалификацию, влючая 59 мастеров и 248 преподавтелей профдисциплины, показывающих о недостаточном затрагивании вопроса профессионального развития педагогов [2]. |Педагогы даннах учреждений по-профессиональному стажу подразделяются на мастера производственного обучения, преподавателя старшей категорий, преподавателя и на стажёра [3], для каждой соответсвующей категорий педагогов установлены нормативные показатели исследовательской работы, результаты которых могут быть внедрены в производство, регулирумые также вышеуказанным нормативными актами.

Результаты проведённого исследования показало обратное, т.е.педагоги Профтехучреждений и Колледжей не придают должного значения исследовательской работе.

Из результатов опроса 659 преподавателей Профтехучреждений и Колледжей страны:

Занятие исследовательской работой особо актуальны	59,50%
Нехватка времени на занятие исследованием	42,9%,
Недостаточная оценка исследовательской работы	23,80%
Недостаточное знание методов исследования	63,1%,
Ограниченные возможности саморазвития	68,2%,
Неудовлетворительная результативность организуемых семинаров по профразвитию педагогов профтехучреждений	49,80%
Семинары проводятся по-запланированной направлениям сверху, не учитывая практические потребности педагогов	53,90%

Из результатов данного исследования мы можем заключить, что профтехучреждения и Колледжи в отношении учёта потребностей специалистов и повышения их профкомпетентности не проявляют должной активности.

В нормативной акте учёта профессионального умения и нагрузки педагогов указано, что “в зависимости от категорий педагогов общая доля аудиторной занятий будут увеличены за счёт снижения числа внеаудиторной занятий”, противоречащие практической требованиям педагогов. Согласно нормативным актам общая аудиторная нагрука педагогов профтехучреждений чересчур высокая 75%-90%,что возможно служит основной причиной нехватки времени им и возможностей на занятие исследовательской работой. [Нормативные акты учёта профессионального умения и нагрузки педагогов Профтехучреждений.Указ Министра трудоустройства А/25 от 22 декабря 2012.]

Выводы:

Перед педагогами профтехучреждений при проведении личностно-ориентированного образования ставятся требования занятием исследовательской работой, на которое влияют многие факторы как, недостаточные знания ими методов исследования, высокая рабочая нагрузка, неточные указания приоритетных направлений исследования, придерживаемых государством.

При оценке исследовательской работы педагогов как одной из показателей их деятельности, со стороны государства необходимо разработка и реализация различных проектов, направленных на поддержку и стимуляцию их занятием исследовательской работой.

Педагогическому составу профтехучреждений и колледжей необходимо проявлять особую инициативу и активность в приобретений методов исследования, внедрения в производство результатов проведённых исследований.

Список литературы:

1. Сборник Национального Комитета по-статистике. УБ., 2015 г.
2. Программа профессионального развития педагогов Профтехучреждений в 2015-2020 годы. УБ. 2015г.
3. Нормативные акты учёта профессонального умения и нагрузки педагогов Профтехучреждений.Указ Министра трудоустройства А/25 от 22 декабря 2012

УДК 614.2-613.6.01

Магомедова С.А.

Дагестанский государственный университет, г. Махачкала, Россия

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Проанализированы результаты исследования уровня гигиенической культуры учащихся 7-11 классов Республики Дагестан, его влияние на их образ жизни и степень его соответствия понятиям ЗОЖ.

Ключевые слова: *здоровый образ жизни, здоровье, факторы риска, подростки.*

Magomedova S.A.

Dagestan State University, Mahachkala city, Russian Federation

TO THE QUESTION ABOUT THE IMPACT OF HEALTHY LIFESTYLE ON FORMATION OF HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Presents the results of research of level of sanitary culture of schoolchilds in 7-11 classes of the Republic of Dagestan, the impact on their lifestyle and the degree of its conformity with the concepts of a healthy lifestyle.

Key words: *healthy lifestyle, health, risk factors, adolescents.*

Ухудшение состояния здоровья детского населения, высокая распространенность факторов риска здоровью и образ жизни подрастающего поколения требуют обоснования и внедрения современной единой системы формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний среди детей и подростков [2, 4]

Создание такой системы является государственной задачей, постав- ленной практически перед всеми министерствами и ведомствами на всех уровнях: федеральном, региональном и местном [3].

Обоснование мероприятий по первичной профилактике заболеваний у школьников требует систематического изучения факторов среды их обитания [1]. Можно выделить целый ряд факторов, влияющих на качество здоровья учащихся, подростков в Республике Дагестан (РД), но особого внимания заслуживают вопросы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ). Очень важно сформировать у ребенка понятие личной ответственности за свое здоровье, представление о ЗОЖ.

На протяжении сентября 2015 - мая 2016 гг. на базе ряда школ 3-х городов и 6-ти сельских районов РД нами было проведено исследование уровня гигиенической культуры учащихся 7-11 классов, его влияние на их образ жизни и степень его соответствия понятиям ЗОЖ. Данная возрастная группа была выбрана на случайно – известно, что начиная с 7-х классов, приобщение школьников к негативным сторонам взрослого образа жизни – курению, употреблению алкоголя и т.п., происходит особенно интенсивно.

Была получена информация о закреплении вредных привычек, о причинах, побудивших учащихся к такому типу поведения, о степени влияния на самочувствие и утомляемость наиболее частых ФР. Были также выявлены источники получения информации о ЗОЖ.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что образ жизни, который впоследствии вносит определяющий вклад в формирование здоровья, у школьников всех обследованных нами административных единиц республики характеризуется рядом негативных показателей.

В частности, среди негативных тенденций в режиме учебы и отдыха школьников была отмечена недостаточность ночного сна: на нее указали 40% опрошенных. Исследователи сегодня высказывают серьёзную озабоченность по поводу длительности пребывания детей перед экранами телевизоров и за мониторами компьютеров. Опрос школьников выявил, что на приготовление домашнего задания тратят 3 часа и более – 54%, на пребывание у телевизора 3 часа и более – 57%, недостаточность пребывания на свежем воздухе отмечают – 47%, испытывают сильную усталость после уроков – 50,0%.

В подростковом возрасте возрастают физиологические потребности в пищевых веществах высокого качества. Эксперты ВОЗ утверждают, что те молодые люди, у которых с раннего детства выработались здоровые пищевые привычки, имеют больше шансов сохранить их и в зрелом возрасте; у них также гораздо меньше риск развития различных хронических заболеваний. К сожалению, более 65% наших респондентов отметили нарушения рациона и режима питания.

Особое место в оценке ЗОЖ занимает распространенность вредных привычек. Результаты нашего исследования продемонстрировали значительные различия в распространенности курения и употребления алкоголя у городских школьников и тех, кто проживал в сельских районах республики. Курению оказались подвержены 75% мальчиков и 18% девочек. Наркоманов среди наших респондентов выявлено не было, но ряд старшеклассников (80% мальчиков и 11% девочек) пробовали наркотик хотя бы один раз.

Выявлено, что число не занимающихся спортом школьников достигает 40%, особенно среди девочек (в 2,5 раза больше, чем мальчиков). Коммерциализация спортивных организаций, недостаточное количество соответствующих сооружений привели к снижению доступности занятий физической культурой и спортом для детей и подростков РД. Не решены проблемы с обеспечением доступа для них в спортивные залы образовательных учреждений в дневное и вечернее время.

Крайне актуальным остается вопрос формирования правильного репродуктивного поведения юношей и девушек. Источником информации по этих вопросам опрошенные назвали: друзей (45,3%), родители (30,1%), СМИ, популярная литература (17,5%), врачи и педагоги (лишь 7,1% случаев).

Качество своей жизни наши респонденты оценили в основном как низкое и среднее (соответственно 56 и 37 %), 4 % обозначили его как крайне низкое, и лишь 3 % – как высокое.

Таким образом, образ жизни дагестанских подростков можно охарактеризовать высокой распространенностью основных ФР развития хронической патологии. Отмечается рост числа детей группы высокого медико-социального риска.

Анализ статистических данных по диспансеризации детского населения по РД показал, что у 50% подростков имеются признаки социальной и психологической дезадаптации; возросло число детей и подростков с асоциальными и девиантными формами поведения; больше половины учащихся нуждаются не только в оздоровительных мероприятиях, но и в коррекции имеющихся нарушений здоровья.

Приходится констатировать, что сегодняшний день у молодых людей не удалось сформировать внутренние механизмы самоконтроля, навыки ответственного поведения и формирования жизненных ценностей и приоритетов, прежде всего, связанных с сохранением своего здоровья. Важную роль в этом играет и среда обитания ребенка. Большинство дагестанских семей сегодня, особенно многодетных, относятся к социально-незащищенным. Анализ социальных факторов демонстрирует наличие конфликтной обстановки в 20% семей. Среди подростков, проживающих в таких семьях, отмечается высокий риск развития различных видов патологии, отставания в физическом и психическом развитии, наличия вредных привычек, отсутствие духовного воспитания.

Если в силу комплекса причин взаимоотношения в семье не складываются, государство должно заниматься этими проблемами на уровне всех соответствующих ведомств и учреждений. На сегодняшний день единственной системой общественного воспитания, охватывающей в течение продолжительного времени весь детско-подростковый период жизни, являются образовательные учреждения, в стенах которых учащиеся проводят большую часть дня (более 70%). Период обучения в образовательном учреждении совпадает со временем роста и развития, когда организм ребенка наиболее чувствителен к воздействию условий среды. Современная школа поддерживает ФР формирования нездоровья не только возрастающей интенсификацией учебного процесса, но и стрессовыми ситуациями.

К сожалению, профилактические и организационные технологии по сохранению и укреплению здоровья детей внедряются в образовательных учреждениях РД крайне медленно. Здоровье учеников до сих пор не стало критерием эффективности получаемого образования, культура сохранения здоровья не является его неотъемлемым элементом. Учителя и школьные медработники не занимают ведущего места в осуществлении гигиенического обучения по проблемам ЗОЖ.

Необходимо тесное и эффективное взаимодействие между всеми членами «школьной команды» – врачом, медсестрой, учителями, психологом, социальным работником; повышение качества «Уроков здоровья» с формированием на них эмоционально-психологического отношения к образу жизни и ценностям здоровья, выработкой гигиенических знаний и навыков ЗОЖ, воспитанием ответственного отношения учащихся к укреплению и сохранению своего здоровья. Навыки ЗОЖ должны стать приоритетными в воспитании и формировании личности и здоровья каждого ребенка и подростка.

Список литературы:

1. Гузик Е.О., Гресь Н.А., Сидукова О.Л., Мащенко И.В., Мельникова Т.Ю. Гигиеническая оценка факторов среды, определяющих здоровье школьников// Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья, 2015 - №4. – С. 43.
2. Кучма В.Р. Межсекторальное взаимодействие при формировании здорового образа жизни детей и подростков: проблемы и пути решения // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья, 2014 – № 3 – С. 4-9
3. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761.
4. Степанова М.И., Сазанюк З.И., Поленова М.А. Седова А.С., Александрова И.Э., Лашнева И.П., Шумкова Т.В., Уланова С.А. Профилактика нарушений здоровья школьников в процессе обучения. Российский педиатрический журнал. 2011; 3: 46–9.

УДК 316.624-048.93-057.87

Макаревич Е. А., Ефременко И.И.
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, г.Витебск, Республика Беларусь

ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В статье рассматриваются взаимосвязь темперамента и основных стратегий поведения в конфликте, выявлены механизмы индивидуального проявления и личностные особенности поведения в конфликте у учащихся.

***Ключевые слова**: темперамент, личность, конфликт, поведение, особенности, профилактика конфликта.*

Makarevich E. A., Efremenko I.I.
Vitebsk State University named after P.M. Masherov Vitebsk, Belarus

RESEARCH IN THE PROBLEMS OF PERSONAL DETERMINANTS OF UNCOOPERATIVE BEHAVIOR

In the article coordination between temperament and major behavior strategies in a conflict are considered, devices of individual display and students' behavior personality in a conflict are educed.

***Key words:** temperament, personality, conflict, conduct, peculiarities, conflict prevention.*

Увеличение внимания к проблемам конфликтов обусловлено потребностями современного общества. Конфликты неизбежны в любой социальной структуре, так как они являются необходимым условием общественного развития[1]. К сожалению, некоторые личности стремятся добиться поставленной цели любыми способами, игнорируя потребности других, что порождает соперничество и напряженность между людьми. Поэтому интерес к проблемам, возможностям и особенностям человеческой личности не ослабевает. Практически все общественные науки обращаются к этому предмету исследования[2]. Проблема личности стоит в центре и философского, и социологического, и психологического знания.

В связи с этим возникает вопрос: каковы причины конфликтов, что влияет на них и какие особенности поведения человека в той или иной конфликтной ситуации?

В психологии особым образом выделяется задача, заключающаяся в исследовании различных свойств личности, которые формируются и проявляются в деятельности человека и оказывают влияние на эффективность этой деятельности. Одним из этих свойств является темперамент – центральное образование психодинамической организации человека, преимущественно врожденного характера. Поэтому свойства темперамента наиболее устойчивы и постоянны по сравнению с другими психическими особенностями человека[3].

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе УО «Витебский государственный медицинский колледж», в котором приняли участие 60 человек, в возрасте от 17 до 23 лет, из которых 54 девушки и 6 молодых людей. В нашем исследовании мы использовали ряд психодиагностических методик: методика Г. Айзенка – опросник EP1, темпераментальный опросник PTS (И.П. Павлов), методика «Диагностика предрасположенности личности к конфликтному поведению К. Томаса».

Результаты и их обсуждение. В результате исследования, на основании полученных данных, был произведен количественно–качественный анализ результатов.

В ходе проведения методики Г. Айзенка (опросник EP1) по определению типа личности были получены следующие результаты: 19 человек исследуемых (31,6%) по типу темперамента являются сангвиниками, 14 человек (23,3%) являются холериками и еще 14 человек (23,3%) – флегматики. Представителями смешения всех четырех типов стали 6,6 % (4 человека). Меланхолики составили 5% (3 человека) от всех респондентов. Сангвиник + Флегматик и Холерик + Меланхолик составили по 5% (по 3 человека). Можно сделать вывод, что из 60 опрашиваемых респондентов 55% (33 человека) – экстраверты, 17 человек (28,3%) – интроверты. Смешанный показатель экстраверсии-интроверсии показали 10 человек (16,6%) (рисунок 1).

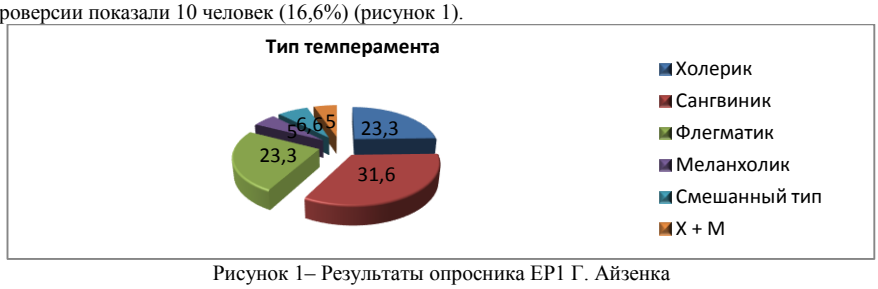


Рисунок 1– Результаты опросника EP1 Г. Айзенка

По показателям нейротизма получились следующие результаты: высокий уровень нейротизма составил 51,6 % (31 человек), низкий уровень нейротизма – 31,6 % (19 человек), среднее значение – 16,6 % (10 человек) (таблица 1).

По показателям свойств нервной системы: слабые показатели: процессы возбуждения – 3 человека, процессы торможения – 2 человека, подвижность нервной системы – 14 человек. Среднее значение: процессы возбуждения – 19 человек, процессы торможения –

52 человека, подвижность нервной системы – 24 человека. Сильные показатели: процессы возбуждения – 37 человек, процессы торможения – 6 человек, подвижность нервной системы – 22 человека.

Таблица 1 – Показатели экстраверсии-интроверсии и нейротизма

Показатели	Количество человек	%
Экстраверсия	33	55
Интроверсия	17	28,3
Высокий уровень нейротизма	31	51,6
Среднее значение нейротизма	10	16,6
Низкий уровень нейротизма	19	31,6

В конфликтной ситуации 21 респондент предрасположен к компромиссу, как форме поведения в конфликте, 18 человек к приспособлению. Тенденция к сотрудничеству отмечается у 11 респондентов, к избеганию- 7 человек, к соперничеству – 3 опрошенных.

Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть испытуемых по типу темперамента являются сангвиниками-экстравертами – энергичными, активными, общительными и быстро адаптирующиеся к новым условиям.

В ходе проведения темпераментального опросника PTS И.П. Павлова были получены следующие результаты: большая часть респондентов имеет тенденцию к сильным процессам возбуждения, средним значениям процессов торможения и средним значениям подвижности нервной системы. Это в свою очередь говорит о достаточно уравновешенной нервной системе испытуемых.

Исследование поведения личности в конфликтной ситуации осуществлялось при помощи опросника Кеннета Томаса «Диагностика способов реакции на конфликт». Результаты определение способов реакции на конфликт представлены в рисунке 2.



Рисунок 2.- Выраженность тенденций поведения в конфликте

35% респондентов имеют форму поведения в конфликтной ситуации – компромисс. Чуть меньше испытуемых – 30%, имеют предрасположенность к приспособлению. Тенденция к сотрудничеству отмечается у 18, 3% респондентов. К избеганию конфликта расположены 11,6%, к соперничеству – 5% опрошенных.

Таким образом, анализируя результаты нашего исследования, можно сказать, что большая часть респондентов готова к компромиссу и поиску выхода из конфликтной ситуации. Лишь у 5% испытуемых выявилась тенденция к соперничеству, и они готовы бороться за свои интересы, невзирая на чувства других.

В результате проделанной нами работы были разработаны практические рекомендации по профилактике конфликтных ситуаций. Данная программа позволит закрепить положительную динамику, улучшить взаимоотношения и взаимопонимание. Эта программа даст возможность раскрыться каждому учащемуся и наполнить коллектив дружеской атмосферой.

Список литературы:

1. Гришина, Н.В. Психология конфликта. – СПб.: Питер, 2008. – 589 с.
2. Теплов, Б.М. Психология индивидуальных различий. – М., 2004. – 387 с.
3. Федотов, А.Ю. Психические свойства личности: темперамент, характер, способности. – М., 2008. – 456 с.

УДК 316:159

Максимова И.М.
Республиканский психоневрологический диспансер, г. Улан-Удэ, Россия

ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ КЛИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В статье рассматриваются вопросы организации социальной помощи клиентам психиатрического профиля в ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер».

Ключевые слова: *социальная помощь, социальная работа, клиенты психиатрического профиля.*

I.M. Maksimova
Republic psychoneurological dispensary, Ulan-Ude, Russia

RENDERING TO SOCIAL AID TO THE CLIENTS OF PSYCHIATRIC PROFILE

In the article are examined questions of the organization of social aid to the clients of psychiatric profile in GBUZ «Republic psychoneurological dispensary».

Keywords: *social aid, social work, the clients of psychiatric profile.*

В настоящее время вопросы психического здоровья приобрели исключительное значение. Нервно-психические заболевания являются одной из самых серьезных социальных, медицинских и экономических проблем.

В связи с этим возникает необходимость социальной реабилитации инвалидов по психическим заболеваниям, восстановления их трудоспособности, возвращения их в жизнь общества.

В настоящее время психиатрическая служба Республики Бурятия представлена сетью амбулаторных и стационарных учреждений и подразделений. Всего в республике развернуто 790 коек. Основная часть коечного фонда находится в стационаре ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» - 510. Кроме того, для оказания амбулаторной помощи в составе психоневрологического диспансера входят диспансерное отделение для взрослых и детское диспансерное отделение. Также в составе психоневрологического диспансера находятся психолого-психотерапевтический кабинет, амбулаторное отделение судебно-психиатрической экспертизы, филиал в с. Новая Брянь, Заиграевского района, РБ, на 250 коек, психо-противоуберкулезное отделение а п. Ильинка, Прибайкальского района, РБ, на 30 коек.

Кабинет социальной помощи в стационаре Республиканского психоневрологического диспансера начал свою деятельность в 1998г. Работу, связанную с решением социальных проблем пациентов, выполняла медицинская сестра социальной помощи. С августа 2000г. в штатное расписание психоневрологического диспансера были введены должности специалистов по социальной работе. На сегодняшний день специалисты имеются в каждом подразделении. Все специалисты имеют высшее профессиональное образование по специальности «Социальная работа».

При организации психиатрической помощи, особую значимость приобретает обеспечение разносторонней социальной помощи и поддержки пациентов, страдающих психическими заболеваниями, защита их социальных прав, восстановление способности жить и функционировать в обществе. Речь идет о психосоциальной реабилитации. В процессе исследования различной документации: планов, отчетов, должностных инструкций специалистов по социальной работе и т. п., бесед с самими специалистами, заведующими

отделениями, была получена достоверная информация о деятельности специалистов по социальной работе в данном медицинском учреждении.

Работа по психосоциальной реабилитации проводится согласно должностным обязанностям. По каждому пациенту разрабатывается план мероприятий. Исходя из перечня должностных обязанностей, определяются основные направления деятельности специалистов по социальной работе:

1. Ведение социального обследования и консультативных форм работы. На этом этапе работы специалист проводит социальное обследование, путем индивидуальной беседы с клиентом, изучением медицинских и личных документов. Полученные данные заносит в социальный паспорт. Там же намечает план по проведению реабилитационных мероприятий. При необходимости, даются консультации по находящимся в компетенции специалиста вопросам.

2. Организация взаимодействия с другими учреждениями и ведомствами районов города и республики. Межведомственная преемственность дает возможность комплексно решать вопросы по проблемам пациентов. Этот этап работы включает в себя следующий.

3. Инструментальная помощь и поддержка клиентов и их родственников. Имеется в виду предоставление пациентам возможностей (инструментов), дающих им право на получение определенных государственных гарантий (инвалидизации, оформления пенсии, пособий, оформления в дом-интернат, восстановление личных документов, которые, в силу своего психического состояния, пациенты часто теряют, портят либо вовремя не обменивают, и т.п.). Этот раздел социальной помощи является наиболее важным в структуре социальной работы в медицинских учреждениях, и занимает большую часть рабочего времени. За время существования социальной службы в психоневрологическом диспансере, отработаны алгоритмы обеспечения инструментальной помощи.

4. Организация и ведение групповых форм работы с пациентами. Эта должностная обязанность многими исследователями в области социальной работы (М.А. Ландышев, О.Н. Степанова, А.А. Уткин, Я.А. Сторожакова) признается одной из самых значимых [3, 5]. Благодаря тренингам, занятиям, проводимыми с группой клиентов, достигаются такие реабилитационные задачи, как восстановление и развитие социальных навыков, сплочение коллектива пациентов, достижение комплайенса между пациентом и персоналом больницы. Специалистами формируются преимущественно обучающие группы, в которых восстанавливаются или тренируются утраченные навыки самообслуживания и некоторые житейские навыки. Также специалист по социальной работе принимает участие в организации и проведении «Школы психообразования». При участии врача психиатра и психолога на занятиях с пациентами обсуждаются следующие темы: «Причины, течение, прогноз психических расстройств», «Расстройство настроения: депрессия, мания», «Галлюцинации, нарушения мышления, бред», «Фармокотерапия», «Неправильное поведение, обусловленное болезнью. Способы распознания симптомов и контроль над ними», «Стигма».

5. Организация и проведение досуговых мероприятий с пациентами. Это проведение календарных праздников, спортивных мероприятий. Сценарии и проекты к этим мероприятиям создаются специалистами. Совместно с пациентами и персоналом отделений готовятся костюмы, декорации. Ежемесячно поздравления получают именинники. По инициативе специалистов по социальной работе была организована библиотека. Силами родственников и самих пациентов, периодически пополняется библиотечный фонд. Организовываются выходы в музеи города, кинотеатры. Для длительно болеющих пациентов применяется, так называемая, терапия творческим самовыражением**.** Это такие формы работы, как проведение литературных вечеров, где читаются произведение любимых писателей на определенную тематику, либо произведения самих пациентов, организация различных выставок поделок и рисунков, вечера танцев, караоке.

6. Организация и проведение профилактических мероприятий, с целью укрепления здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни, среди пациентов и их родственников. Для реализации этих целей организованы « Школы здоровья», где специалистами проводятся занятия по профилактике стресса, табакокурения , алкоголизма, наркомании. Лекционный материал оформлен в виде презентаций, видиофильмов. Используется наглядный и раздаточный материал, который также размещается на стендах - «Уголках здоровья». Некоторые мероприятия проводятся в рамках перечня Всемирных и Международных дней по данным Всемирной Организации Здравоохранения.

7. Оказание социальной помощи и поддержки в сообществе. В основном это работа на дому. При необходимости проводится социальное обследование и обследование материально-бытовых условий пациента на дому с целью эффективного общения и с целью установления партнерских отношений с пациентом и его ближайшим окружением.

8. Работа с родственниками пациента. Люди, столкнувшиеся с проблемой больного человека в семье, переживают довольно сильный стресс и нуждаются в эмоциональной поддержке, а так же в получении сведений об уходе и проживании рядом с больным человеком. Работа с родственниками проводится в форме бесед, консультаций, в том числе с помощью телефона, электронных средств связи, деловой переписки, посещений на дому.

Таким образом, психосоциальные воздействия положительно влияют на личностный рост больного, его социальную компетенцию, способствуют самоутверждению, формированию новых коммуникативных возможностей, социальных контактов, умению противостоять стрессовым факторам. Личностные изменения, перестройка системы установок больного, приобретение новых социально значимых ценностных ориентации являются наиболее важными элементами реабилитационного процесса.

Список литературы:

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
2. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии / Т.В. Зозуля. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.

УДК: 796.5: 577.4: 378.14: 796.09

Макушева С.В.

Кыргызская государственная академия физической культуры и спорта, г. Бишкек, Кыргызстан

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Регулярные физические упражнения и физическая активность имеют важное значение для здоровья пожилых людей.

Ключевые слова: *пожилые люди, здоровье, физическая активность.*

Makusheva S.V.

Kyrgyz state academy of physical culture and sport, Bishkek, Kyrgyzstan

PHYSICAL ACTIVITY OF OLDER PEOPLE

This article describes the importance of the regular physical exercises and physical activity for older people.

Keywords: *older people, health, physical activity.*

Жизнь человека подразделяется на периоды: период развития (роста), репродуктивный период и период старения. В соответствии с возрастной градацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к среднему возрасту относятся люди 44-60 лет, к пожилому – 60-75 лет, возрастная группа 75- 90 лет определена как старческий возраст, с 90 лет – долгожители.

В настоящее время в мире насчитывают более 380 млн. человек, возраст которых превышает 65 лет. В ближайшие 10 лет ожидают увеличение количества граждан старших возрастов примерно в 2 раза, т. е. уже 40% населения будет находиться в категории пожилого и старческого возраста. По прогнозам ВОЗ число жителей Земли старше 60 лет к 2050 году вырастет более чем вдвое и превысит 2 млрд. человек [4].

Наибольшая продолжительность жизни наблюдается в экономически развитых странах, в частности, в Японии и Гонконге – 83,6 и 83,4 лет соответственно (табл.1). Россия в этом списке занимает 129 место, Кыргызстан -132 [2].

Место	Страна	Продолжительность жизни (лет)	Место	Страна	Продолжительность жизни (лет)
1	Япония	83,6	6	Сингапур	82,3
2	Гонконг	83.4	7	Исландия	82.1
3	Швейцария	82.6	8	Испания	82.1
4	Австралия	82.5	**129**	**Россия**	**68**
5	Италия	82.4	**132**	**Кыргызстан**	**67.5**

Таблица 1 – Продолжительность жизни (лет) в мире

Главной причиной смерти в мире остаются сердечно-сосудистые заболевания (рис.1.). Именно на неинфекционные заболевания (НИЗ) приходится основное бремя болезней в пожилом возрасте. Четыре основных НИЗ — это сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические заболевания легких. Только от сердечно-сосудистых заболеваний в 2012 году умерло на 2,6 миллиона больше людей, чем в 2000 году.

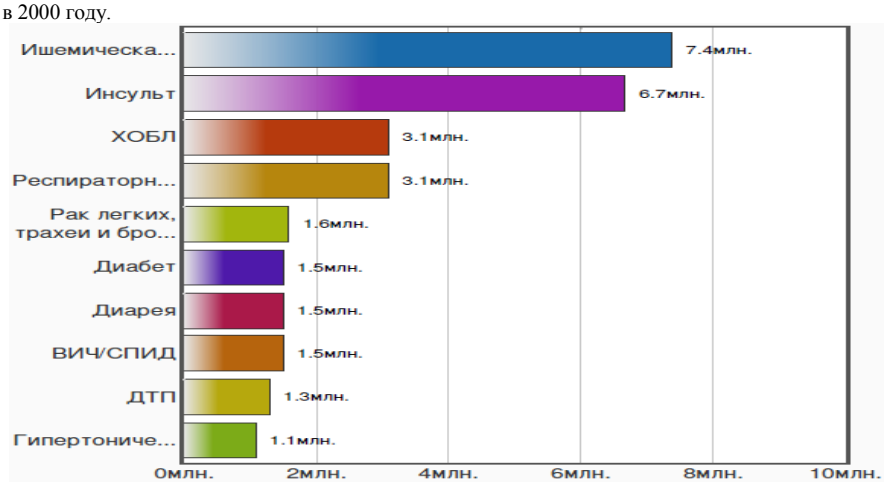


Рис. 1. Ведущие причины смерти в мире (в млн., 2012 г.)

На биологическом уровне старение характеризуется постепенным хроническим накоплением молекулярных и клеточных повреждений, которые приводят к прогрессирующим и генерализованным нарушениям многих функций организма, а также повышают уязвимость к экологическим воздействиям и ведут к повышенному риску заболеваний и смерти.

Помимо заболеваний сердечнососудистой системы, старение также связано с существенными изменениями в костях и суставах. По мере старения костная масса, или плотность, имеет тенденцию к снижению (остеопороз). Эти процессы приводят к существенному росту риска переломов. Переломы шейки бедра относятся к наиболее тяжелым формам остеопорозных переломов, а по мере роста темпов старения населения такие переломы получают все большее распространение, и, по оценкам, число таких переломов в мире может в 2050 г. составить 4,5 млн. в год. Возрастные изменения суставного хряща и другие возрастные деградации влияют на другие функции костно-мышечной системы и на двигательные функции, в частности на уменьшение скорости ходьбы.

Старение часто ассоциируется с ухудшением сенсорных и когнитивных функций, хотя на индивидуальном уровне такие ухудшения могут существенно различаться. Для пожилых людей характерны определенные ухудшения памяти и скорости обработки информации.

Иммунная функция с возрастом снижается (старение иммунной системы). Такие изменения означают, что на склоне лет снижается способность реагировать на новые инфекции (и вакцины).

Среди других основных проблем здоровья, которые возникают только в поздних периодах жизни и не подпадают под категории определенных болезней, следует выделить падения. В целом, падения приводят к значительным травмам в 4–15% случаев. Смертельные исходы по причине травматизма, связанного с падениями у пожилых людей составляют 23–40%. 95% переломов шейки бедра являются результатом падения.

Вместе с тем, установлено, что основные модели здорового образа жизни, такие как физическая активность и обеспечение достаточного питания, не только снижают риск НИЗ, но и оказывают мощное влияние на индивидуальную жизнеспособность лиц пожилого возраста.

Данные, приведенные в таблице 2, свидетельствуют о том, что в ряде стран возрастной порог выхода на пенсию превышает 60 лет. Пожилые люди трудоспособны и остаются включенными в общественную жизнь, что позволяет им уменьшить ряд психологических проблем, свойственных людям пожилого возраста, в частности чувства ненужности и одиночества Активное «трудовое» долголетие определяется не только хорошими экономическими условиями, но и сознательным отношением людей к своему здоровью.

Все известные виды оздоровительной физической культуры разрабатывались как средство профилактики неинфекционных заболеваний, преждевременной старости и содействия творческому долголетию.

Среди направлений физической культуры и спорта для лиц средних и старших возрастных групп (спортивное, кондиционное, оздоровительное, реабилитационное, рекреационное, гигиеническое) наибольшей популярностью пользуется оздоровительное.

Оздоровительная тренировка улучшает физические и психические способности, снижает чувство тревожности и депрессию, является мощным средством профилактики неинфекционных заболеваний, таких как ИБС, диабет, инсульт. Умеренная физическая активность может снижать риск инсульта на 11–15%, активная физическая нагрузка - на 19–22%. По результатам научных исследований было установлено, что у людей, занимающихся умеренной физической активностью в течение 150 минут в неделю, уровень смертности снижается на 31% по сравнению с менее активными людьми. Больше всего такие занятия полезны людям в возрасте старше 60 лет.

Страна	Средний размер пенсии ($/месяц)	Возраст выхода на пенсию (лет)		Страна	Средний размер пенсии ($/месяц)	Возраст выхода на пенсию (лет)	
		Муж.	Жен.			Муж.	Жен.
Дания	2800	67	67	Великобритания	700	68	60
Норвегия	1542	67	67	Франция	700	67	65
Германия	1200	67	67	Канада	667	65	65
Испания	1190	65	65	Италия	583	67	65
США	1164	65	65	Венгрия	400	62	62
Швейцария	874	65	64	Польша	380	65	60
Швеция	833	65	65	***Россия***	***285***	***60***	***55***
Япония	717	70	70	***Кыргызстан***	***75,5***	***62***	***58***

Таблица 2 – Возраст выхода на пенсию (лет)

По мнению В.Н. Селуянова ключом к профилактике «болезней пожилого возраста» является управление деятельностью эндокринной системы с помощью физических упражнений. В отличие от искусственного введения гормонов в организм, когда невозможно создать необходимый баланс и последовательность появления гормонов в крови, образование гормонов в ходе физических упражнений и восстановления создает необходимую для человека «игру» гормонов в крови в соответствии (в согласии) с его природой [2]. Поэтому, все виды оздоровительных программ (аэробика, шейпинг, йога, ходьба, бег, тай-чи, аквааэробика в бассейне, скандинавская ходьба, занятия на тренажерах и т.д.) следует рассматривать с точки зрения их способности вызвать «игру» гормонов в крови.

Для пожилых людей особенно важную роль играют – аэробные нагрузки, силовые упражнения и упражнения на укрепление нервно-двигательных функций (координации движений) [1]. Нагрузкам аэробной направленности должны предшествовать силовые упражнения и упражнения на равновесие. Тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки оказывают благоприятное воздействие не только на мышечную силу и физические способности и снижают риск падения, но также способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, улучшению обмена веществ и снижению коронарного риска у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями или без таких заболеваний.

Список литературы:

1. Официальный сайт ВОЗ. Всемирный доклад о старении и здоровье. http://www.who.int/
2. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни. Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс]. http://gtmarket.ru
3. Селуянов В.Н. Технология оздоровительной физической культуры. М.: СпортАкадемПресс, 2001. – С. 34. www. grushnitskiy.ru
4. Тасс: Общество – ВОЗ: число пожилых людей в мире. www. tass.ru

УДК 316.354.4:616-84(571.54)

Маланова В. В.
Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Улан-Удэ, Россия

ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С МОЛОДЕЖЬЮ

В статье рассматривается добровольческое движение по профилактике ВИЧ-инфекции как форма социально-психологической работы с молодежью.

Ключевые слова: *добровольческое движение, социально-психологическая работа с молодежью, профилактика ВИЧ-инфекции.*

Malanova V.V.
National Center for Prevention and Fight Against AIDS, Ulan-Ude, Russia

VOLUNTEERISM FOR THE PREVENTION OF HIV INFECTION AS A FORM OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL WORK WITH YOUNG PEOPLE

The article discusses the volunteer movement to prevent HIV infection as an effective form of social and psychological work with young people.

Tags: *volunteerism, social and psychological work with young people, prevention of HIV infection.*

Социально-психологическая работа с молодежью является одной из форм, направленной на изменение общества, на создание благоприятных условий жизни людей, целью которой является позитивное развитие человека. Что совпадает с миссией добровольческого движения Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИД – формирование здоровой и гармонично развитой молодежи Республики Бурятия. Добровольческое движение по профилактике ВИЧ-инфекции включает:

Обучение по программе «Равный обучает равного». Впервые программа «Равный обучает равного» была апробирована в Бурятии еще в 1993 году, в 1999 году с учетом эпидситуации дополнена и возобновлена заведующей отделом профилактики Светланой Соеловной Баглаевой (сейчас заместитель главного врача). К обучению привлекаются подростки и молодые люди от 15 лет и старше. Занятия проходят по 12-часовой программе в виде семинаров-тренингов. Они дают не только теоретические знания, но и возможность подростку легче адаптироваться в нестандартных ситуациях, принимать ответственные решения, навыки общения. Молодые люди, моделируя ситуации высокого риска в условиях тренинга, переживают определенные чувства и эмоции, анализируют причины и последствия возможного безответственного или ответственного поведения. Пройдя курс обучения и тестирование, доброволец получает удостоверение волонтера, позволяющее проводить просветительскую деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции среди своих сверстников, повысить свой социальный статус, занять свой досуг социально-одобряемой деятельностью, самим быть защищенными от последствий рискованного поведения. Опыт показывает, что в работу включаются социально-активные молодые люди, лидирующие в среде сверстников, что повышает их авторитет и вызывает доверие к получаемой информации.

Добровольческое движение Бурятии – самое масштабное в Сибирском федеральном округе. С 31 марта 1999 г. по 1 ноября 2016 г. удостоверение добровольца по программе «Равный обучает равного» получили 3850 человек, обучено более 220 групп.

Следует отметить, при проведении мониторинга добровольческих групп, отмечается тенденция к преемственности волонтерской деятельности, например: СОШ №25 (7 поколений), №8 (5 поколений), №47 (5 поколений), №56 (6 поколений), Новобрянская СОШ Заиграевский район, Селенгинская СОШ Тарбагатайский район, пос. Каменск Кабанский район, пос. Таловка Прибайкальский район, с. Могойто Курумканский район, что подтверждает эффективность программы и заинтересованность в ней образовательных учреждений и муниципальных образований.

Добровольцы под руководством специалистов СПИД-центра, руководителей групп проводят акции, лекции, профилактические игры по станциям и другие мероприятия.

Один из успешных проектов - проект «Танцуй ради жизни» («dance4life») - международное молодежное движение, в основе которого танец-символ борьбы со СПИДом. Танец, музыка и творчество объединяют молодежь, помогают почувствовать себя частью большого международного движения. В настоящий момент проект объединяет молодежь из 25 стран мира, а в России проект представлен в 21 регионе. В Бурятии проект «Танцуй ради жизни» стартовал в 2006 г.. Это танцевальная полуторачасовая акция, в ходе которой участники получают информацию по профилактике социально-значимых заболеваний, в том числе о ВИЧ-инфекции, проводим виктории, волонтеры учат участников танцу-символу борьбы со СПИДом. Этот легко усвояемый танец вдохновляет и поднимает эмоциональный настрой участников-сверстников. С 2007 г. по 1 ноября 2016 г. проведено 288 запусков с охватом 97798 чел. в школах, колледжах, университетах.

Республиканский СПИД-центр стал одним из первых 5 регионов, где начала реализовываться программа «15», которая состоит из 15-ти тематических встреч, проходящих одновременно в 4 группах - юношей, девушек, женщин, мужчин. Взрослые представлены родителями и педагогами. Программа «15» - это эффективная технология работы, направленная на пропаганду ЗОЖ, привитие навыков ответственного поведения, отсрочку сексуального дебюта и добрачное воздержание с включением тем по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании. С 2010 по 2015 годы проект осуществлен в ПЛ № 12, школе № 8, ПК «Форус», в школе № 9, в школе № 44. Программа «15» способствует инициированию социальной активности участников и осознанию роли каждого в социальных переменах общества, что наглядно можно увидеть на примере реализации предложений, выработанных в ходе занятий - "народных инициатив" по улучшению качества жизни своего сообщества. Лучшие подростки, прошедшие обучение стали одними из самых активных среди волонтеров.

Театральная методика в профилактике ВИЧ-инфекции применяется с 2002 г., когда на сцене ГБАТД им. Хоца Намсараева была представлена постановка «Танцующий призрак» по одноименной пьесе известного драматурга Геннадия Башкуева, актеры выступали на безвозмездной основе. Проект был реализован совместно с МЗ РБ, Республиканской Комиссией ПДН и ЗП при Правительстве РБ, Министерством культуры РБ, МОиН РБ, Госкомитетом по делам МТФК и С РБ и общественным фондом «Новый день».

Бурятия стала первым регионом в России, где добровольцы прошли обучение по технологии «Театр против СПИДа». С 2007 г. по 2012 г. создано несколько постановок, которые показаны в т.ч. в районах республики. В 2008 г. делегация добровольцев Бурятии была приглашена в Москву на II Конференцию по ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии для представления мастер-класса по постановке «Очередь». В 2013 г. стартовал новый проект «Театр против СПИДа и наркотиков» по одноактной пьесе «Дедлайн» известного драматурга Бурятии Г. Т. Башкуева. Главные роли исполняют добровольцы, прошедшие подготовку по теме «Использование театральных методик в профилактике социально-значимых заболеваний». Финал пьесы «Дедлайн» - открытый и включает проведение фасилитации – управляемой дискуссии, т.е. зрители могут побеседовать с персонажами, задать вопросы, которые возникли в ходе просмотра спектакля, предложить свой вариант завершения пьесы. Все 6 показов (925 чел.) прошли с аншлагом, аудитория активно реагировала на происходящее на сцене. В 2015 г. проект возобновили, обучена новая группа, проведено 9 показов (1360 чел.).

Добровольцы под руководством специалистов отдела профилактики принимают участие во всевозможных акциях, брейн-рингах, КВН-ах, ток-шоу, концертах и так далее. Ежемесячно проводится единый волонтерский день, где добровольцы и их руководители собираются, планируют и обсуждают мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции.

Ежегодно Республиканским СПИД-центром проводится Слет волонтеров, работающих по профилактике ВИЧ-инфекции. С 2005 г. Слеты проводятся на берегу озера Байкал. 120 самых лучших волонтеров проходят дополнительную подготовку на специальных тренингах. Слёты позволяют добровольцам познакомиться с единомышленниками и разными формами работы. Именно на Слете добровольцы заряжаются новой энергией, перенимают опыт добровольцев из других волонтерских групп г. Улан-Удэ и районов Бурятии. С этой целью группы представляют отчеты о своей профилактической работе в виде выступления на сцене и стендового сообщения. По итогам года лучшие волонтеры награждаются путевками на стажировку в лагеря добровольцев. Всего проведено 17 Слетов.

Волонтерское движение по профилактике ВИЧ-инфекции имеет много наград: 3-е место в конкурсе образовательных программ Минздрава РФ (2004), Национальная общественная награда ГосДумы РФ в области добровольчества (2007), по оценке независимого фонда «РОМИР-мониторинг» население Бурятии признано самым информированным в вопросах ВИЧ/СПИДа (2009), сертификат участника Всероссийского проекта «Равный обучает равного» в рамках конкурса проектов по здоровому образу жизни (2010), дипломант Республиканского конкурса «350 добрых дел» (2011), победитель конкурсов «Профилактика асоциального поведения» КМП МОиН РБ (2011, 2012, 2013), Победитель Республиканского этапа III Всероссийского конкурса социальной рекламы «Новый взгляд» в номинации «ЗОЖ» (2012).

Необходимо отметить, что в результате проводимых в республике профилактических и организационных мероприятий значительно снизились темпы прироста новых случаев ВИЧ-инфекции, и это при ежегодном увеличении количества обследуемых лиц на ВИЧ-инфекцию. Так, в 2000 г. Бурятия находилась на втором месте в СФО после лидера по заболеваемости. По итогам 2015 г. Бурятия занимает девятое ранговое место по СФО. Ежегодно отмечается снижение новых случаев ВИЧ-инфекции среди молодежи: в 2000 г. доля выявленных в возрасте 15-24 года составляла – 54%, а за 2015 г. – 8,6% [бюллетени, ГБУЗ «РЦПБС»]. Это доказывает, что добровольческое движение по профилактике ВИЧ-инфекции является, одной из самых эффективных социально-психологических форм работы с молодежью, поскольку содействует личностному росту, выработке у молодежи способности самостоятельно решать свои проблемы, быть ответственными за состояние своего здоровья, собственной инициации действий, направленных на качественные изменения сообщества. Добровольческое движение является эффективным рычагом влияния на эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Республике.

УДК 316.345.3. (045/046)

Малтабаров Б.А., Омурбекова С.О.

Бишкекский гуманитарный универвситет им. К.Карасаева, г. Бишкек, Кыргызстан

СОСТОЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В статье рассматриваются такие понятия, как социальная защита, система социальной защиты и социальное обеспечение военнослужащих в современное время.

Социальная защита трудоспособных гражданских лиц состоит в том, что они работают в основном только в личных интересах, тогда как военнослужащий Кыргызстана, как и военнослужащие других странах как ближнего и так и дальнего зарубежья, выполняют требования государства (общества), поэтому они как социальная группа нуждаются в социальной защите и обеспечении со стороны своего же государства (общества).

Ключевые слова: *социальная защита, система социальной защиты, социальное обеспечение военнослужащих.*

Maltabar B.A., Omurbekova S.O.

Bishkek Humanities University. K.Karasaeva, Bishkek, Kyrgyzstan

THE STATE OF SOCIAL PROTECTION OF SERVICEMEN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

The article discusses concepts such as social protection, social protection system and social security of servicemen in modern times.

Social protection for the able-bodied civilians is that they work mainly for personal benefit, then as a soldier of Kyrgyzstan, as soldiers in other countries as a near and also from far abroad, fulfill the requirements of the state (society), so they as a social group in need of social protection and security by our own government (society).

Key words: *social protection, social protection system, social security of servicemen.*

"Государство, которое не кормит свою армию, вскоре будет кормить чужую"

(Наполеон Бонопарт)

Переход кыргызского общества к рыночным отношениям, обострivший социальные проблемы широких слоев населения, потребовал особого внимания государства к социальной защите населения (СЗН), которая является необходимой и своеобразной платой общества, бизнеса, работодателей за социальный мир, стабильность социальной системы и возможность вести нормальную хозяйственную деятельность. Система социальной защиты по отношению к различным социальным слоям и группам дифференцирована: здоровым, трудоспособным, активным членам общества, она помогает получить равные возможности в области образования, освоения профессии, включения в систему трудовых отношений и предпринимательства, а нетрудоспособным и социально уязвимым слоям и группам населения (инвалидам, пенсионерам, многодетным и неполным семьям, детям и др.) - оказывает комплекс социальных услуг (в зависимости от состояния) за счет государства, гарантирует получение установленных законом льгот и пособий [6]. Социальная защита – это система методов и принципов, законодательно установленных государством социальные гарантии, мероприятия и учреждения, которые обеспечиваютх предоставление оптимальных условий жизни, удовлетворяют потребности, поддерживают жизнеобеспечение и деятельного существования личности, различных социальных групп [4].

Под системой социальной защиты в настоящее время понимается совокупность законодательно установленных экономических, социальных, юридических гарантий и прав, социальных институтов и учреждений, обеспечивающих их реализацию и создающих условия для поддержания жизнеобеспечения и деятельного существования различных социальных слоев и групп населения, прежде всего, социально уязвимых [4].

Система социальной защиты в качестве структурных элементов, включает в себя: социальное обеспечение, социальную помощь, социальные гарантии и права, социальную работу и социальное обслуживание. Центральным элементом системы социальной защиты является социальное обеспечение, как система, созданная и регламентируемая государством и несущая на себе основную нагрузку в системе социальной защиты [5].

Социальное обеспечение выступает системой мер, связанных с удовлетворением специфических потребностей пожилых людей, престарелых и инвалидов, направленных на восстановление и сохранение их социальных связей и отношений, активное содействие в осуществлении защиты и охраны прав этих категорий населения [2]. Это участие общества в содержании тех своих членов,

которые из-за зависящих от них причин не имеют достаточных средств к существованию. Понятие социальное обеспечение включается в понятие «социальная защита», то есть, оно значительно уже последнего. Очевидно, что социальное обеспечение является одной из форм осуществления социальной защиты [8].

Применительно к военнослужащим социальная защита определяется: во-первых, уровнем обеспеченности военнослужащих материальными и духовными благами, всеми видами довольствия, компенсирующими трудности военной службы; во-вторых, наличием гарантированного свободного времени, возможностью заниматься самообразованием, воспитанием детей, повышать свой культурный уровень; в-третьих, социальная защищенность связана с защитой военнослужащего от произвола, несправедливости, грубости, неуставных действий, защищенной его личного достоинства и охраной здоровья.

Принципиальное различие между социальной защитой военнослужащих и социальной защитой других трудоспособных граждан состоит в том, что занятый в различных гражданских структурах гражданин работает «на себя», в то время как военнослужащий, исполняя государственные функции, отчуждает себя в профессии, реализуя, прежде всего, волю государства, а не свою собственную [3]. Государство и его институты осуществляют руководящее воздействие на процессы в сфере военно-социальной политики путем правового регулирования, т.е. нормативно-организационного воздействия на общественные отношения в целях их упорядочения, охраны, развития в соответствии с общественными потребностями. Неотъемлемым элементом механизма правового регулирования отношений в военно-социальной сфере является применение права, составляющее содержание властной деятельности государственных органов и уполномоченных должностных лиц, в результате которой принимаются индивидуальные предписания по назначению пенсий, выплате компенсаций, пособий, реализации льгот и т.д. В сфере социальной защиты военнослужащих этот механизм включает в себя соответствующие правовые нормы и совокупность юридических средств их осуществления; активную деятельность соответствующих субъектов, наделенных определенными полномочиями по социальной защите военнослужащих; реальную возможность военнослужащих самостоятельно защищать свои права в случае их нарушения, а также конкретные социальные условия, в которых разворачивается правореализующий процесс. Социальная работа с военнослужащими призвана способствовать выполнению норм законодательства о социальной защите военнослужащих и, таким образом, является составной частью механизма право реализации. Переход к рынку, реформирование государственных структур, в том числе и Вооруженных Сил, обусловили необходимость усиления социально-экономической защищенности военнослужащих. Относясь к специфической сфере занятости, военнослужащие выполняют социально-ответственные функции, возложенные на них государством и обществом и, как и все люди, нуждаются в предметах потребления, услугах, жилье, необходимых им для качественного выполнения воинского долга. Невозможность удовлетворить те или иные потребности сказывается на полноте выполняемых обязанностей. До недавнего времени в КР для военнослужащих права и социально-экономические гарантии определялись пакетом законов, юридически обеспечивающим средний уровень удовлетворения их потребностей.

Основной темой для обсуждения стали вопросы исполнения законодательства по обеспечению социальных прав и гарантий военнослужащих, членов их семей а также лиц, уволенных с военной службы. В Главной военной прокуратуре существует межведомственная рабочая группа, которая осуществляет не только мониторинг исполнения законодательства о социальной защите военнослужащих, но и проводит предупредительно-профилактические мероприятия. Помимо этого данная группа занимается проработкой проблемных вопросов реализации гарантированных государством прав и свобод указанной категории граждан, вырабатывает предложения, направленные на обеспечение единых подходов общественных органов исполнительной власти, в которых предусмотрена военная служба, к решению существенных проблем. Для выполнения всех поставленных задач необходимо провести ряд реформ связанных с денежным довольствием военнослужащих. По словам советника министра обороны, военно-финансовая реформа пройдет в несколько этапов. На первом различные денежные надбавки - сейчас их в армии около ста - укрупнят и аккумулируют. То есть дополнительных выплат станет меньше, зато увеличится их размер [7]. В Министерстве Обороны Кыргызской Республики уверены, что это поможет вытащить армию из нищеты и уже к 2016 году платить офицерам на четверть больше, чем в основных отраслях экономики. На втором этапе серьезно подрастут выплаты за должность и воинское звание - то есть базовая часть. Пока ее поднимают исходя из прогнозируемого уровня инфляции. Что же касается перспектив, то базовую часть армейского жалованья думают постепенно увеличить с нынешних 25-40 до 65% от общих выплат военнослужащим, а к 2017 году - и вовсе до 80 %. С этих денег будут начисляться новые пенсии отставникам [1].

За последнее время резко обострились социальные проблемы военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы и членов их семей. Как нам, кажется. складывающаяся ситуация требует разработки и реализации ряда пратических мер по изменению социального статуса военнослужащих и членов их семей, закрепленного в законодательном порядке; по приоритетному развитию социальной работы с ними в закрытом воинском социуме; по поиску и использованию потенциала не только государственной и ведомственной социальной политики в отношении этой специфической группы населения, но и нетрадиционных (или непривычных в настоящее время) форм оказания социальной помощи членам семьи военнослужащего.

Социальная защита военнослужащих - это государственная поддержка и защита отдельной категории граждан, выполняющих профессиональную служебную деятельность, осуществляющих функции по обеспечению обороны и безопасности страны. Их особый статус, права, гарантии и свободы определяются Законом КР «О статусе военнослужащих», приказами министра обороны, иными нормативно-правовыми документами. Формирование рыночных отношений в обществе, с одной стороны, и преобразования Вооруженных Сил, осуществляемые в сложных социально-экономических условиях, с другой, определяют значительный рост напряженности в обществе и армии, что и обуславливают особую актуальность темы.

Список литературы:

1. Национальная стратегия устойчивого развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 годы. – Указ Президента Кыргызской Республики от 21 января 2013 года, №11.
2. Положение о подготовке и проведении призыва граждан Кыргызской Республики. Глава 7, статьи 111-115.
3. Руководство по правам человека и основным свободам военнослужащих. Опубликовано: Бюро ОБСЕ по демократическим институтам и правам человека (БДИПЧ) Ал. Уяздовски, 19 00-557 – Варшава, Польша. www.osce.org/odihr © БДИПЧ ОБСЕ 2008 г.
4. Учебная и специальная литература: О мерах социальной защиты жен военнослужащих. О. Сафонова // Красная звезда – 2008, 27 апреля.
5. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 17 октября 2002 года № 706.

Интернет источники:

6. http://www.fergananews.com/news.php?id=18791
7. Информация Военной прокуратуры КР: http://m.svodka.akipress.org/news:134902/
8. http://www.fergananews.com/news/photos/2015/02/voen.pdf

УДК 314.74.

Мамырканов М.А.
Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызстан

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РОССИИ

В статье рассматриваются вопросы социальной адаптации детей трудовых мигрантов из Кыргызстана в России, проблемы труднодоступности школьного образования, оставление учебы детьми в целях трудоустройства в стране приема.

Ключевые слова: *социальная структура, социальная мобильность, социальная группа, институциональное регулирование, социальный статус.*

Mamyrkanov M.A.

International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan

FEATURES OF SOCIAL ADAPTATION OF MIGRANT WORKER`S CHILDREN IN RUSSIA

In this article questions of social adaptation of children of labor migrants from Kyrgyzstan to Russia, problems of inaccessibility of school education, leaving of study by children for the purpose of employment in the country of acceptance are considered.

Keywords: *social structure, social mobility, social group, institutional regulation, social status.*

В условиях социально-экономических трансформаций в Кыргызстане углубляются процессы социального расслоения, продолжается процесс трудовой миграции и поляризации групп населения в социальной структуре общества по уровню доходов, а также по ориентациям на различные стратегии жизнеобеспечения, в том числе, на выбор среднего образования как необходимого условия развития и социальной мобильности в последующем. В силу невыгодных стартовых условий усиливается отчуждение целого ряда социальных групп от возможностей получения среднего образования И, среди таких социальных групп особое место занимают дети трудовых мигрантов. Доступность и качество получения школьного образования для представителей этой группы является важной задачей в институциальном регулировании социальной политики Кыргызской Республики.

Сложная экономическая ситуация в стране и отсутствие действенных законодательно-правовых механизмов обуславливают сохранение проблемной ситуации по охвату детей со средним образованием, что провоцирует ребенка на непосещение школы. Наличие множества проблем в социально-экономической сфере привело к тому, что некоторые родители и родственники детей не видят необходимости в получении образования их детьми. Из-за этого снижается мотивация детей к обучению и ответственность родителей, родственников за их образование. Вследствие недостаточного соучастия родственников в учебной деятельности ребенка, смещения образования как ценности на вторые позиции в сравнении с решением семейных проблем (уход за младшими детьми, престарелыми людьми, всевозможные работы по хозяйству) выступают в качестве серьезных противоречий, с которыми сталкивается ребенок при отсутствии родителей.

В такой ситуации дети уязвимы, зависимы, им необходима поддержка взрослых не только для физического выживания, но и для психологического и социального благополучия, для успешной адаптации в новом окружении. Несовершеннолетние мигранты в процессе переезда и адаптации на новом месте испытывают множество трудноразрешимых социальных, педагогических и психологических проблем и нуждаются в педагогической и социальной поддержке.

В международных документах и в Законодательстве КР (Конвенция ООН (1951), Конвенция по правам детей (1989), Закон Кыргызской Республики «О беженцах» (1993) отмечается, что дети-мигранты наделены теми же социальными, экономическими, культурными и политическими правами, что и дети, живущие в стране. Тем не менее, в настоящее время социальная поддержка, необходимая детям-мигрантам, осуществляется недостаточно. Социальная помощь детям-мигрантов заключается не только в том, чтобы обеспечить им элементарные условия для реализации естественно-антропологических потребностей (питание, жильё, медицинское обслуживание), но и дать возможность формировать духовно-культурные (учёба, общение со сверстниками) и профессиональные (обучение ремеслу, трудовое воспитание) потребности.

В настоящее время по разным оценкам экспертов в России находятся около 10,5-11 миллионов внешних мигрантов и не все они легализованы. Некоторые из них привезли с собой по несколько детей и рожают детей на территории России.

Среди основных факторов, влияющих на решение мигрировать с детьми или без, можно назвать: тип населенного пункта, откуда родом мигранты: чаще оставляют детей дома жители сельской местности; уровень образования: чем он выше, тем чаще мигранты берут всех детей с собой. Хотя надо признать, что выходцы из Кыргызстана в основном оставляют детей дома, чем берут с собой; материальное положение семей, хотя влияние этого фактора относительно небольшое, разве что, крайняя степень бедности – «денег не хватает даже на самое необходимое» – чаще заставляет отказываться от поездки с детьми; продолжительность поездок на заработки: отношение к миграции с детьми кардинально меняется в случае постоянного проживания, без выезда домой, хотя даже и при таком типе поездки почти треть мигрантов оставляют своих несовершеннолетних детей дома. Но, те же, кто все-таки решился выехать на заработки с детьми в большинстве своем относятся к потенциально социально-уязвимым группам мигрантов.

Как отмечают исследователи, в России одной из серьезных проблем трудовых мигрантов является дистанционное родительство, затрудняющее воспитание детей. По их оценке, «к социально уязвимым группам можно отнести каждую шестую женщину-мигрантку – разведенных, вдов, а также родивших детей вне брака – довольно многочисленный контингент женщин с низким социальным статусом в стране происхождения и неопределенным будущим в России». Для них большую сложность представляет доступ к системам здравоохранения и дошкольного образования.

Другой проблемой является нерешенность жилищной проблемы у большинства трудовых мигрантов в России. Особенно сложно она переносится семьями с несовершеннолетними детьми, т.к. «проживание с чужими людьми, в общежитии, на месте работы родителей, в подвале – не только непозволительно для ребенка, но и способствует тому, что эти дети становятся потенциальными «детьми улицы». Озабоченность вызывает будущее т.н. «полуторного поколения» – детей, привезенных родителями в страну приема в школьном, т.е. сознательном возрасте.

Само школьное образование в Российской Федерации сейчас формально предоставляется на не дискриминационной основе всем детям, независимо от правового статуса их родителей, хотя устройство их в школу представляет для мигрантов определённые затруднения. Социологические опросы устойчиво выявляют группу мигрантов, чьи дети, живя в России, школу, тем не менее, не посещают. Таких – от 10 до 25%. Понятно, что для кого-то – это временно, пока идет оформление, или решаются вопросы с документами. Но присутствует и сознательная позиция родителей, не желающих отдавать детей в школу, причем ни на родине, ни в России. И, количество тех из них, кто не охвачен системой образования, постоянно растет. Например, в Москве около миллиона мигрантов, 5% из которых – несовершеннолетние. При этом в столичных школах учится около 25 тыс. приезжих. То есть примерно столько же в них не учится. Чаще всего между детьми и образованием встает институт регистрации.

Эксперты отмечают и низкий уровень владения русским языком среди детей-мигрантов и их неспособность воспринимать образовательную программу. К тому же сокращаются специализированные школы, где русский язык преподают как иностранный. Раньше их было 12, осталось пять. Выходит, что из 20 тыс. с лишним детей мигрантов, там обучается русскому языку только 150 человек.

Проблемы также возникают на национальной почве, и само по себе совместное обучение не всегда в состоянии эти проблемы разрешить, требуется специальное внимание взрослых. Однако дети мигрантов, попавшие в российские школы, как правило, не испытывают какой-то особой дискриминации: по свидетельству их родителей, отношение к ним в школах доброжелательное (так ответили около 80% опрошенных мигрантов). Из этого явно следует, что российские школьники к своим сверстникам-мигрантам относятся гораздо лучше, чем российское общество к взрослым мигрантам.

Серьезную озабоченность в последнее время вызывает массовое оставление школ детьми. Так, по словам Генконсула КР Т. Кожобаева, «стало дурной привычкой родителей отправлять несовершеннолетних детей на работу в Россию». Точное число несовершеннолетних кыргызстанцев, выехавших на работу в Россию, не удается подсчитать. Однако официальная статистика сообщает о 80 тысячах детей, не посещающих школы из-за миграции и работы. Как правило, несовершеннолетние кыргызстанцы отправляются в Россию через родственников или знакомых для присмотра за их детьми, уборкой жилья, оказания помощи на стройках. На другие работы их не принимают, поэтому помогают родственникам и знакомым. Вырученные деньги переводят на родину оставшимся в селах родителям. Родители нередко отправляют своих детей «пораньше начинать работать и зарабатывать деньги». Почти все такие дети теряют шанс получить образование.

Таким образом жизненные траектории детей мигрантов в России определяются уже сейчас. Появление больших групп дезадаптированной иммигрантской молодёжи не является неизбежным. Для предотвращения этого явления необходима социальная поли-

тика, направленная на формирование каналов социальной мобильности для мигрантов и их детей, расширение их образовательных возможностей. Социальные усилия, потраченные на это сейчас, могут сэкономить значительные средства в будущем.

Список литературы:

1. Акмалова А. А., Капицын В. М. Социальная работа с мигрантами и беженцами: Учебное пособие. – М., 2008. С. 195-201.
2. Алиева М.Ж. Социализация детей трудовых мигрантов в образовательной среде Кыргызстана: Дис. канд. соц. наук. – Бишкек, 2013. – 223 с.
3. Детям гастарбайтеров гарантируют образование [Электронный ресурс] URL: //http://www.ng.ru/politics/2015-12-17/3 (дата обращения: 17.12.2015).
4. Дети — жертвы трудовой миграции [Электронный ресурс] URL: //http://rus.azattyk.org/content/article27506177.html (дата обращения: 28.05.2016).
5. Отчет «Насилие над детьми в школе: анализ законодательства Кыргызской Республики» Института региональных исследований, Бишкек. 2008. – С.93.

УДК 614.876

Манатова А.М., Пивина Л.М., Белихина Т.И., Дюсупов А.А., Аукенов Н.Е.
Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

НАУЧНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ МИНИМИЗАЦИИ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА

В статье представлены исторические, научные и социальные аспекты проблемы ликвидации *последствий деятельности Семипалатинского ядерного полигона в отношении здоровья населения Казахстана.*

Ключевые слова: *радиация, здоровье населения, экологические риски*

Manatova L.B., Pivina L.M., Belikhina T.I., Dussupov A.A., Aukenov N.E.
Semey State Medical University, Kazakhstan

SCIENTIFIC AND SOCIAL BASIS FOR MINIMIZING RADIO-ECOLOGICAL RISK TO PUBLIC HEALTH IN KAZAKHSTAN

The article presents the historical, scientific and social aspects of the problem of elimination the effects of the Semipalatinsk nuclear test site on the health of the Kazakhstan population.

Key words: *radiation, public health, ecological risks*

На Семипалатинском ядерном полигоне с 1949 по 1989 г было проведено более 450 испытаний ядерного оружия, в том числе 118 воздушных и наземных взрывов в период с 1949 по 1962 гг. Территории Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана подверглись радиационному загрязнению, а население – многократному острому и хроническому сочетанному внешнему и внутреннему облучению в диапазоне средних и малых доз.

Для решения проблемы ликвидации последствий деятельности Семипалатинского полигона были приняты Закон РК от 18.12.1992 г. № 1787-ХП, «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне», Постановление Правительства РК № 336 от 17.03.1997 г. «О программе медицинской реабилитации населения, пострадавшего вследствие ядерных испытаний на бывшем Семипалатинском ядерном полигоне в 1949-1990 гг.», Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 сентября 2005 года № 927 «Об утверждении Программы по комплексному решению проблем бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона на 2005-2007 годы», в которых определены основные объемы и характер медицинской помощи пострадавшему населению.

До настоящего времени значительной проблемой являются необходимость всестороннего экологического и медицинского контроля за территорией и населением, прилегающими к СИЯП. Естественные демографические процессы привели к значительному сокращению (медицинские и иные потери) числа лиц, подвергавшегося прямому облучению, и в настоящее время они представлены возрастными группами старше 50 лет и их численность составляет - 89 000 человек. Их потомки во втором и третьем поколении составляют 267 000 человек. Численность групп радиационного риска (подвергавшиеся прямому облучению и их потомки) по состоянию на 2012 г. составила – 356 000 человек, что составляет от общего числа населения ВКО – 25,5%. В этой связи деятельность исследователей определяется необходимостью идентифицированных оценок связи заболеваний этих лиц, с радиационным воздействием, имевшим место прошлом, учитывая возможность наследования детерминированных эффектов ионизирующего излучения родителей их потомками. При изучении влияния факторов радиационного риска на популяционном уровне одним из фундаментальных вопросов является оценка стабильности функционирования генетического аппарата, так как повреждение генома при прямом радиационном воздействии является патогенетической основой нарушений в ведущих гомеостатах организма облучавшихся лиц их потомков.

Определение объемов и структуры индуцированных радиацией заболеваний лиц, подвергавшихся прямому облучению и патологических состояний потомков, проведение лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий требуют значительных материально-технических ресурсов, что влечет необходимость разработки научно и экономически обоснованных алгоритмов ранней донозологической диагностики, профилактики, рациональной фармакотерапии и реабилитации основных социально значимых классов мультифакториальных заболеваний, в развитии которых одним из этиологических и патогенетических звеньев является радиационное воздействие.

В работах научных коллективов Казахстана, дальнего и ближнего зарубежья, довольно подробно изучены и проанализированы результаты влияния факторов риска окружающей среды на состояние здоровья отдельных групп населения, проживающих на этих территориях. Было установлено, что, действительно, среди части декретированного населения республики регистрировалось существенное увеличение заболеваемости и показателей смертности, связанных с радиационными и нерадиационными факторами риска. В структуре заболеваемости превалировали онкологические заболевания, болезни системы кровообращения, крови, эндокринной системы, аллергические заболевания. При этом установлены геронтологические эффекты радиационных факторов риска.

В 2012-2014 гг. коллективом ГМУ г. Семей совместно с НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей, выполнялась научно-техническая программа «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска для здоровья населения», в рамках которой проведены скрининговые и углубленные клинические исследования населения трех поколений, подвергшегося воздействию радиационных и других экологических факторов риска. У лиц второго и третьего поколений установлены патологические мутации генов, отвечающих за раннее развитие болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний отдельных локализаций. Спектр и соотношения различных типов хромосомных аберраций, выявленный у обследованных лиц, подтверждают повреждающее мутагенное действие ионизирующего излучения на хромосомный аппарат. Необходимы более углубленные исследования, позволяющие установить вклад отдельных факторов в формирование социально-значимых заболеваний.

Необходимо учесть, что среди населения проблемных территорий формировалась стрессовая ситуация, связанная с излишне агрессивной, политизированной, и, зачастую, просто ложной информацией о тяжелых и неотвратимых медицинских последствиях испытаний ядерного оружия, деятельности промышленных предприятий, которую население не могло проверить самостоятельно. Последствием неадекватной информационно-психологической нагрузки на население явилось формирование «культуры зависимости от среды», что значительно осложняет объективизацию оценки реальной ситуации по заболеваемости и смертности и их связи с факторами экологического риска.

Несомненно, комплекс факторов окружающей среды оказывает воздействие на формирование популяционного здоровья; в то же время, динамика эколого-техногенного состояния связана с изменением социально-экономических условий, сопровождающихся ослаблением контроля за качеством среды обитания, достоверностью информации об экологическом состоянии объектов окружающей среды, ухудшением демографической ситуации.

Возникшая проблема, связанная с медико-психологической напряженностью среди декретированного населения РК не нова, подобные ситуации возникали в результате радиоэкологической катастрофы на Южном Урале и аварии на ЧАЭС. В первом случае волевыми решениями руководства СССР тема была полностью «закрыта», секретность результатов возникшей радиоэкологической катастрофы была доведена до абсурда [5].

При катастрофе на ЧАЭС первые 4 года руководством страны проводилась идентичная политика, однако, после 1989-1990 гг. в открытой печати появился огромный объем разнообразной информации об аварии с катастрофическими последствиями. В результате у 80 % населения сформировалось недоверие к любой информации о радиации. Предварительные выводы ученых показали, что последствия радиоэкологического стресса затрагивают все сферы жизнедеятельности индивида и это зависит от исходного состояния здоровья, ментальности населения и социально-экономических условий государства.

Идентификация негативных последствий деятельности Семипалатинского испытательного полигона для населения Казахстана прошла в два этапа, в первом из которых (1949-1989 гг.) секретность и волевые решения правительства СССР создали информационный вакуум. После закрытия полигона и принятия Закона РК «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне» результаты научных исследований позволили определить особенности и закономерности формирования постлучевых эффектов, разработать медицинские и реабилитационные мероприятия. При этом отсутствие исчерпывающей информации для декретированного населения привело к идентификации радиационного фактора как единственно возможного, что стало мощным психотравмирующим фактором, приводящим к формированию синдрома «негарантированного» или «безнадежного» будущего.

Таким образом, в настоящее время необходима разработка стратегии методологических подходов по медицинскому обеспечению, социальной защите и оздоровлению населения Казахстана путем минимизации медицинских, психологических и социальных последствий влияния техногенных и экологических факторов риска.

УДК 664.3

Марков П., Маркова И., Воденичарова А.
Медицинский университет Софии, Болгария

МЕДИЦИНСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ ДЕВОЧЕК И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ДОФЕРТИЛЬНОГО/ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Целью профилактических консультаций молодых женщин является расширение их знаний для оптимизирования собственного плодородного здоровья, поддержки и преодоления сопутствующих проблем со здоровьем, создания мотивации для осуществления комплексной программы в области здравоохранения жизни и прочных полезных привычек в еде.

Ключевые слова: *профилактическая консультация, медицинские и этические стандарты, доверие, сопереживание, конфиденциальность, вежливость, женщины репродуктивного возраста.*

Petr M., Markova I., Vodenicharova A.
Medical University of Sofia

MEDICAL AND ETHICAL STANDARDS IN PREVENTIVE CONSULTATIONS GIRLS AND YOUNG WOMEN CHILDBEARING AGE

The goal of preventive counseling young women is to expand their knowledge in order to optimize the Fertile own health, support and overcome the associated health problems, creating motivation for the implementation of an integrated program in the field of health and life lasting good habits in eating.

Keywords: *preventive counseling, medical and ethical standards, trust, empathy, confidentiality, courtesy, women of reproductive age.*

Современные аппаратные методы и инструменты диагностики и терапии заболеваний не могут заменить традиционные подходы в медицинской практике и стандарты консультативных встреч пациентов с медицинскими специалистами при диагностике и терапии заболеваний. **Цель** исследования состоит в проведении экспертного анализа и оценки медицинских и этических норм при проведении профилактических консультаций девушек и молодых женщин додетородного и детородного возраста. Использованы: документальные и социологические **методы**. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что основными медицинскими и этическими стандартами при проведении профилактических консультаций женщин репродуктивного возраста являются: доверие, сопереживание, конфиденциальность, вежливость, профессионализм и компетентность. В ходе консультаций измеряются основные антропометрические показатели. Проводится анализ и оценка информации. Выявляются ошибки. Предлагаются рекомендации по их оптимизации.

Проблема

Современные аппаратные методы и инструменты при диагностике и терапии заболеваний не могут заменить традиционные подходы в медицинской практике и стандарты при консультативных встречах пациентов с медицинскими специалистами при диагностике и терапии заболеваний [1, 5].

В специализированной литературе разговорное общение между пациентом и врачом определяется как консультация.

Цель исследования состоит в проведении экспертного анализа и оценки медицинских и этических норм в время профилактических консультаций девушек и молодых женщин додетородного и детородного возраста.

Используются: документальный метод - обзор специализированной литературы и социологический метод - оценка существующих и используемых в медицинской практике методов, эпидемиологических показателей состояния здоровья и медицинских и этических норм при консультации беременных и анализ опыта.

Результаты

Данные обзора литературы и личного опыта предполагают, что при проведении профилактических консультаций девочек и молодых женщин дофертильного и детородного возраста соблюдаются, [1, 2, 4]:

Медико-этические нормы:

- **Доверие**

Для объективной оценки состояния здоровья медицинскому специалисту необходимо завоевать доверие и позитивное отношение пациентки и собрать максимально точную и достоверную информацию обо всех параметрах ее здоровья - физических, репродуктивных, психических, психо-эмоциональных, социальных, положительных и отрицательных.

Доверенный специалист осуществляет оценку риска - абсолютного, относительного, а иногда - популяции [1, 5].

Медико-этические нормы:

- **Уверение**

Большинство девушек и молодых женщин в дофертильном и репродуктивном возрасте, которые в настоящее время готовы на профилактическую консультацию с врачом-специалистом, это те, которые озабочены и хотят дать оценку риска своего репродуктивного здоровья. Некоторые из них уже имели предыдущую беременность, которая закончилась проблематично. Ожидается, что непостоянная тревога после консультации сменится наступлением успокаивания [3].

- **Сопричастность**

Особое значение имеет создание доверенным советником условий для открытости и проявление сопричастности к информации, полученной от молодой женщины, чтобы эта информация была объективна и могла быть использована для достижения целей медицинского анализа и оценки.

Медико-этические нормы:

- **Конфиденциальность**

Консультация - индивидуальна, а информация - конфиденциальна. Конфиденциальность результатов профилактической консультации является чрезвычайно важной. Тем не менее, в случае выявления серьезных нарушений, информация может быть раскрыта перед родственниками, но только тогда, когда девушка/молодая женщина согласятся на то, чтобы сделать это.

Медико-этические нормы:

- **Любезность, без внушения ответов**

Разговор с медицинским специалистом для уточнения основных характеристик индивидуального здоровья женщины детородного возраста должен проходить любезно, не предлагая ответов, и быть направленным на: возраст, пол, профессию; репродуктивность - роды - количество, результат, аборты; социальные условия жизни; антропометрические показатели, динамику массы тела; обмен веществ, сопутствующие хронические неинфекционные заболевания; наследственность избыточного веса и ожирения по материнской и отцовской линиях; заболеваемость и смертность близких родственников от хронических неинфекционных заболеваний; обычный режим питания – режим приема пищи, завтрак, обед, ужин и промежуточные перекусы, предпочтения к еде и напиткам, самооценка размеров (объема) порций потребляемой пищи и напитков, частота потребления пищевых продуктов/групп продуктов питания; предыдущие попытки снижения веса - как часто, когда и каким образом, достигнутые результаты и их устойчивость во времени; физические упражнения, сопутствующие заболевания, регулярность менструального цикла, наличие запора. Консультирующий специалист знакомится с медицинской документацией. Получает информацию о принимаемых лекарственных препаратах и/или пищевых добавках.

Медико-этические нормы:

- **Профессионализм и компетентность**

Измеряются основные антропометрические показатели: масса тела; рост; объем талии, бедер (наиболее точные утром натощак после дефекации и мочеиспускания); кровяное давление; анализ и оценка ошибок в режиме жизни и питания пациента.

Консультирующий специалист обращает внимание молодой женщины на ошибки в ее поведении по отношению к ее здоровью, обнаруженные во время беседы.

Каждая ошибка анализируется отдельно и обсуждается с точки зрения - риска для здоровья в отношении контроля массы тела и возможных нарушений здоровья и репродуктивных функций сейчас и в будущем.

Рекомендации по оптимизации здорового образа жизни.

- Специалист обосновывает и предлагает конкретные рекомендации по исправлению ошибок, соответственно - оптимизации полезных параметров жизни.

- Формулируется общая цель пациента и консультирующего специалиста.

- Медицинский специалист получает информацию от пациентки об ее ожиданиях от реализации комплексной программы здорового образа жизни, в том числе - диеты, физических упражнений и т.д.; видов продуктов питания, которые женщина детородного возраста предпочла бы включить в свой рацион; распределение пищевого рациона в течение дня в соответствии с программой жизни и работы. [3, 5].

Целью профилактического консультирования девочек и молодых женщин является обогащение их знаний для оптимизации их собственного репродуктивного здоровья, поддержка и преодоление сопутствующих проблем со здоровьем, создание мотивации для осуществления всеобъемлющего здорового образа жизни и прочных полезных привычек питания.

Выбор стратегии и алгоритм методов превентивной консультации является профессиональной обязанностью консультирующего медицинского специалиста.

Успешная реализация целей требует соблюдения медицинских и этических стандартов, компетентности со стороны медицинских работников и доверия пациента.

Генри Форд сказал: «Если есть секрет в медицинской консультации, то она заключается в понимании, с точки зрения пациента, его личной проблемы и взгляда на факты его глазами».

Список литературы:

1. Байкова Д., Марков П, Марков Д, Воденичарова А. Дизайн на консултация на пациенти по здравнословно, диетично и лечебно хранене, В:“Обществеото здравеопазване в условия на криза”, Годишник на ФОЗ, МУ, София, 2015, . “Наука и общество”, ISBN 978-619-7000-03-0, публ. 2016, с.82-87
2. Байкова Д. Наднормено тегло – Ръководство за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите - МЗ, НЦОЗ, 2002; 37-40
3. Байкова Д. Да отслабнем без глад, изд. “Слънце”, С., 2013, с. 237
4. Pudel V. Praxis der Ernahrungsberatung (Zweite, uberarbeitete Auflage), Springer Verlag, ISBN 3-540-53191-21991, Berlin231
5. WHO Regional Office for Europe, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 57th World Health Assembly, WHA 57.17, 2004.

УДК 364.3

Марков П.

Медицинский университет Софии, Болгария

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К РЕПРОДУКТИВНЫМ ФУНКЦИЯМ В БОЛГАРИИ

Цель данной работы заключается в определении специфики антропометрического питания у женщин в период подготовки к репродуктивным функциям, связанным с повышенным риском для здоровья.

Ключевые слова: *антропометрические состояние питания, ИМТ, недостаточный вес, избыточный вес, ожирение, женщины, 18-30 лет, нарушение баланса питательных веществ, риск, репродуктивное здоровье.*

Markov P.

Medical University of Sofia, Bulgaria

ANTHROPOMETRIC FEATURES POWER IN WOMEN IN PREPARATION FOR REPRODUCTIVE FUNCTION IN BULGARIA

The purpose of this study is to determine the specificity of anthropometric nutrition in women in the period of preparation for the reproductive functions associated with an increased risk to health.

Keywords: *anthropometric nutritional status, BMI, underweight, overweight, obesity, women, 18-30 years, nutritional imbalances, the risk of reproductive health.*

Проблема: Переход девочек от позднего подросткового периода (10-19 лет) до статуса молодых женщин характеризуется *низкой долей хронических неинфекционных заболеваний, но высокой частотой распределения состояний дефицита железа, худобы/ожирения и др.* Используются документальный и социологический методы. Результаты показывают, что доля женщин в возрасте 19-30 лет с пониженным весом (ИМТ<18,5) составляет 17,3%, с нормальным весом (ИМТ 18,5 - 24,99) - 59,8%, а с избыточным весом и ожирением (ИМТ> 25) - 22,8% (в том числе 18,1% - с избыточным весом, а 4,7% - с ожирением). Женщины из сельской местности имеют значительно более высокие значения доли избыточного веса и ожирения, чем их сверстницы, живущие в городах - 26,5% против 15,1%. Причины связаны с несбалансированной структурой питания и вредными привычками. Сделан вывод о том, что нужна национальная комплексная стратегия действий с целью оптимизации антропометрического питания у женщин детородного возраста, учитывая высокую социальную и экономическую цену, которую платит общество для решения репродуктивных проблем.

Проблема.

Переход девочек от позднего подросткового периода (10-19 лет) до статуса молодых женщин характеризуется *низкой долей хронических неинфекционных заболеваний и высокой частотой распределения дефицита железа, истощения/ожирения и др.*

Антропоморфный статус питания является важным фактором, определяющим здоровье и предоставляющим медицинские показания риска дисбаланса в питании для репродуктивного здоровья.

Для подросткового возраста не существует определенных критериев ограничений для основных антропометрических индикаторов роста, индекса массы тела (ИМТ), которые коррелируются с определенными рисками для здоровья, в том числе репродуктивного. Например, было обнаружено, что ИМТ коррелирует с диастолическим давлением, но нет никаких данных, задающих предельные значения индекса массы тела, который является прогностическим фактором будущего высокого кровяного давления.

Было показано, однако, что у молодых женщин дофертильного возраста ИМТ коррелирует с риском заболеваемости и смертности от определенных заболеваний, и поэтому предельными значениями считаются: ИМТ<18,5 и ИМТ>30,0. Именно несоответствия в антропометрических состояниях питания (истощение/ожирение) в этой возрастной группе определяют риск текущих и отдаленных последствий для здоровья, репродуктивные функции, ход и исход последующих беременностей.

Цель данной работы заключается в определении специфики антропометрического питания у женщин в период подготовки к репродуктивным функциям, связанным с повышенным риском для здоровья.

Используются документальные и социологические методы.

Результаты

Данные Национального эпидемиологического обследования Болгарии показывают, что доля женщин в возрасте 19-30 лет с пониженным весом (ИМТ<18,5) составляет 17,3%. С нормальным весом (ИМТ 18,5 - 24,99) - 59,8%, а с избыточным весом и ожирением (ИМТ более 25) - 22,8% (в том числе 18,1% - с избыточным весом, 4,7% - с ожирением) (таблица 1), [1, 2]. Распределение индекса ИТМ в зависимости от места жительства - город/сельские районы, показывает, что наибольшая доля женщин с недостаточным весом (19,4%) в городских районах, и наоборот, 11,8% с аналогичным показателем в сельской местности.

Женщины из сельской местности имеют значительно более высокое значение доли избыточного веса и ожирения, чем их сверстницы, проживающие в городах - 26,5%, по сравнению с 15,1% (p<0,001).

Таблица 1. Антропометрический статус молодых женщин в возрасте 18-30 лет, оцененный на основе индекса массы тела (ИМТ, кг/м²), распределенный по месту жительства.

Възраст (лет)	Количество (n)	Пониженный вес (ИТМ < 18,5)		Границы нормального веса (ИТМ 18,5 ÷ 24,99)		Избыточный вес 1 степени (ИТМ 25,00 ÷ 29,99)		Избыточный вес 2 и 3 степени (ИТМ ≥ 30,0)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Всего									
19 – 30	127	22	17,3	76	59,8	23	18,1	6	4,7
Городское население									
19 – 30	93	18	19,4	57	61,3	14	15,1	4	4,3
Сельское население									
19 – 30	34	4	11,8	19	55,9	9	26,5	2	5,9

Риски для здоровья неоспоримы: При избыточном весе и ожирении в период до беременности и после наступления беременности чаще наблюдаются: артериальная гипертензия, нарушения толерантности к углеводам, снижение экскреции эстриола, преждевременные роды, венозный тромбоз, продолжительный родовой акт, гипоксия новорожденного, макросомия плода (связанная с большей вероятностью родовой травмы), повышенная заболеваемость и другое.

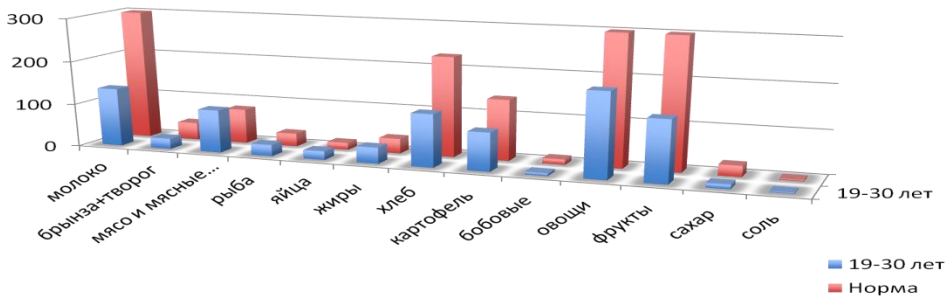
Низкая масса тела (атрофия) матери связана с: увеличением до 70% риска наличия плода с низким весом (ПНВ), увеличением до 90% риска внутриутробной задержки роста плода и др.

Наличие сочетания низкого ИМТ до беременности и низкого прибавления массы тела во время беременности увеличивает частоту рождения детей с массой тела ниже нормы [4, 5].

Несбалансированное питание у молодых женщин в дофертильном и фертильном возрасте в Болгарии чаще всего выражается в: приеме больших, чем необходимо, количествах жира; недостаточным диетическом потреблении качественного белка; дефиците биологически активных веществ - витаминов, минералов, антиоксидантов, волокна, органических кислот и т.п. А упомянутое выше несбалансированное питание и недостаточное потребление многих витаминов и минералов коррелируют с отрицательными характеристиками потребления продуктов питания, более высоким, чем рекомендованное, потреблением добавленного жира; низким потреблением рыбы; низким потреблением молока, в том числе традиционного болгарского йогурта; неадекватным общим потреблением фруктов и овощей в зимний период и весной, особенно низким потреблением сырых фруктов и овощей, недостаточным потреблением цельно-зерновых злаков; высокой долей красного мяса; высоким уровнем потребления алкогольных напитков и др.

Эти отклонения от рекомендаций здорового питания у женщин детородного возраста (19-30 лет) в Болгарии отражаются на их антропометрическом состоянии питания, в частности - на ИМТ. Эти отклонения - как в сторону пониженной массы тела, так и в сторону чрезмерной массы тела, являются одинаково тревожным сигналом и на национальном, и на региональном уровнях. Одна часть молодых женщин в Болгарии, подражая средствам массовой информации и/или моде, кумирам идеальной фигуры, резко ограничивает потребление пищи и в результате получают недостаточный вес. Другая часть той же возрастной группы - наоборот - едят вкусные, высококалорийные с ничтожной питательной плотностью fast foods, достигая рискованно высоких уровней массы тела. В полученных результатах реальных состояний - 40% молодых женщин имеют массу тела, не соответствующую рекомендациям: ниже нижнего предела (ИМТ<18,5 кг/м^2) для нормального веса и выше верхнего предела нормального веса (>25 кг/м^2). В обоих случаях существует риск для здоровья. Эта группа населения (молодые женщины) играет наиболее важную биологическую роль, а именно выносить и родить здоровый и жизнеспособный плод [1-3].

Рис.2. Расхождения между реальным и рекомендуемым потреблением пищевых продуктов у молодых женщин в Болгарии. Женщины 19-30 лет



Вывод: Существует необходимость национальной стратегии действий с целью оптимизации антропометрического питания у женщин детородного возраста - пропаганды рекомендаций здорового питания, проведения агитации для повышения информированно-

сти, внедрения надлежащей практики маркетинга, рекламы и маркировки продуктов питания, учитывая высокую социальную и экономическую цену, которую платит общество для решения проблем со здоровьем в детородном возрасте.

Список литературы:

1. Ангелова, К., Байкова, Д и кол. Оценка на енергийния прием при национален мониторинг на храненето в България, В: (ред. Б. Попов) ”Науката за хранене пред нови възможности и предивикателства”, С, АСИ Принт, 2008:103-106
2. Марков, Д, Марков, П, Байкова, Д., Разпределение честотата на несъответствия с препоръките за телесна маса при жени на 18-30 години у нас. “Контакт”, изд. ТЕМТО, ISSN 1313-9134, София,юни 2011, 139-142.
3. Марков, П., Специфични проблеми в храненето на жени в детеродна възраст у нас. В: Европейските етични стандарти и българската медицина – изд. БЛС, С, 2014, с.516-517
4. WHO Global Infobase. ttp:www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/infoBasePolicyMarker/Reports/ reportListCountries.aspx.2006
5. WHO Regional Office for Europe, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 57th World Health Assembly, WHA 57.17, 2004

УДК 364.07(571.54)“1923-1940”

Мартынова Н.А., Мантурова С.Ч.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ В БУРЯТИИ В ПЕРИОД С 1923-1940 ГГ.

В данной статье рассматривается деятельность государственных органов в области социального обеспечения в Бурятии в период с 1923-1940 гг.

Ключевые слова: *социальное обеспечение, социальная политика, государственные органы социального обеспечения.*

Martynova N.A., Manturova S.Ch.

East-Siberian State University of Technologies and Management, Ulan-Ude, Russia

FEATURES OF STATE SOCIAL INSURANCE MANAGEMENT IN BURYATIA IN THE PERIOD FROM 1923-1940 GG.

This article discusses the activities of state bodies in the field of social security in Buryatia in the period from 1923-1940.

Keywords*: social security, social policy, state welfare authorities.*

С окончанием гражданской войны и введением новой экономической политики социальное обеспечение в Советской России вступило в новый период своего развития.

С вступлением в 1923 г. Бурятии в новый период своего развития, перед новыми органами местной власти, встали два главных вопроса: как преодолеть экономическую разруху и голод, как строить автономию, рационально используя ее преимущества и как решать острейшие социальные проблемы общества.

Империалистическая война, последующая за ней революция и гражданская война, способствовали появлению большой армии инвалидов, сирот и прочих нуждающихся, создали огромное поле работы для социального обеспечения, проводниками в котором стали вновь созданные государственные органы.

Одним из главных государственных органов осуществляющих деятельность в области социального обеспечения была образованная в 1923 г. в г.Верхнеудинске Центральная Коллегия социального обеспечения БМАССР (31 июля 1923-1927 гг.), председателем которой стал Ячник Д.С. В последующие годы Комиссия имела названия – Уполномоченный отдела социального обеспечения БМАССР (1928-1931 гг.), во главе с председателем Комиссии Десятовым; а в 1932-1945 гг. – Народный комиссариат социального обеспечения БМАССР.

Центральная Коллегия социального обеспечения - республиканский орган исполнительной власти, обеспечивающий в пределах своей компетенции проведение единой государственной политики в области труда и социального обеспечения.[1] В её деятельность входили следующие функции – предоставление социальных гарантий, организация социальной обеспечения населения; социальная поддержка семьи, женщин, детей; организация медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов; развитие материально-технической базы отрасли; финансовая и хозяйственная деятельность.[1]

Не менее важную роль в деле социального обеспечения Республики играл Бурят-Монгольский комитет помощи больным, раненым красноармейцам и инвалидам войны (Бурцентркомпом), который был организован в конце 1923 г. в г.Верхнеудинске. Это учреждение было образовано для оказания помощи данным категориям населения в деле их лечения, материального обеспечения и удовлетворения их культурных и политических запросов и потребностей. [2]

Органами Комитета являлись: в центре - Пленум и Президиум Комитета, на местах - Уполномоченные Комитета, состоящие при Аймачных и Хошунных Исполнительных комитетах, входящих в состав Бурреспублики.[3] Фактически комитет вел плановую работу, восполняя деятельность органов Собеса, Здравоохранения, Военведомства и др.[3] Так, например, количество состоящих на учете в комитете на 1 октября 1925 г., было следующим: инвалидов гражданской войны - 161 чел., инвалидов империалистической войны- 388 чел., членов семей погибших на войне- 481чел., итого – 1030 чел.[3] Оказано пособий: инвалидам войны и их семьям в количестве около 400 чел на сумму 879руб. 67 коп., инвалидному дому пособий на 24 руб. 50коп.; демобилизованным красноармейцам (около 200 чел.) -1311р. 55коп.[3] Расходовано на курортное лечение (3 чел.) - 492 руб. 69 коп., на протезирование (5 человек) - 119 руб. 05 коп. Кроме того, отпущено 450 руб. на оказание помощи демобилизованным и 300 руб. на заготовку обмундирования.[3]

В рамках кампании, приуроченной к празднованию годовщины Красной армии (с 23 февраля по 1 марта 1928 г.), Комитетом был проведен «Недельник помощи больному красноармейцу и инвалиду войны». Задачи «Недельника»: популяризация идей Всероссийского комитета помощи больным и раненым красноармейцам и инвалидам войны (Всерокомпома) и агитация вступления в его ряды; отчёты по наличию и использованию средств на дело оказания помощи, улучшение быта инвалидов и их семей, больных красноармейцев.[4]

В течение «Недельника» проводилась агитационная работа. Так, в городе разъяснялась необходимость помощи инвалиду, красноармейцу - в клубах заводов, на комсомольских и делегатских собраниях, в воинских частях, в школах. В газете «Бурят-Монгольская правда» была размещена статья о «Деятельности Бурцентрокомпома и как помочь инвалиду в деревне». Практически деятельность осуществлялась путем проведения, совместно с Собесом, обследования инвалидов в городе и на периферии, а также инвалидных домов. Совместно с воинскими частями изучалось положение больного красноармейца в местных госпиталях и околодках.[4]

Методами изыскания средств на помощь больным красноармейцам и инвалидам являлись: «кружечные сборы», организация силами клубов при заводах платных постановок, практиковалось проведение детских утренников с продажей игрушек и сбором добровольных пожертвований по подписному листу, организовывалась беспроигрышная лотерея, постановка киносеансов в пользу инвалидов и др.[4]

В результате, по городу при различных учреждениях и предприятиях организовано 11 ячеек «Друг инвалида» с числом членов около 500 чел. [4]

В целях развития и укрепления среди широких крестьянских масс общественности, направленной на организацию помощи малоимущим и красноармейским хозяйствам, а также прочим гражданам и хозяйствам, впавшим в нужду в селах, аймаках, волостях и районах учреждаются крестьянские общества взаимопомощи.

Начало организации крестьянского общества взаимопомощи в Бурреспублике было заложено в декабре 1923 г. созданием Центральной Крестьянской секции при Наркомземе, вследствие переименованная в Центральный Крестьянский Комитет общественной взаимопомощи (ЦККОВ). Основная задача Кресткомов заключалась в том, что оказание взаимной помощи производилось на началах, прежде всего, самодеятельности населения. Кресткомы являясь органом крестьянской общественности, были объединены целевыми

социально-экономическими установками - оказание помощи беднейшему и маломощному крестьянству и политическими - создание опоры политического режима в деревне, подготовка почвы для социалистических преобразований в аграрном секторе экономики.[5]

К основным видам помощи крестьянскому населению относилось - создание фондов, как денежных (за счет обязательных взносов всех крестьян какого-либо села, собираемых путем самообложения, добровольных пожертвований отдельных граждан; штрафов, налагаемых на граждан, уклоняющихся от взносов; обложений торговых и промышленных предприятий), так и натуральных (семенные фонды); оказание трудовой помощи маломощным крестьянским хозяйствам, семьям красноармейцев путем организации общественной запашки, уборки хлебов, сена; выдача беднейшим крестьянам на временное и безвозмездное пользование лошадей, хлеба; создание кооперативных организаций для поднятия маломощных хозяйств, за счет внесения членских паев из общественных средств, культурно-просветительная работа среди сельского населения и др.[6]

В целях оказания помощи и поддержки слепых, приблизительно в 1935 г. был создан Бурят-Монгольский отдел Всесоюзного общества слепых, который подчинялся Центральному Правлению Всероссийского общества слепых (ВОС). Его функции: социальное обеспечение и рациональное устройство слепых граждан, организация их культурно-бытового обслуживания.[7] Нуждами же глухих в Бурреспублике занималось Бурятское республиканское правление Всероссийского общества глухих, образованное 21 сентября 1926 г., на основании «Положения о Всероссийском объединении глухонемых», утверждённого СНК РСФСР от 14 июня 1926г. Оно подчинялось Центральному Правлению Всероссийского общества глухих.[7] В функции правления входили: социальное обеспечение, защита прав и интересов граждан с нарушением слуха, их социальная реабилитация и интеграция в обществе, содействие органам здравоохранения и народного образования в воспитании и обучении лиц с нарушением слуха.[7]

Обществами организовывались собрания, трёхдневники, декады, имеющие своей целью привлечь внимание широкой общественности к их работе, мобилизовать материальные средства общественности на развитие своей деятельности по обслуживанию культурных и материальных запросов и нужд своих членов.

Широкое распространение в БМАССР имела работа с женским населением. Руководящим органом по работе среди женщин-буряток на территории БМАССР являлась образованная 13 февраля 1925 г. Комиссия по улучшению быта и труда женщин (КУБТЖ), в г. Верхнеудинск, председатель комиссии Председатель БурЦИК М.И. Амагаев, состоящая из трёх секций: охрана материнства и материнства, борьба с безработицей, юридическая - по защите прав женщин. Функции комиссии: политическое воспитание, вовлечение в общественную деятельность, трудоустройство женщин, привитию культурно-бытовых навыков, оказание помощи одиноким матерям и детям, ликвидация неграмотности. С конца 1926г. создавались комиссии при исполкомах, организованы передвижные красные юрты, дома бурятки, школа кройки и шитья.[8]

Последствия империалистической и гражданской войн, а также небывалый по своим размерам голод 1921 г. способствовали появлению беспризорных детей. Руководящим органом по борьбе с детской беспризорностью в БМАССР являлась образованная 20 декабря 1923 г. Центральная детская Комиссия по улучшению жизни детей (ЦДК) при ЦИК БМАССР в г. Верхнеудинск, первый председатель комиссии стал Черноморченко.[9]

ЦДК ставила своей целью общее руководство по борьбе с беспризорностью в БМАССР, а также оказании помощи детям и, в первую очередь, беспризорным. Комиссия объединила деятельность всех государственных учреждений и органов, ведущих работу по борьбе с детской беспризорностью, оказывала им в этом организационную и материальную помощь, привлекала к делу помощи советскую общественность, всемерно ей содействуя и согласовывая её деятельность с государственными организациями и учреждениями. Органами, ведущими борьбу с детской беспризорностью и проводящими работу над улучшением быта детей кроме ЦДК являлись Наркомпрос, Наркомздрав, Общество «Друзья детей», Комиссия по распоряжению фондом им В.И.Ленина. На местах эта работа велась аймачными и районными детскими комиссиями и органами Наркомздрава и ячейками Общества «Друзья детей». В целях изыскания средств на дело борьбы с детской беспризорностью в республике были созданы лото, биллиардные, велась распродажа лотерейных билетов. Все эти мероприятия проводились в г.Верхнеудинске.[9]

К началу создания комиссии в г.Верхнеудинске и г.Троицкосавске насчитывалось до 630 детей, которые нуждались в немедленной помощи. В связи с этим в республике открываются детские дома, общежития для беспризорников-мальчиков; выдача пособий беспризорным в плановом порядке; выдача случайных пособий; определение детей в школы и мастерские на правах учеников и стипендиатов; отправление детей в трудовые колонии; материальная поддержка полубеспризорников в виде выдачи пособий матерям; содержание детских ясель. Указом Верховного совета БМАССР от 17 декабря 1938 г. ЦДК была ликвидирована.[9]

Подводя итоги работы государственного управления социального обеспечения в БМАССР в рассматриваемый период можно сделать следующие выводы:

С момента выделения Бурят-Монгольской республики и создания самостоятельных государственных органов осуществляющих социальную поддержку населения, дело социального обеспечения стало иметь плановый, структурированный характер, охватило всю нуждающуюся массу, как города, так и деревни. Несмотря на проводимые мероприятия, ещё предстояла организация огромной работы среди нуждающегося населения. Социальное обеспечение нуждалось в достаточном отпуске финансовых средств, грамотных специалистов с сознательным подходом к своему делу, содействии власти, как в центре, так и на местах, активной поддержке трудящейся массы.

Список литературы:

1. Путеводитель по фондам Национального архива Республики Бурятия 1917-2007 гг. // Центральная коллегия социального обеспечения Бурят-Монгольской АССР, г. Верхнеудинск с.282
2. Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ) Ф. Р-1687, Оп.1 Предисловие к описи 1 Ф.Р-1687 с.1
3. ГАРБ Ф.Р-1687, оп.1, д.8 с.8-12, с.26-26 об.
4. ГАРБ Ф.Р-1687, оп.1, д.46 с. 6-8, с.30-32
5. ГАРБ Ф.Р-1688, Оп.1 Предисловие к описи 1 Ф.Р-1688 с.1
6. ГАРБ Ф.Р-1688,оп.1, д.4 с.14-16 об.
7. Путеводитель по фондам Национального архива Республики Бурятия 1917-2007 гг. // Бурятское республиканское правление Всероссийского общества глухих (ВОГ), Бурятское республиканское правление Всероссийского общества слепых (ВОС) с.290
8. Путеводитель по фондам Национального архива Республики Бурятия 1917-2007 гг. // Комиссия по улучшению труда и быта женщин при ЦИК БМАССР (КУБТЖ), г. Верхнеудинск с.45
9. ГАРБ Ф.Р-281, оп.1 Предисловие к Ф.Р-281 с. 1-2

УДК 159.922

Марценюк М.А.

Мукачевский государственный университет, г. Мукачево, Украина.

РОЛЬ ДЕПРИВАЦИИ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

В статье рассматривается явление психической депривации, описываются факторы, котрые провоцируют ее возникновение, стадии формирования, причины возникновения, а также ее влияние на формирование личности ребенка.

***Ключевые слова**: ребенок, развитие, потребности, депривация, семья.*

Martcenuk M.A.

Mukachevo state University, Mukachevo, Ukraine.

DEPREVATION ROLE IN DEVELOPMENT OF CHILD MENTALITTY

The presented article touches upon the phenomenon of psychic deprivation. Factors of its contraction have been described, along with the formation stages and provoking background, and its influence on child personality development.

***Key words**: child, development, needs, deprivation, family.*

РОЛЬ ДЕПРИВАЦІЇ В ПСИХІЧНОМУ РАЗВИТКУ ДИТИНИ

Загальновідомо, що запорукою здорового розвитку та соціалізації дитини слугує здатність сім'ї до здорового функціонування, а держава має слугувати гарантом підтримки такої здатності.

Процес соціального розвитку індивіда має циркулярний характер і підтримується на 4 рівнях: психологічному, соціальному, матеріальному та правовому. Гарантом належного забезпечення цих рівнів для дитини є сімейне оточення, а щодо сім'ї - державна соціальна політика.

Набуття дитиною повноцінного соціально-психологічного та правового статусу може відбутися лише в ситуації її проживання в біологічній сім'ї або в юридично прирівняній до неї сім'ї усиновителів.

Дослідження свідчать, що діти, що виховуються поза межами сім'ї, в умовах сирітства чи в несприятливих психосоціальних умовах, мають значний **ризик розвитку** психічних порушень**. Такі** діти **за**знають багатьох уражень, які виникають в результаті негуманного, жорстокого ставлення до них, несприятливого впливу навколишнього середовища, що позначається на їхньому психічному та фізичному здоров'ї, емоційному стані [1].

В ситуаціях, коли неможливо задовольнили життєві потреби дитини, у них розвиваються деприваційні порушення.

У дітей, я втратили належну опіку біологічних батьків, унаслідок неможливості достатньою мірою та в продовж достатнього часу задовольняти основні життєві потреби *розвивається психічна депривація.*

Психічна депривація розрізняється за формами життєво необхідних потреб, задоволення яких позбавлена дитина. Діти, позбавлені батьківського піклування, можуть одночасно зазнати декількох видів деприваційних впливів, чим і зумовлюється їхній подальший розвиток як у психофізіологічному, так і в особистісному напрямах. Такі порушення можуть стосуватися втрати різнопланового та розвивального оточення; емоційних зв'язків, перш за все з матір'ю, батьком, близькими людьми; затишку та відчуття комфорту, захищеності, довіри, відчуті я постійності та доброзичливості навколишнього середовища, шо потім приводять до втрати віри в себе та відмови від самореалізації.

Явище психічної деривації включає як *об'єктивні* чинники (умови, в яких проживає та виховується дитина), так і *суб'єктивні (*психічний, особистісний. соматико-фізіологічний розвиток дитини), що разом фіксуються у досвіді дитини і про які ми дізнаємося з її реальних життєвих історій.

Науковці виокремлюють такі види депривації, як емоційна, сенсорна, ідеаторна та когнітивна, індивідуальна, соціальна та культурна, материнська та материальна [2]. До крайніх випадків депривації належить також явище госпіталізму (погіршення стану здоров'я дитини під впливом перебування в лікувальних установах; термін у 1945 році ввів Р.Шпіц), що виникає внаслідок того, що дитина у віці немовляти (як правило, ті період між 6 – 11 і до 24 місяців) втрачає вже налагоджені близькі зв'язки з матір'ю або особою, яка її заміщує.

Перша стадія прояву госпіталізму характеризується яскраво вираженим протестом: криком, агресивними спробами вирватися з несприятливої ситуації. Діти меншого віку своє невдоволення активно проявляють дещо пізніше, після 4-6 тижнів розлучення з близькими вони починають голосно та довго плакати.

Друга стадія наступає поспіль, через декілька годин чи днів: дитина заспокоюється, вона ніби втрачає надію в результативність своїх зусиль. У цей період може виникнути аутоеротична активність (смоктання пальця, мастурбація, розгойдування тіла), яка є проявом намагань самої дитини розширити поле сенсорної стимуляції без допомоги дорослого. Поступово дитячий плач стає монотонним. а то і зовсім припиняється, погляд набуває меланхолійного виразу, діти ніби «замерзають». Вони годинами можуть лежати з широко розплющеними очима, сфокусованими в одному напрямі. Спілкування з такими дітьми все більш ускладнюється, або стає зовсім неможливим. Розвиток невпинно уповільнюється, дитина втрачає вагу, сон стає нестійкий знижується опірність організму до захворювань. У таких дітей починають відмовляти основні життєві системи — травлення, дихання, функціонування шкіряних покривів та основних органів, що робить їх вразливими до інфекцій. Якщо такій дитині не надати негайної допомоги, то зворотність процесу стає неможливою розвивається синдром госпіталізму, що в крайніх проявах має летальне завершення.

Якщо дитині вдалося вижити, то *на третій стадії* починається відновлюючий процес життєво важливих функцій. Але дитина вже «психологічно зневірилася» у надійності материнської любові та турботі. І в цей момент дитина може відреагувати на повернення матері байдужим ставленням, навіть презирством. Фізичне виживання може супроводжуватися «емоційною смертю», а місце емоційної інтуїтивної оцінки займе її раціональна сторона [2].

Сила руйнівних наслідків впливу дсприваціїїних умов розвитку дитини залежить від її віку: вони будуть тим інтенсивнішими, чим менший вік дитини і більша її безпорадність та залежність.

Класичній картині психічної депривації властиві наступні явища: затримка розвитку мови та мовлення (особливо синтаксис та змістові характеристики, соціальне використання мови, повідомлення переживань та побажань щодо майбутнього), затримка розвитку соціальних та гігієнічних павичок та звичок, при створенні яких потрібні тісні стосунки з дорослим; затримка розвитку тонкої моторики при низькій продуктивності інтелектуального розвитку (низький рівень малюнкових тестів), спостерігаються переваги практичного компоненту над змістово-понятійним: недиференційоване, примітивне ставлення до людей; інфантилізованість поведінки; емоційна тупість - яка проявляється у відсутності жалю та сором'язливості.

Тобто, дериваційні прояви можуть включати характеристики різної етіології, а саме: затримка або відхилення психічного розвитку, олігофренія, ММД тощо. Наслідки психічної деривації, зазвичай проявляються у непристосованості дитини чи молодої людини до соціально-сформованих норм життя, у неадекватності їхньої поведінки.

Причинами деривації можуть виступати ряд життєвих ситуацій, серед яких:

- небажана вагітність, відмова від дитини, відсутність у ранньому дитинстві материнської турботи;
- проживання дітей у сім'ях з низьким соціальним статусом та культурним рівнем, в багатодітних сім'ях, де дітям бракує уваги і турботи батьків;
- травмуючи вимушене спілкування дітей з батьками та родичами, які мають проблеми психічного та фізичного розвитку; жорстоке поводження батьків з дітьми, експлуатація дітей;
- нехтування потребами розвитку дітей, тривале перебування дитини в сирітській установі;
- надзвичайно високий соціально-економічний статус сімей: наявність надмірних вимог до рівня розвитку дитини з боку батьків, які не приділяють їй достатньої уваги , що зумовлює дисконтинуальний характер виховання;
- явище «повторного сирітства», що пов'язано зі зміною форми соціально-правового статусу дитини-сироти і, повторне її розміщення в інтергатну установу [1].

Як засвідчує терапевтична практика, гостра реакція на втрату близької людини не виникає у дитини одразу, а має віддалений термін прояву. В деяких випадках прояви горя через втрату близької людини фіксувалися у дітей через рік після трагічної події. Така особливість дітей захищає їх від стресу, допомагає пережити втрати.

Проте захисні сили дитини не безмежні. Коли у ситуації несприятливого оточення та травмуючих переживань дитина залишається без захисту й підтримки близьких їй людей, вона втрачає надію на сприятливе майбутнє, може *зупинитися в своєму розвитку* і навіть *регресувати* (ніби повернутися на ту стадію розвитку, в якій дитина почувалася комфортніше). Надмірна травмованість дитини може порушити хід її розвитку, викликати різні емоційні та поведінкові негативні реакції, збочення у формуванні її особистості.

Реакція дитини на втрату близьких людей та її подальша адаптація до нової ситуації залежать від багатьох чинників: віку дитини на момент втрати батьківської опіки; кого саме втрачає дитина — батька чи матір; обставин, які призвели батьків до смерті; особливостей поведінки і реакцій на втрату інших членів сім'ї та їхньої здатності компенсувати своєю турботою гіркоту та біль дитячих втрат.

Так, у дітей, які знаходяться в умовах загального та тривалого утримання, Й. Лангеймер та З. Матейчек зафіксували формування таких типів депривованої особистості [2]:

- «пригнічений тип» - характерна пасивність, апатичність; такий стан ускладнює діагностику причин, що призводять саме до таких проявів у розвитку дитини, інколи це стає підставою для віднесення таких дітей до групи розумово відсталих;
- «соціальні провокації» - характеризуються контрастними емоційними проявами і виникають внаслідок постійного проживання в закритих установах;
- «гіперактивний тип» - поведінка характеризується легкістю вступу в контакт, різко вираженими тенденціями демонстративної поведінки, яскравою зацікавленістю всім навколишнім, що сприймається самими дітьми як гра, забава;
- добре «пристосовані діти» - характеризується компенсаторною поведінкою у відповідь на відсутність соціальних потреб; такий тип розвитку проявляється у ненаситності в їжі, мастурбації, ранніх сексуальних зв'язках, аутичних тенденціях, нарцисизмі тощо.

Таким чином, відсутність постійної значущої фігури, природно якою є мати або батько, та *безумовного прийняття дорослим дитині*, тиск ситуації необхідності постійно пристосовуватися призводять до зниження активного ставлення до життя.

Список литературы:

1. Бевз Г. Прийомні сім'ї (оцінка створення, функціонування та розвитку) /Галина Бевз. К.: Главник, 2006. - 112 с.
2. Лангмейер Й. Психическая даприваця в детском воздасте /Й. Лангмейер, З Матейчек. / пер. Г.А. Овсянникова. Прага : Авиценум, 1984.- 334 с.

УДК 377.5

Матвеева Е.П.
Заиграевский дом-интернат для престарелых и инвалидов, Россия, г. Улан-Удэ

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ИНВАЛИДОВ
(при проживании в доме-интернате общего типа)

В статье рассматриваются вопросы социальной защиты инвалидов проживающих в доме-интернате для престарелых и инвалидов общего типа.

***Ключевые слова**: инвалид, социальная защита инвалидов, социальная реабилитация инвалидов*

Matveeva E.P
Zaigraevskiy nursing home for the elderly and disabled people, Russia. Ulan-Ude

SOCIAL PROTECTION OF PERSONS WITH DISABILITIES
(if living in house-boarding)

The article discusses the issues of social protection of persons with disabilities living in the boarding home for the elderly and disabled of General type.

Key words: disabled, social protection of disabled persons, social rehabilitation of invalids

*AISS of RB - An Autonomous Institution of Social Services of the Republic Buryatia.

В пожилом возрасте большую озабоченность у пожилых граждан вызывает состояние их здоровья, вопросы доступности медицинского обслуживания, лекарственного обеспечения в силу наступления возраста, наличия хронических заболеваний, наличия различного рода ограничений в передвижении и самообслуживании. Увеличение количества пожилых людей приводит к увеличению спроса на оказание различного рода услуг, для данной категории населения, наибольшим спросом пользуются услуги в области здравоохранения и социальной защиты. Особо незащищенной группой являются люди пожилого возраста с наличием инвалидности.

С целью обеспечения инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами, в Российской Федерации принят Федеральный закон от 24 ноября 1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

В соответствии с законом, Инвалидом считается лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты.

Социальная защита инвалидов – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Признание лица инвалидом и определение в установленном порядке его потребность в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма, осуществляется учреждениями Медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Федеральный закон от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», гарантирует инвалидам обеспечение: беспрепятственного доступа инвалидов к информации; к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур; жильем; образованием; рабочими местами; материальной поддержкой и социально-бытовым обслуживанием, которое может осуществляться как в полустационарной форме, форме социального обслуживания на дому, так и в форме стационарного обслуживания.

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

При поступлении в дома-интернаты граждане с наличием инвалидности предоставляют Индивидуальную программу реабилитации, которую сотрудники дома-интерната, помогают реализовать по различным направлениям, в период его проживания.

На сегодняшний день практически половина граждан, находящихся на социальном обслуживании имеет ту или иную степень ограничения и нуждается в более внимательном и требовательном отношении к себе со стороны работников учреждения, оказывающих социальные услуги данной категории граждан. Чтобы обеспечить проживающим в домах-интернатах инвалидам более комфортные, свободные и безопасные условия проживания, в учреждениях организуются и проводятся мероприятия, которые позволяют сделать условия проживания для инвалидов более комфортными и безопасными.

В соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», в учреждениях социального обслуживания оказываются социально-медицинские услуги, направленные на поддержание и сохранение здоровья путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за гражданами, для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Профессиональная реабилитация предусматривает поиск и предоставление подходящей работы.

С целью проведения мероприятий по социальной адаптации граждан в учреждениях применяются различные социальные технологии которые направлены на: снятие негативных психоэмоциональных состояний, на использование остаточных возможностей к труду и развитию моторики, способствуют раскрытию внутренних возможностей и потребностей, сплачивают, отвлекают от болезненных воспоминаний и переживаний, восстанавливают социальные связи, способствуют восстановлению мышечного тонуса, укрепляют

физическое здоровье и пр., что в свою очередь способствует более успешной социализации и адаптации, продлению активного долголетия.

К таким технологиям можно отнести: создание кружков прикладного творчества различной тематики и направленности; создание музыкальных творческих коллективов, групп; организация микро-группы самопомощи и взаимопомощи; организация мероприятий по трудотерапии; организация и проведение спортивных состязаний, соревнований; организация социального туризма; занятия в Университете 3-го возраста, и пр.

Одним из направлений мероприятий по социальной адаптации является обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации - устройствами, содержащими технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

В стационарных учреждениях создаются условия для организации доступной среды проживающим в них инвалидам: устройство пандусов для входа/выхода из здания; установка поручней и боковых опор в (пристенных и горизонатальных) в коридорах, комнатах, санитарных комнатах; обеспечение инвалидов специальными устройствами для осуществления личной гигиены (санитарные стулья/кресло, комплекты для мытья головы в кровати, приспособления для приема пищи; надкроватные и прикроватные столики и пр.); использование в уходе многофункциональных кроватей, специальных средств для подъема и перемещения и пр. технических средств; устройство лифтов и подъемников; оснащение системами информирования для слабовидящих и слабослыщащих(звуковые маяки и информаторы, индукционные системы); устройство тактильных дорожек; оснащение тактильными табличками, наклейками, пиктограммами, стойками и стендами, указателями; нанесение контрастной разметки; оснащение системами быстрого вызова; устройство парковки для инвалидов и пр.

При реализации положений 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», учреждения сталкиваются с рядом проблем, среди которых можно выделить наиболее значимые:

1. При поступлении в учреждение, у инвалида не всегда имеется Индивидуальная программа реабилитации, и специалистам учреждения приходится дополнительно осуществлять мероприятия для ее разработки и получения.
2. При анализе соответствия мероприятий, указанных в ИПР, фактической нуждаемости инвалида, зачастую бывают разногласия в потребности, так как состояние здоровья инвалида изменилось на момент поступления.
3. Для того чтобы установить или подтвердить инвалидность гражданам, необходимо их личное присутствие в бюро МСЭ, что не всегда возможно осуществить из-за состояния здоровья граждан и степени их мобильности. Приходится подстраиваться под график выездных приемов МСЭ в район, которые достаточно редки.

Наличие большого количества граждан с наличием инвалидности влечет за собой организацию и осуществление большого количества мероприятий, связанных с соблюдением и обеспечением их прав и свобод:

1. Осуществление мероприятий по установлению инвалидности впервые;
2. Продление сроков (подтверждение) инвалидности (осуществление доставки, представление интересов)
3. Осуществление медицинской реабилитации (прием и обследование, протезирование, хирургическое вмешательство и пр.)
4. Осуществление мероприятий по трудоустройству инвалидов (регистрация в центре занятости, представление интересов инвалида)
5. Регистрация и подача заявлений в Фонд социального страхования
6. Постановка на очередь и получение ТСР, обучение использованию ТСР, Техническое обслуживание и ремонт ТСР.

Инвалидам, нуждающимся в постороннем уходе и помощи, стационарными учреждениями социальной защиты, предоставляются социально-медицинские, социально-бытовые, социально-правовые, социально-педагогические, социально-психологические услуги в стационарной форме и в форме социального обслуживания на дому, причем необходимо строгое соблюдение условий и правил пребывания инвалидов в организациях социального обслуживания, при которых должны обеспечиваться возможности реализации инвалидами их прав и законных интересов в соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», Федеральным законом от 28.12.2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», другими нормативно-правовыми актами, гарантирующими соблюдение интересов инвалидов и содействующие удовлетворению их потребностей наравне с простыми гражданами.

УДК 159.9

Машарская О.С.

Белорусская государственная академия авиации, г. Минск, Беларусь

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ

В статье приводится эмпирическое исследование уровня социальной фрустрированности студентов, анализируются различия удовлетворённости основными аспектами жизнедеятельности в зависимости от национальности, половых особенностей и семейного положения.

Ключевые слова: *социальная фрустрированность, социальные достижения, аспекты жизнедеятельности.*

Masharskaya O. S.

Belarusian state aviation Academy, Minsk, Belarus

EMPIRICAL STUDIES SOCIAL FRUSTRATION STUDENTS

The article presents an empirical study of the social level of their frustration of the students, we analyzed the differences of satisfaction with the main aspects of life depending on nationality, sexual peculiarities and family situation.

Key words: *social frustrirovannosti, social achievements, aspects of life.*

Нарушения личностных взаимодействия, социальные конфликты, играют существенную роль в психологической жизни личности. Поэтому выделение и квалификация социальных факторов как факторов риска нарушения здоровья является важной психологической задачей, решению которой может способствовать оценка выраженности социальной фрустрированности.

Социальная фрустрированность есть невозможность реализации личностью своих актуальных социальных потребностей. Значимость этих потребностей для каждой личности индивидуальна, зависит от самооценки, системы жизненных ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения проблемных и кризисных ситуаций. К социальным фрустраторам можно отнести неудовлетворенность отношениями в семье и на работе, образованием, социально-экономическим статусом, положением в обществе, физическим и психическим здоровьем, работоспособностью и др.

Весьма вероятно, что длительное влияние социально-фрустрирующих факторов формирует напряженность адаптивных механизмов, а при низкой психологической защите и отсутствии социальной поддержки приводит к психическим и психосоматическим заболеваниям.

Нестабильность в обществе и сопровождающие её процессы отражаются на самочувствии, настроении, субъективном благополучии той части общества, которая в общепринятой возрастной периодизации квалифицируется как юношество. Представляется особенно важным выявление тех факторов неудовлетворенности, которые могут оказать влияние на последующее жизнеопределение.

В исследовании приняли участие 256 студентов в возрасте от 18 до 25 лет, из которых 124 мужчин и 132 женщин; русских – 136 человек, белорусов – 64 человека, американцев – 56 человек; в браке находятся – 105 человек и незамужних (холостых) – 151 человек. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана (модификация В. В. Бойко).

Среди всей выборке студентов наибольшая удовлетворенность по таким показателям, как отношениями с друзьями (1,5), отношениями с родителями (1,6), положением в обществе (1,8) взаимоотношениями с коллегами (1,8) и образом жизни вцелом (1,6).

Неудовлетворенность преобладала по таким шкалам, как обстановка в обществе (2,6), сфера медицинских услуг (2,6), возможность выбора места работы (2,4) и материальным положением (2,3). При этом в общей выборке студентов пониженный уровень фрустрированности (1,5), что свидетельствует о низкой неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности.

Анализ гендерных различий показывает общий уровень фрустрированности пониженный у женщин (1,7) и очень низкий у мужчин (1,2). Неудовлетворенность обстановкой в обществе, сферой медицинского обслуживания, материальным положением, сферой услуг и возможностью выбора места работым характерна для женской выборки студентов. Обстановкой в обществе, сферой медицинского обслуживания и возможностью выбора места работы – неудовлетворенность мужской выборки. Удовлетворенность как для мужчин, так и для женщин присутствует в отношениях с друзьями , родителями и жизни вцелом.

Студенты находящиеся в браке удовлетворены отношениями с друзьями и ребенком, взаимоотношениями с коллегами на работе, неудовлетворены - обстановкой в обществе, сферой медицинского обслуживания и возможностью выбора места работы. Для холостых (незамужних) студентов основная неудовлетворенность в таких сферах, как обстановка в обществе, сфера медицинского обслуживания и материальное положение, а отношениями с родителями и друзьями и жизнью вцелом напротив удовлетворены. По уровню фрустрированности: в браке – 1,6 пониженный уровень, холостые – 1,4 очень низкий.

По результатам теста, у студентов различных курсов нет выраженных различий: все удовлетворены отношениями с родителями и друзьями и образом жизни вцелом, неудовлетворены обстанивкой в обществе и сферой медицинских услуг, 1 курс еще и возможностью выбора места работы. По уровню фрустрированности высокое значение (1,7) у 2 курса, что говорит о пониженном уровне фрустрированности. Такой же уровень и у 3 курса. Очень низкий уровень у 1 курса – 1,3.

Удовлетворенность в той или иной сфере у всех специальностей различная, кроме одного общего параметра – отношения с друзьями: для психологов – отношениями с родителями и ребенком, взаимотношениями с коллегами и образом жизни вцелом; для логопедов – образованием и положением в обществе; для юристов – отношениями с супругой (гом), взаимотношениями с администрацией на работе и образом жизни вцелом; для инженеров – положением в обществе и отношениями с родителями; для лингвистов – материальным положением, отношениями с родителями и образом жизни вцелом.

В результатах неудовлетворенности также прослеживаются заметные различия: психологи – материальным положением, обстановкой в обществе и сферой медицинских услуг; логопеды - обстановкой в обществе и сферой услуг, включая медицинские услуги; юристы - обстановкой в обществе, возможностью выбора места работы и сферой услуг, включая медицинские услуги; инженеры - материальным положением, взаимоотношениями с администрацией на работе, условиями профессиональной деятельности и сферой услуг; лингвисты – отношениями с супругом (ой) и ребенком, возможностью проводить отпуск.

Очень низкий уровень фрустрированности наблюдается у лингвистов (0,9), юристов (1,2) и инженеров (1,3), пониженный – у психологов (1,7) и логопедов (1,9).

Удовлетворенность в той или иной сфере у всех национальностей одинакова по следующим сферам – отношения с друзьями и отношения с родителями, разняться в следующих: беларусы – положение в обществе; американцы – материальное положение и образ жизни вцелом; русские –и взаимоотношения с коллегами, образ жизни вцелом.

Студенты Республики Беларусь неудовлетворены материальным положением, взаимоотношениями с администрацией на работе, условиями профессиональной деятельности и сферой услуг. Студенты США - отношениями с супругом (ой) и ребенком, возможностью проводить отпуск.

К основным фрустрирующим факторам для студентов Российский Федерации являются материальное положение, обстановка в обществе и сфера медицинских услуг.

Выше всего степень неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности у русских, менее у американцев.

Таким образом, социальную фрустрированность можно рассматривать как специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие фрустрирующих факторов. К основным из них, как показало исследование, относятся обстановка в обществе, сфера медицинских услуг, возможность выбора места работы и материальное положение.

Список литературы:

1. Машарская О.С. Кросскультурные различия социальных представленийстудентов о благополучии: Автореф. дис. … канд. псих. наук. Курский государственный университет: Курск, 2012.

УДК 159.964.21

Машарский З.В.

Белорусский научно-исследовательский институт транспорта «Транстехника», г. Минск, Республика Беларусь

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЕКТАМИ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

В статье рассказывается о наиболее эффективных способах управления социальными проектами, которые позволят достичь желаемого результата в проекте.

Ключевые слова: *проектный цикл, социальное управление, прогнозирование, планирование.*

Masharsky Z.

Belarusian research institute of transport «Transtekhnika», Minsk, Republic of Belarus

PROJECT MANAGEMENT IN THE SOCIAL AREA

In article it is told about the most effective methods of management of social projects which will allow to achieve desirable result in the project.

Keywords: *project cycle, social management, forecasting, planning.*

Современная деятельность по оказанию социальных услуг все чаще протекает в условиях, когда исполнители должны произвести целый ряд шагов, условно разбиваемых на три этапа. Первый этап связан с предконкурсной работой, когда исполнитель разрабатывает проект, оценивает его конкурентоспособность и представляет на конкурс. В случае конкурсного успеха начинается второй этап. Он связан с реализацией проекта, с работами по выполнению намеченного плана и освоению предоставленного бюджета. И, наконец, третий этап представляет так называемую послепроектную деятельность. Она связана с оценкой результатов проекта, анализом его эффективности, определения возможностей продолжения проекта, развития его идей[1].

Социальное управление реализует следующие функции: анализ, прогнозирование, целеполагание, планирование, организация работ, контроль и коррекция. Отличительной же чертой социального управления является то, что цель управленческой деятельности рассматривается на уровне личности. Любая активность социального педагога направлена на человека или социальную группу. Эти общие и специфические черты социального управления должны учитываться при организации соответствующих работ, как на уровне планирования, так и на уровне реализации планов.

Субъектами социального проектирования могут быть как отдельные личности, так и организации, трудовые коллективы, социальные институты, специально созданные проектные группы и т.п. Необходимая черта субъекта проектирования – его социальная активность.

Объектами социального проектирования могут быть человек как общественный индивид с его потребностями, интересами, ценностными ориентациями, установками, социальным статусом, престижем, ролями в системе отношений; различные элементы и подсистемы социальной структуры общества; разнообразные общественные отношения[2].

Проектный цикл – это последовательный процесс, в рамках которого планируются, выполняются и оцениваются проекты. Управлять проектным циклом, значит реализовывать все необходимые функции для успешного последовательного осуществления всех стадий процесса достижения поставленной цели. Проектный цикл обеспечивает структуру для поэтапного, информированного и логичного принятия решений на всех стадиях жизни проекта. Проектный цикл состоит из пяти этапов. Рассмотрим каждый этап проектного цикла и определим основные шаги, помогающие осуществлять управленческую деятельность.

I этап – программирование. В течение этого этапа анализируется ситуация в том социальном секторе, который представляет для вас интерес. При этом вы определяете проблемы, которые могут лечь в основу проекта. Проблемой называется крупный теоретический или практический вопрос, который требует разрешения. В ходе реализации любой социальной программы возникают препятствия. Каждое такое препятствие и может содержать в себе одну или несколько проблем, разрешение которых и будет являться ключевым аспектом проекта.

Обзор социально-экономических показателей и приоритетов политики позволит установить рамки, в которых может быть успешна деятельность вашей организации. На этом этапе вы можете выявить международную, федеральную, региональную или местную социальную программу, участие в которой с одной стороны направлено на выполнение стратегии вашей организации, а, с другой стороны, позволит привлечь дополнительные ресурсы, необходимые для эффективной деятельности.

II этап – определение. Первое, с чего начинается этот этап – определение идей проектов. Идеи, которые могут составить содержание будущих проектов, отбираются для последующего изучения. Этот процесс может происходить во время консультаций с предполагаемыми получателями социальных услуг. Необходимо проанализировать проблемы, с которыми они сталкиваются, и определить возможные варианты решения этих проблем. Этап заканчивается решением о том, какие проектные идеи следует развивать на последующем этапе цикла. Проектные идеи соотносятся с определенными на предыдущем этапе рамками и возможностями организации, что позволяет выявить степень уместности и значимости идеи. Этап заканчивается принятием решения о разработке идеи и финансировании проекта.

III этап – формулирование. Выбранные идеи проходят детальную разработку и оформление. Определяются цели и задачи проекта, разрабатывается практический план действий. План действий снова оценивается на выполнимость – возможно ли достижение цели проекта. Оценивается и устойчивость проекта, то есть, возможно ли создание долгосрочной пользы для получателей. Положительная оценка сформулированного проекта дает основание о принятии решения о составлении официального финансового предложения и об обращении за финансированием проекта в конкурсную комиссию.

IV этап – осуществление. Этот этап начинается с мобилизации ресурсов. Если в процессе выполнения проекта требуется участие третьих лиц в виде поставщиков продукции и услуг, арендодателей и др., то с ними заключаются договора, определяются сроки и условия выполнения работ. Когда подготовлены все ресурсы, приступают к работам по реализации целей проекта в соответствии с планом деятельности.

Во время выполнения работ необходимо проводить мониторинг хода проекта. Ход работ сравнивается с планом, оцениваются промежуточные результаты. Отслеживаются вновь возникающие препятствия, и определяется степень их влияния на результат. При необходимости производится корректировка плана. Она может заключаться в изменении ресурсной базы, перераспределения ресурсов, смены партнеров. В редких случаях может быть изменено финансирование проекта, но лучше всего укладываться в отведенный бюджет. При получении конечного результата проекта этап осуществления заканчивается. Однако это не означает окончания проекта. Следующий этап не менее ответственен и играет важную роль в создании имиджа организаций.

V этап – оценка. Этап оценки необходим для возобновления проектного цикла. В некотором роде, это послепроектная деятельность, направленная на будущее организации. Оценка нужна для подведения итогов выполненного проекта и для построения планов на будущее[3].

Этап оценки предполагает работу по оценке воздействия проекта на ситуацию, извлечение уроков из выполнения проекта, выработка рекомендаций для улучшения в будущем проекте. Распространенной практикой является проведение промежуточной оценки для определения уроков, которые могут быть использованы для улучшения оставшейся части проекта. Для оценки качества исполнения проекта необходимо выбрать объективно проверяемые показатели. Эти показатели описывают цели проекта в оперативно измеряемых величинах и обеспечивают базу для определения качества работы. Выбранные показатели должны, содержать краткую информацию о качестве, количестве и времени, а при необходимости и о местоположении.

Ниже представлена последовательность шагов в процессе работы над социальным проектом.

Подготовка проекта:

Шаг № 1. Создание, обучение проектной группы, изучение ее возможностей. Шаг № 2. Изучение социальной ситуации. Шаг № 3. Выделение приоритетной социальной проблемы. Шаг № 4. Определение цели и задач социального проекта. Шаг № 5. Составление плана работы. Шаг № 6. Составление рабочего графика. Шаг № 7. Определение обязанностей и их распределение в команде. Шаг № 8. Определение ресурсов и источников их получения. Шаг № 9. Составление бюджета. Шаг № 10. Формирование общественного мнения.

Реализация проекта:

Шаг № 11. Составление предложений по проекту. Шаг № 12. Поиск деловых партнеров. Шаг № 13. Проведение официальных переговоров. Шаг № 14. Получение необходимых ресурсов. Шаг № 15. Проведение плановых мероприятий. Шаг № 16. Корректировка хода реализации проекта[4].

В завершение необходимо отметить, что в современных условиях реализации государственной социальной политики задачи государственных социозащитных учреждений становятся гораздо шире, чем просто управление отдельными проектами, – появляется необходимость перехода на принципиально новый уровень системного управления проектами, который, прежде всего, предполагает неделимость, неразрывную связь всех проектов по всем направлениям, реализуемых в учреждении.

Список литературы:

1. *Агранович Б.В., Моисеева А.П.* Проектный менеджмент в социальной сфере. – М: ТПУ, 2008.
2. *Дридзе Т.М.* Прогнозное социальное проектирование. – М.: Наука,1994.
3. *Кравченко А.И., Тюрина И.О.* Социология управления. – М.: Академический Проект; Трикста, 2004.
4. *Курбатов В.И., Курбатова О.В.* Социальное проектирование. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

УДК 378.035:[378.016:615

Мельничук С.П.
Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФАРМАКОЛОГИИ

В статье рассматриваются вопросы формирования социальной активности у студентов-медиков и их роль в становлении физического, психического, социального здоровья детей и молодежи.

Ключевые слова: *студенты-медики, социальная активность, фармакология.*

Melnychuk S.P.
Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

FORMATION OF THE SOCIAL ACTIVITY OF MEDICAL STUDENTS DURING PHARMACOLOGY CLASSES

The article deals with the issues of the medical students social activity generation and their role in the formation of physical, mental and social health of children and youth.

Keywords: *medical students, social activity, pharmacology.*

Формирование у молодого поколения социальной активности является центральным вопросом идеологии государства и всей системы воспитания [3]. Актуальность создания современного образовательного пространства и внедрения инновационных технологий учебно-воспитательной и социальной деятельности являются безоговорочными и приоритетными задачами высших медицинских учреждений. Ведь это обеспечивает развитие цельной личности будущего врача и создает необходимые условия для ее гармоничного физического, психического, духовного и социального становления, воспитания сознательного отношения к собственному здоровью как высшей ценности, возможность активно интегрироваться в современное общество и успешно реализовывать себя в профессиональной деятельности. Преподаватели Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» создают такие условия обучения и воспитания, при которых студенты-медики понимают свою ответственность не только за свое будущее, но и за сохранение, восстановление и укрепление здоровья нации, поскольку именно от профессионального мастерства врачей зависит, каким оно будет [1].

На практических занятиях по фармакологии педагоги уделяют особое внимание развитию социальной активности студентов, гуманистическом развитии их личности, воспитанию духовной культуры, развитию способностей и жизненных навыков через собственное самопознание и самосовершенствование. Формирование здорового образа жизни детей и молодежи, культуры здоровья, стремление быть здоровым – это система ценностных ориентаций, которые приобретают будущие медицинские специалисты на практических занятиях.

Так, при рассмотрении темы «Вступление в лекарствоведение» внимание студентов привлекают к правилам выписывания, безопасного хранения и обмена сильнодействующих и наркотических средств, которые вызывают психическую и физическую зависимость. На этом занятии преподаватель обсуждает со студентами умение корректно и ответственно работать с пациентами, которые уязвимы при заболеваниях, требуют поддержки и внимания. В этот период будущие врачи могут донести больным, что качество их жизни, здоровье, безопасность и благополучие наиболее всего зависят от их поведения и образа жизни. Наряду с этим, студенты-медики должны помнить, что первое употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ чаще всего происходит в подростковом возрасте, а это ставит их перед необходимостью вести систематическую и скоординированную работу по антиалкогольному, антинаркотическому воспитанию, выявлению случаев первичной наркомании и токсикомании, пьянства среди детей и молодежи.

Тема «Общая фармакология» позволяет будущим врачам рассмотреть вопросы изменения фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных веществ в организме человека при употреблении алкоголя, курении, нерациональном питании. Так, алкоголь может потенциировать (усиливать), ингибировать (уменьшать) или искажать действие лекарственного средства до неузнаваемости, придавая медикаменту абсолютно нехарактерные для него свойства. Также на этом занятии обсуждаются явления, развивающиеся при употреблении наркотических веществ, алкоголизме, курении – толерантность (привыкание), физическая или психическая зависимость, синдром отмены, эйфория. Не понимая причин возникновения и механизмов развития этих явлений, будущий доктор не может полноценно оказать помощь таким пациентам и помочь им в дальнейшей реабилитации. Укрепить эти знания и расширить их студенты могут при изучении темы «Лекарственные средства, влияющие на афферентную иннервацию», где активно обсуждаются социальные аспекты кокаинизма, и темы «Наркотические и ненаркотические анальгетики», на которой студенты вплотную приближаются к особенностям фармакокинетики и фармакодинамики наркотических средств и их побочных эффектов.

При изучении темы «Лекарственные средства, влияющие на функции органов дыхания» преподаватели кафедры акцентируют внимание студентов на профилактике заболеваний бронхолегочной системы, поскольку даже используя весь имеющийся арсенал медикаментов для лечения пневмонии или бронхиальной астмы, врач не гарантирует полного выздоровления и отсутствия остаточных явлений. Рассматривая тему «Лекарственные средства, влияющие на функцию органов пищеварения» студенты-медики обсуждают причины анорексии у подростков и пути ее устранения, опасности использования анорексигенных и слабительных средств женщинами с целью уменьшения массы тела, профилактики гастрита и язвенной болезни у молодежи. Ведь, соблюдая элементарные принципы в питании – полноценности, разнообразия, умеренности, можно предотвратить заболевания органов пищеварения и укрепить свое здоровье.

Изучение лекарственных средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему, неразрывно связано с рассмотрением причин и механизмов развития сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, а главное – профилактики этих заболеваний. При этом, студенты-медики понимают важность воспитания у подростков и молодежи устойчивой мотивации на здоровье и здоровый образ жизни путем освоения ими знаний о приоритете здоровья и механизмах жизнедеятельности организма человека, обучения средствам и методам оценки своего физического состояния, использования возможностей организма и природных средств оздоровления.

При рассмотрении темы «Гормональные препараты стероидной структуры» преподаватели кафедры обсуждают со студентами проблемы раннего начала половой жизни, плохой информированности о методах контрацепции, нежелательной беременности – все это наносит непоправимый вред здоровью, ведь готовность к половой жизни тесно связана с ответственностью за свои поступки, социальной и экономической самостоятельностью. Довольно часто раннее материнство ведет к социальной изоляции юных матерей, прерыванию их образования. Будущие врачи должны понимать, что репродуктивное здоровье молодежи зависит от ее собственной грамотности, понимания особенностей протекания процессов физического, психического и социального развития.

Всю важность профилактической работы среди населения студенты-медики могут оценить, изучая противовирусные, противотуберкулезные, противопротозойные и противосифилитические средства. Преподаватели кафедры обязательно акцентируют внимание на причинах возникновения, распространения, развития ВИЧ-инфекции и СПИДа, вирусных гепатитов; большое внимание уделяется масштабам и причинам массового распространения туберкулеза, сифилиса, протозойных инфекций. Понятно, что вести эффективную борьбу с этими инфекциями будущим врачам будет легче при достаточной информированности населения относительно элементарных способов и методов защиты от них [2].

Таким образом, нужно обратить внимание на то, что культура здоровья, социальная активность должны не изучаться, а воспитываться. Для эффективной реализации этой цели на практических занятиях по фармакологии создаются соответствующие условия: постоянное мотивирование студентов-медиков здоровому образу жизни и безопасной жизнедеятельности; использование интерактивных методов обучения, что обеспечивает индивидуализацию восприятия, активное участие каждого студента и групповое взаимодействие; разнообразие методик проведения занятий; применение личностно-ориентированного обучения; обеспечение связи между теоретическими знаниями и возможностями их практического применения, наличие учебно-методического обеспечения для всех участников учебно-воспитательного процесса; ценностное отношение педагога к своему здоровью, личного примера соблюдения правил здорового, безопасного образа жизни и социальной активности.

Список литературы:

1. Свінціцький А.С. Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки // Практикуючий лікар. – 2013. – № 2. – С. 7-13.

2. Шушпанов Д.Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації // Демографія та соціальна економіка. – 2015. – Т. 24, № 2. – С. 141-152.

3. Янкін В.М. Соціальна активність як показник успішної соціалізації особистості // Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка. Психологія. – 2014. – Т. 2, № 2. – С. 108-110.

УДК 378.015.31:613.8:159.923.2

Мельничук С.П.
Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В статье рассматриваются вопросы значимости формирования здорового образа жизни и роль медиков в сохранении здоровья детей и молодежи.

Ключевые слова: *здоровье, здоровый образ жизни, студенты-медики.*

Melnychuk S.P.
Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL BASICS OF THE HEALTHY LIFESTYLE FORMATION

The article deals with the issues of significance of the healthy lifestyle formation and role of the medics in the preservation of health of children and youth.

Keywords: *health, healthy lifestyle, medical students.*

Формирование и сохранение здоровья на всех этапах развития человека – приоритетная задача любого государства [4]. При этом, создание благоприятных условий для жизни детей и молодежи является первоочередным [2], ведь состояние физического, психического, социального и духовного здоровья подрастающего поколения – это интегральный показатель общественного развития, действенный фактор влияния на культурный и экономический потенциал страны. Именно врачи призваны создать условия для сохранения и укрепления здоровья молодежи, а главное – вести пропедевтическую работу в указанном направлении.

К сожалению, объективных и субъективных причин снижения уровня здоровья детей и молодежи множество: социально-экономический кризис, снижение материального благосостояния значительной части населения, ухудшение экологической ситуации, слабая материально-техническая база учебных и оздоровительных учреждений, увеличение учебной нагрузки, гиподинамия, несовершенная структура системы здравоохранения, отсутствие у многих подростков приоритета здоровья и мотивации на здоровый образ жизни как ведущий фактор сохранения и укрепления здоровья. Алкоголизм, наркомания, курение, депрессии, игромания, суициды – последствия отсутствия культуры здоровья у молодежи, ценностных ориентиров формирующих здоровье человека. Ведь здоровье обеспечивает определенный уровень жизнедеятельности человека в молодом возрасте и создает запас для старости, когда меняется характер метаболических процессов в организме, снижается адаптивность и совершенство механизмов регуляции.

Здоровье является элементом индивидуальной культуры жизнедеятельности человека. Эта культура определяется уровнем развития умений и навыков, способствующих сохранению, укреплению и восстановлению здоровья человека, реализации внутренних резервов его организма. Культура здоровья отражается в специфических формах и способах жизнедеятельности личности, которые выробатываются, начиная с раннего детства, и реализуются в течение всей жизни. Психолого-педагогические основы культуры здоровья – это достаточная осведомленность и мотивированность действий по ведению здорового образа жизни [5].

Здоровый образ жизни – это совокупность ценностных ориентаций и установок, привычек, режима и темпа жизни, направленных на сохранение, укрепление, формирование здоровья в процессе обучения, воспитания, общения, труда и отдыха. Составляющие здорового образа жизни включают элементы, касающиеся всех аспектов здоровья: осознание ценности здоровья, отсутствие вредных привычек, доступ к рациональному, сбалансированному питанию, условия быта, условия труда, двигательная активность, закаливание, личная гигиена, положительные ємоции, интеллектуальное, нравственное и духовное развитие, формирование и развитие волевых качеств [3].

Роль врача в формировании навыков здорового образа жизни подростков и молодежи является чрезвычайно важной, ведь он должен осуществлять профилактику курения, наркомании, токсикомании, случаев бытового пьянства среди детей и молодежи. Систематическая и скоординированная работа должна вестись врачами по профилактике среди молодежи беспорядочных, опасных половых связей и инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИДа; сохранению репродуктивного здоровья молодежи – популяризации знаний о методах предотвращения нежелательной беременности и планирования семьи; формированию «моды на здоровье» и культуры отдыха с акцентом на активных его формах [1].

Врачебный профессионализм включает в себя не только отношения между врачом и пациентом, его семьей и отношения с коллегами, другими медицинскими специалистами, а и ежедневную кропотливую работу среди детей, подростков, молодежи по профилактике вредных привычек и социально опасных заболеваний, а главное – собственным примером ежедневно доказывать преимущества здорового образа жизни. Врачебная профессия в целом, а также заинтересованность и небезразличие отдельно каждого врача играют существенную роль в воздействии на общественное здравоохранение; медико-санитарную подготовку; охрану окружающей среды; законы, влияющие на здоровье и благополучие населения.

Врачи собственным примером должны формировать у молодежи потребность в здоровом образе жизни путем воспитания волевых качеств характера, активной просветительской работе, совершенными знаниями правовых основ здравоохранения, правильному отношению к жизненным ценностям, формированию интереса к творческой, познавательной деятельности, созданию условий для социального и профессионального самоопределения, профилактическим мероприятиям.

Сократ говорил: «Если человек сам следит за своим здоровьем, то трудно найти врача, который знал бы лучше, что полезно для его здоровья, чем он сам». Действительно, человек имеет присущие только ему таланты, он наделен умом, и потому способен творить свою судьбу, но для этого нужно постоянно работать над собой, укреплять свое здоровье, иметь активную жизненную позицию, формировать ценностное отношение к собственному здоровью, здоровью окружающих, окружающего мира и готовность вести здоровый образ жизни, приобретая полезные навыки.

Таким образом, здоровый образ жизни предполагает соблюдение определенных правил, которые обеспечивают гармоничное развитие, высокую работоспособность, душевное равновесие и здоровье человека. Здоровый образ жизни – это практические действия, направленные на предотвращение болезни, укрепление всех систем организма, улучшение общего самочувствия человека, и обеспечивают ему необходимый уровень жизнедеятельности и здоровое долголетие.

Список литературы:

1. Білан Є.О. Практики підтримки здорового способу життя серед студентської молоді // Соціологія. – 2014. – Т. 108, № 4. – С. 98-103.
2. Бондаренко В.В., Квак О.В. Фактори формування здорового життя студентів // Наука і освіта. – 2013. – № 4. – С. 83-85.
3. Дідик Н.М. Вивчення проблеми формування здорового способу життя серед молоді // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Вип. 26. – С. 119-128.
4. Хожило І.І. Здоровий спосіб життя як сучасна домінанта державної молодіжної політики в Україні // Аспекти публічного управління. – 2014. – № 3-4. – С. 75-80.
5. Hill K., Walwyn R., Camidge D. A Rabdomized Feasibility Trial of a New Lifestyle Refferal Assessment Versus Usual Assessment in an Acute Cardiology Setting // J. Cardiovasc. Nurs. – 2016. – Vol. 31, № 6. – P. 507-516.

УДК 364

Мещенкова А.Е., Решетникова Е.В.
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СПОСОБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ КАК РЕСУРС РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА РЕГИОНА

В данной статье рассматривается сущность и содержание понятия «социальные способности», а также восстановление способностей человека путём социальной реабилитации и адаптации в современном обществе.

Ключевые слова: *социальные способности, социальная реабилитация, социальная работа, социальный капитал.*

Meschenkova A.E., Reshetnikova E.V.
Irkutsk State University, Irkutsk, Russia

RECOVERY ABILITIES OF THE PERSON IN SOCIAL WORK AS A RESOURCE FOR THE DEVELOPMENT OF SOCIAL CAPITAL IN THE REGION

This article considers the essence and content of the concept «social abilities», and recovery of human abilities through social rehabilitation and adaptation in modern society.

Keywords: *social abilities, social rehabilitation, social work, social capital.*

Способности – это индивидуально-психологические особенности личности, обеспечивающие успех в деятельности, в общении и лёгкость овладения ими. Способности не могут быть сведены к знаниям, умениям и навыкам, имеющимся у человека, но способности обеспечивают их быстрое приобретение, фиксацию и эффективное практическое применение [2].

У человека, кроме биологически обусловленных, есть способности, обеспечивающие его жизнь и развитие в социальной среде: это общие и специальные способности, теоретические и практические, учебные и творческие, предметные и межличностные и т.п.

Реабилитация является составной частью воспроизводственных процессов в обществе и нацелена на активизацию социальных ресурсов. Социальная реабилитация, её форма и содержание находятся в тесной взаимосвязи с социальной адаптацией и дезадаптацией людей в обществе. Она выступает как регулятор уровня этих процессов и конкретной реализации политики сохранения человеческого потенциала.

На международном уровне ярким примером восстановления и развития человеческих способностей может служить физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов путём проведения паралимпийских игр. Последняя такая олимпиада среди инвалидов состоялась в Сочи в марте 2014 года (XI Паралимпийские зимние игры, «Сочи-2014»). На федеральном уровне большую работу по осуществлению реабилитации инвалидов средствами физкультуры и спорта проводят общественные организации инвалидов. В настоящее время в России действует более 600 таких физкультурно-спортивных клубов (Российский спортивный союз глухих, общественная спортивная организация «Олимп», Спортивная Федерация Всероссийского общества слепых и мн. др.), открываются специализированные детско-юношеские спортивные школы. В Иркутской области реабилитационную работу проводит региональное отделение «Специальная олимпиада России», основной целью которого является социальная реабилитация и адаптация людей с умственной отсталостью с помощью программ, основанных на адаптивном спорте и физкультуре. Физическая культура – это особая область культуры, которая выполняет реабилитационную роль путём развития двигательного аппарата, повышения работоспособности, удовлетворения потребности в общении, восстановления психологического статуса, самореализации, и является особым ресурсом развития социального капитала.

Что касается, к примеру, творческой реабилитации, то здесь стоит упомянуть о проведении в Иркутской области Фестиваля «Байкальская звезда» для творчески одарённых детей-инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Сегодня перед Фестивалем стоят благородные цели – содействие социальному, культурному становлению, творческому и духовному развитию детей, нуждающихся в особой заботе государства, активизация их художественного потенциала и самореализации в рамках развития и сохранения социального капитала региона.

Также в процессе реабилитации немаловажное значение имеет реабилитационный потенциал, выражающийся в биологических и психофизиологических характеристиках человека, социально-средовых факторах, которые позволяют в той или иной степени реализовать его потенциальные способности.

Социальная работа и социальная реабилитация как любой процесс имеет объект (тот, на кого направлено воздействие) и субъект (тот, кто осуществляет данное воздействие), подразумевающие межличностное взаимодействие. В свою очередь, взаимодействие в процессе реабилитации также является способностью человека. Способности к общению, взаимодействию с людьми – носят межличностный характер, и наиболее социально обусловлены, что достаточно важно для психологического развития человека, его социализации и приобретения им необходимых форм общественного поведения. Условиями и предпосылками развития у человека социальных способностей являются:

1. Наличие общества, социально-культурной среды, обеспечивающих существование человека и удовлетворение его собственно человеческих потребностей;
2. Необходимость участия в различных сложных и высокоорганизованных видах человеческой деятельности;
3. Наличие с рождения вокруг человека людей, которые уже обладают необходимыми ему способностями и в состоянии передать ему нужные знания, умения и навыки, располагая при этом соответствующими средствами обучения и воспитания.

В 2014 году нами был проведён экспертный опрос, целью которого явилось выявление отношения к проблеме формирования и развития социального капитала Иркутской области. По вопросу восстановления социальных способностей человека участники экспертного опроса также выразили свою точку зрения: 62,5% указали потребительское отношение людей к жизни, низкую мотивацию к самореализации, нежелание что-либо делать; 26% указали одной из проблем недостаточное взаимодействие между учреждениями социальной сферы и недостатком информированности о таких учреждениях. 11,5% определили большие возможности для восстановления социальных способностей человека в городской среде, в то время как сельская местность практически не охвачена данным процессом. Социальную политику региона в данном аспекте 75% экспертов признали неэффективной.

В понятие «социальные способности», по нашему мнению, можно включить и такую способность человека как социального существа – умение быть полезным для общества, то есть быть гражданином с активной жизненной позицией посредством участия в общественных организациях различной направленности; участия в политических акциях, выборах; участия в реализации социальных проектов и программ по улучшению качества общественной жизни, и пр. Не менее важной составляющей умения быть полезным является и профессиональная направленность людей (например, такие профессии как – врач, педагог, психолог, социальный работник, эколог и т.п.).

Для уточнения представлений о способности умения быть полезным для общества хотелось бы особо выделить термин «социальное служение», Как социальная норма «социальное служение» в последнее время стало широко применяться и к добровольческой деятельности (волонтёрству). Активность в сфере добровольчества – движущая сила развития общественных институтов. Такая деятельность обеспечивает важный вклад в социальную политику страны и повышение качества жизни граждан.

Подробно проанализировав понятие «социальных способностей» человека можно выделить следующие социально-значимые мотивы участия в их практике. Это самоорганизация личностного потенциала; общественное призвание, чувство социальной значимости; профессиональное ориентирование; приобретение полезных социальных и практических навыков; возможность общения и социального взаимодействия; способность выразить свою гражданскую позицию; выполнение нравственного и морального долга; организация свободного времени.

В заключении следует отметить, что основополагающим критерием развития социальной жизни является человек, его индивидуальные особенности и взаимодействие с другими людьми. Возможности и способности человека составляют его потенциал, который, в свою очередь, является важным социальным ресурсом развития социального капитала.

Список литературы:

1. Решетников В.А. Сущность и проблемы организации социальной реабилитации дезадаптированных детей /В.А. Решетников, Т.М. Хижаева. – Иркутск: «Оттиск», 2013. – 116 с.
2. Столяренко Л.Д. Основы психологии: учеб. пособие / Л.Д. Столяренко. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000. – 672 с.

УДК 316.628:37.048.45-053.67

Мизеркина Е. П., Ефременко Н.Д.
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В статье рассматриваются психологические особенности профессионального самоопределения в юношеском возрасте и факторы, влияющие на мотивацию студентов к получению профессии.

Ключевые слова: *мотивация, выбор профессии, профессиональное самоопределение, психологические, нравственные качества личности.*

Mizerkina E. P., Efremenko N.D
Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PROFESSIONAL IDENTITY IN ONE'S TEENS

The article considers psychological peculiarities of professional identity in one's teens and factors influencing students' profession motivation.

Key words: *motivation, career choice, professional identity, personal psychological and moral qualities.*

В юности отчетливо проявляется индивидуальность каждого молодого человека, все яснее выступают его психологические и физиологические особенности, которые в своей совокупности определяют склад его личности. Именно в этот период происходит выбор профессии. Это социально-значимая проблема, решение которой происходит на дотрудовой стадии социализации. Чтобы раскрыть основные мотивы выбора профессии, следует отметить, что причины, побуждающие выбрать ту или иную профессию, делятся на внешние и внутренние. Внутренние причины: общественная и личная значимость профессии; удовлетворение, которое приносит работа благодаря ее творческому характеру; возможность общения, руководства другими людьми. Внутренняя мотивация возникает из потребностей самого человека, поэтому на ее основе человек трудится с удовольствием, без внешнего давления. Внешняя мотивация – это заработок, стремление к престижу, боязнь осуждения, неудачи[1].

Совокупность потребностей и мотивов, устойчиво характеризующая данного человека, образует его мотивационную сферу. Структура мотивационной сферы человека, достигшего высокого уровня сформированности личности, предполагает наличие у него устойчиво-доминирующих моральных мотивов, которые, подчиняя себе все другие потребности и мотивы, приобретают в его жизни ведущее значение.

Молодые люди существенно отличается друг от друга не только по темпераменту и по характеру, но и по своим способностям, потребностям, стремлениям и интересам, разной степенью самосознания. Индивидуальные особенности проявляются и в выборе жизненного пути. Выбор профессии и овладение ею начинается с профессионального самоопределения, выбора будущей сферы деятельности с учетом имеющегося психофизиологического ресурса[2].

Изучение значимости мотивов учебной деятельности и профессионального выбора молодежи определяющие значение приобретают мотивы самоопределения и узкопрактические, в выборе профессии – мотивация «на себя». Развитие профессиональной направленности студентов в профессиональном образовательном учреждении определяется положительным отношением к профессии и строятся мотивах.

Обучение студентов проходит в сложном взаимодействии, переплетении социально-обусловленных процессов. Поэтому, проблемой профессионального образования является переход от учебной деятельности студентов к профессиональной деятельности, посредством трансформации познавательных мотивов студента в профессиональные мотивы специалиста. Мотивация у студентов на протяжении обучения в профессиональном образовательном учреждении является важным фактором формирования профессионального мастерства, а в дальнейшем повышения своей компетентности. А поскольку общей конечной целью обучения является профессиональная подготовка специалистов, то отношение студентов к своей будущей профессии можно рассматривать как форму и меру принятия конечных целей обучения. Наиболее обобщенной формой отношения человека к профессии является профессиональная направленность (становление), которая характеризуется как интерес к профессии и склонность заниматься ею[3].

Мы решили изучить мотивацию к получению профессии студентов медицинского колледжа. В настоящее время в колледже ведется подготовка по следующим специальностям: «Сестринское дело», «Медико-диагностическое дело», «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», «Фармация». Нами были исследованы три группы студентов первого курса, средний возраст которых составил 16-19 лет. Общее количество респондентов - 60 человек.

Первым этапом исследования стало анкетирование по результатам которого можно сделать вывод о том, что большинство студентов первого курса сделали свой выбор профессии осознано, однако часть респондентов недостаточно мотивированна на обучение и получение профессии. В целом адаптация первокурсников проходит нормально благодаря работе кураторов групп и социально-психологическому сопровождению.

Вторым исследованием, проведенным нами, стал тест «Мотивация достижения». Данный тест предназначен для диагностики двух мотивов личности – стремления к успеху и избегания неудачи. Выясняется, какой из двух мотивов у человека доминирует. Тест имеет две формы – мужскую (а) и женскую (б). На основе подсчета суммарного балла определяется, какая мотивационная тенденция доминирует у испытуемого.

Проведенное нами тестирование показало, что у 66,6% респондентов (40 человек) сумма баллов оказалась в интервале от 76 до 164, это показатель о доминировании стремления избегать неудачи. У 33,3% респондентов сумма оказалась в интервале от 165 до 210, что свидетельствует о том, что в мотивации достижения успехов у данных испытуемых доминирует стремление к успеху.

Сумма баллов в пределах от 30 до 75, которая не позволяет сделать никакого определенного вывода о доминировании друг над другом мотивации достижения успехов или избегания неудач нами не выявлена.

Следующим этапом нашего исследования стала методика «Мотивы выбора профессии» (Р.В. Овчарова). Данная методика позволяет определить ведущий тип мотивации при выборе профессии. Анализ результатов тестирования (среднее значение по группе) представлен на рисунке.

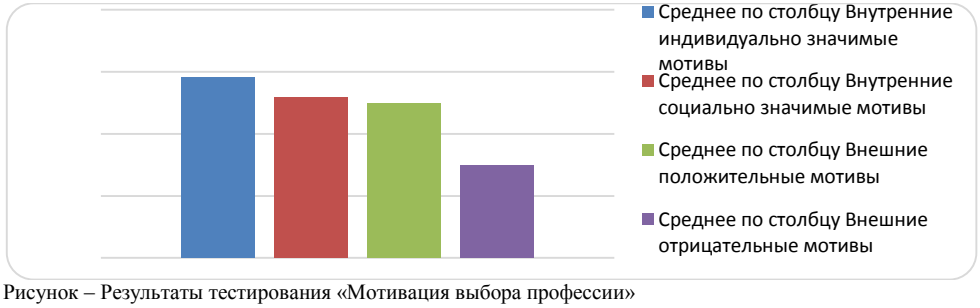


Рисунок – Результаты тестирования «Мотивация выбора профессии»

Внутренние мотивы выбора той или иной профессии (среднее значение по группе респондентов) –2,98 баллов индивидуально значимые мотивы и 2,91 балл социально значимые мотивы. Студенты отдали приоритет общественной и личной значимости; удовлетворению, которое приносит работа благодаря ее творческому характеру; возможности общения, руководства другими людьми.

Внутренняя мотивация возникает из потребностей самого человека, поэтому на ее основе человек трудится с удовольствием, без внешнего давления. Внешние мотивы можно разделить на положительные и отрицательные. К положительным мотивам относятся: материальное стимулирование, возможность продвижения по службе, одобрение коллектива, престиж, т.е. стимулы, ради которых человек считает нужным приложить свои усилия – 2,9 баллов. К отрицательным мотивам относятся воздействия на личность путем давления, наказаний, критики, осуждения и других санкций негативного характера – 2,7 баллов.

Исследования показывают, что преобладание внутренних мотивов наиболее эффективно с точки зрения удовлетворенности трудом и его производительности. То же самое можно сказать и относительно положительной внешней мотивации.

Таким образом, итоги нашего исследования показывают, что выбор профессии большинством студентов медицинского колледжа является осознанным, что подтверждается диагностикой стремления к успеху и избегания неудачи. Проведенное нами тестирование показало, что у 66,6% респондентов (40 человек) доминирует стремление избегать неудачи. У 33,3% респондентов, что в мотивации достижения успехов у данных испытуемых доминирует стремление к успеху. В процессе обучения профессии эти показатели могут изменяться. Исследование мотивов выбора профессии показывают, что у студентов преобладают внутренние мотивы и положительная внешняя мотивация, что наиболее эффективно с точки зрения удовлетворенности трудом и его производительности.

Список литературы:

1. Асеев,В.Г. Мотивация поведения и формирование личности – М.: Мысль, 2006. - 158 с.
2. Дьяченко, Н.Н. Профессиональное воспитание учащейся молодежи / Н.Н. Дьяченко. – М.: Просвещение, 2001. – 167 с.
3. Валитов, М.С. Особенности профессиональной консультации подростков / М.С. Валитов //Вопросы психологии – 2004 – №6. – С. 60–63.

УДК 364

Мокеев А.М.
Центр социальной поддержки населения, г. Улан-Удэ, Россия

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПО ВЫХОДУ ИЗ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ МАЛОИМУЩИХ ГРАЖДАН РЕСПУБЛИКИ ПУТЕМ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО КОНТРАКТА

В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы с малоимущими семьями и одиноко проживающими гражданами в Республике Бурятия.

Ключевые слова: *адресная социальная помощь, социальный контракт, программа социальной адаптации, трудная жизненная ситуация.*

Mokeev A.M.
Centre of social support, Ulan-Ude, Russian

NEW POSSIBILITIES ON EXIT FROM DIFFICULT VITAL SITUATION OF POOR CITIZENS OF REPUBLIC BY CONCLUSION OF SOCIAL CONTRACT

The article deals with the organization of social work with poor families and odinokoprozhivayuschimi citizens in the Republic of Buryatia.

Keywords: *address social help, social contract, program of social adaptation, difficult vital situation.*

В Республике Бурятия реализуется ряд мер, направленных на социальную поддержку малоимущих семей и одиноко проживающих граждан, с целью стимулирования их активных действий по преодолению трудной жизненной ситуации.

Одной из форм оказания государственной социальной помощи гражданам является оказание социальной помощи на основе социального контракта, которая предполагает повышение качества жизни малоимущих семей посредством вовлечения их в процесс трудовой деятельности.

Данная форма работы с малоимущими семьями действует с 2010 года, когда впервые пилотный проект по внедрению системы социальных контрактов для семей успешно реализовался в Иволгинском районе, а затем и на всей территории республики.

С января 2016 года расширились возможности по выходу из трудной жизненной ситуации малоимущих граждан путем оказания адресной социальной помощи на основании социального контракта. Вступило в силу постановление Правительства Республики Бурятия от 22.09.2015 г. № 471 «Об утверждении положения о назначении и выплате адресной социальной помощи на основании социального контракта».

Адресная социальная помощь на основании социального контракта оказывается малоимущим семьям и малоимущим одиноко проживающим гражданам, среднедушевой которых ниже величины прожиточного минимума, установленного в Республике Бурятия.

С малоимущей семьей заключается социальный контракт, в соответствии с которым семье оказывается социальная помощь, а семья обязана реализовать мероприятия, предусмотренные программой социальной адаптации. В программу социальной адаптации включаются мероприятия по социальной адаптации, направленные на преодоление трудной жизненной ситуации. Размер социальной помощи также определяется с учетом мероприятий программы социальной адаптации и не может превышать 50 тыс.рублей.

Социальная помощь предоставляется на определенные цели:

- на организацию собственного дела и осуществление предпринимательской деятельности;
- на ведение личного подсобного хозяйства;
- на обеспечение пожарной безопасности жилого помещения в жилищном фонде независимо от форм собственности.

Особое внимание уделено обеспечению пожарной безопасности в жилых помещениях малоимущих семей, в т.ч. семей, находящихся в социально-опасном положении.

В 2016 году на оказание адресной социальной помощи выделен 1 млн. рублей. Социальный контракт заключен с 33 семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации.

Из них:

- на обеспечение пожарной безопасности социальную помощь получили 25 семей на общую сумму 805292 руб. Семьям произведен ремонт печи, ремонт или замена электропроводки.
- на ведение личного подсобного хозяйства (на развитие огородничества) - 6 семей на сумму 112438 руб. Семьями приобретены и установлены теплицы.
- на организацию собственного дела и осуществление предпринимательской деятельности - 2 семьи на сумму 82270 руб. Одной семьей приобретена швейная машинка, другой – аппарат для производства попкорна и сахарной ваты.

В соответствии со сроками, установленными программой социальной адаптации, оценивается изменение материального положения семьи, полнота и соблюдение сроков реализации получателями социальной помощи мероприятий, предусмотренных программой социальной адаптации, необходимость дополнительного содействия в их реализации.

По итогам реализации проекта наблюдается следующее:

1) рост качества жизни семей, получивших адресную помощь на обеспечение пожарной безопасности, а именно:

- в связи с ремонтом и заменой электропроводки обеспечено соблюдение мер пожарной безопасности жилого помещения семей – участников социального контракта;
- улучшение ситуации в семьях, находящихся в социально-опасном положении (в 4 семьях прекращена индивидуальная профилактическая работа в связи с улучшением ситуации);

2) 8 семей, получивших адресную помощь на развитие личного хозяйства и осуществление предпринимательской деятельности, улучшили свое материальное положение.

Таким образом, благодаря данному социальному проекту семьи, находящиеся в трудной жизненной ситуации, в зависимости от выбранного семьей основания, имеют возможность повысить уровень своего материального положения, начать собственное дело, обеспечить условия для безопасного проживания в жилом помещении и т.д.

В 2017 году организация работы по оказанию адресной социальной помощи малоимущим семьям и одиноко проживающим гражданам будет продолжена.

УДК 316.4:600 14

Молдокеева Ж.Ф.

Кыргызский Национальный Университет им Ж. Баласагына, г. Бишкек, Кыргызстан

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА БАЗАР-КОРГОН)

В статье рассматривается санитарно-гигиеническая практика населения и повышение информированности санитарно-гигиенических знаний сельского населения на примере жителей села Базар-Коргон. .

Ключевые слова: *санитарно-гигиеническая практика, здоровье населения.*

Moldokeeva J.F.

Kyrgyz National University named by J. Balasagyn, Bishkek, Kyrgyzstan

SANYTATION AND HYGIENE PRACTICES OF POPULATION (ON THE EXAMPLE OF INHABITANTS OF BAZAR-KORGON VILLAGE)

In this article considered sanitation and hygiene practices of people and arise of sanitation and hygiene awareness of rural people in example of Bazar-Korgon inhabitants.

Key words: sanitation and hygiene practice, health of people

Настоящая статья подготовлена на основе итогов социологического обследования, проведенного в 2015 году в селе Базар-Коргон Джалал-Абадской области Кыргызстана с активным участием автора статьи{1}. В рамках обследования опрошено 150 домохозяйств села Базар-Коргон, что составило 10% от исследуемой генеральной совокупности населения изучаемого села. Вопрос обеспеченности питьевым водоснабжением является одним из злободневных в селе, так как износ существующей системы питьевого водоснабжения по оценкам экспертов составляет 100 %. Единственным источником питьевого водоснабжения для большинства жителей села является привозная вода, которая обеспечивается частными предпринимателями на платной основе. Домохозяйства покупают воду тоннами и хранят в самодельных забетонированных бассейнах в своих дворах. При этом санитарно-гигиеническое состояние воды в этих бассейнах в частных домохозяйствах никем не контролируется.

Заболевания, связанные с водой, характеризуемые высоким эпидемическим потенциалом: бактериальной этиологии (холера, брюшной тиф, сальмонеллез, бактериальная дизентерия); вирусной этиологии (вирусный гепатит А, полиомиелит, энтеровирусные инфекции, норовирусы); паразитарные заболевания (лямблиоз, амёбиоз, аскаридоз, энтеробиоз) и новые заболевания (кампилобактериоз, криптоспоридиоз). Необходимо отметить, что Джалалабадская область является самым неблагоприятным регионом страны в отношении брюшного тифа, здесь регистрируется около 80% случаев заболевания. Так, за 2014 год зарегистрирован 67 случаев брюшного тифа по всей республике, из которых 52 случаев приходится на Джалалабадскую область {2}.

Ситуацию с эпидемиологической безопасностью населения усугубляет и изношенность системы канализации в селе. Жители микрорайона «Энесай» продолжают пользоваться канализационной системой, несмотря на то, что она давно полностью вышла из строя. Как отметили представители ЦСМ, ситуацию усугубляет несоблюдение правил личной гигиены, низкая санитарная культура домохозяйств, употребление некипяченой воды, немытых овощей и фруктов.

Анализ данных заболеваемости показывает, что в селе Базар-Коргон ежегодно регистрируются около 1500 больных паразитарными болезнями. По оценкам экспертов наличие и рост числа паразитарных заболеваний, является индикатором состояния уровня гигиены и санитарных практик в регионах. Наиболее распространенными инвазиями за последние пять лет являются энтеробиоз (абсолютные показатели колеблются от 338 случаев до 1134 (!)) , аскаридоз (от 238 до 460 случаев), гименолепидоз (от 9 до 31), эхинококкоз (от 0,7 до 2) и тениоринхозы (от 3 до 8,4 случаев){3}.

По данным Базар-Коргонского Центра семейной медицины, заболеваемость общей кишечной группы, начиная с 2008 года до 2013 года, имеет некоторую тенденцию к росту. Общая заболеваемость кишечной группы с 323 случаев в 2008 году, выросла до 718 в 2013 году. В структуре острых кишечных инфекций 44% составляет острые кишечные инфекции с неустановленными возбудителями, 34,6% вирусный гепатит, острые кишечные инфекции с установленной этиологией 20,3% и 1,7% составляет острая дизентерия.

Хотя большинство частных домохозяйств кипятят воду перед ее употреблением в качестве питьевой, тем не менее, почти 25% жителей частных домов в ходе интервью подтвердили, что их домохозяйства вообще никак не очищают воду, которая служит им питьевой. Что касается квартир, то только немногие респонденты из «Энесая» (12,5%) кипятят питьевую воду.

Также в ходе исследования подверглась изучению санитарно-гигиеническая практика поведения респондентов в быту. В целом более 90% респондентов неукоснительно соблюдают основные правила гигиены. Единственное отступление – это принятие душа перед сном: эту гигиеническую норму либо не выполняют вообще (44% в многоэтажных домах и 79,2% в частном секторе соответственно), либо не всегда (в частном секторе 47,2 % и 20,8% в многоэтажных домах).

Для изучения уровня информированности респондентов об опасных источниках болезней и последствиях нарушения правил гигиены, в исследовательской анкете респондентов просили перечислить заболевания, которые принято называть болезнями «грязных рук», а также просили назвать пути передачи инфекции.

В результате, в частных домах только *каждый третий* респондент знает, что немытые руки могут быть источником кишечных инфекций и отравлений; *каждый четвертый* приводил в пример такое заболевание как гепатит А, который респондентам чаще знаком как «болезнь Боткина»; *каждый пятый* называл дизентерию. Все остальные заболевания респонденты упоминали гораздо реже.

В многоэтажных домах также, как и в частных домах, *каждый третий* респондент знал, что в список болезней «грязных рук» входят, прежде всего, кишечные инфекции и отравления; а *каждый шестой* называл дизентерию и глисты.

Что касается путей передачи инфекции, то, например, в частных домах *каждый второй* знает, что микробы попадают в организм вместе с едой, через немытые руки; *каждый третий* знает, что один из путей передачи инфекции – нарушение правил гигиены (немытые руки и использование общих с больным человеком бытовых предметов); *каждый четвертый* знает, что инфекции передаются через питье и использование в быту недоброкачественной или некипяченой воды.

В многоэтажном секторе почти *каждый второй* осведомлен, что подобные инфекции передаются при питье и использовании в быту недоброкачественной или некипяченой воды; почти *каждый четвертый* респондент знает, что один из путей передачи – это нарушение правил гигиены.

Относительно случаев заболевания жителей села в обеих целевых группах, то у 9,5% представителей частных домов и 29,2% респондентов из микрорайона подтвердились случаи заболеваний в их семьях, передающимися вышеописанными путями в течение 2014 года.

По фактам заболеваний «болезнями грязных рук», перечисленным респондентами, можно сделать вывод, что на протяжении 2014 года, чаще других членов домохозяйства болели дети до 11 лет.

Кроме санитарно-гигиенических практик внутри домохозяйства, респондентам в ходе интервью было предложено также оценить и внешние проявления экологического сознания их односельчан. На вопрос «Как часто вблизи природных источников в вашем селе вы наблюдаете следующее» респонденты должны были оценить частоту по возрастающей шкале от 1 до 4, где 1 означала «никогда», а 4 – «постоянно». В случае с респондентами, живущими в частных домах, то выпас скота у природного источника воды и мойка машин вдоль русел рек и каналов являются наиболее частыми экологическими нарушениями. По признанию жителей многоквартирных

домов, то они тоже постоянно наблюдают сброс отходов в природные источники, мойка машин вдоль русел рек и каналов и выпас скота у природного источника.

После проведения ряда исследований технического состояния системы водоснабжения села правительством страны при помощи доноров установлена новая система водоснабжения и канализации, а также проведена широкая информационная кампания среди жителей села по повышению осведомленности населения в вопросах гигиены, санитарии и ответственности за устойчивое функционирование новой системы водоснабжения. В кампанию активно вовлечены активисты села, женщины лидеры, представители местных властей, учителя, медики и школьники.

В рамках информационной кампании проведены семинары, встречи с местным сообществом, круглые столы, конкурсы для школьников, распространение информационных материалов для распространения полученной информации среди своего окружения, среди женщин и детей.

Список литературы:

1. Отчет по результатам базовой оценки состояния доступа к воде, санитарии и гигиене в домохозяйствах села Базар-Коргон Подготовлено Консультантом по управлению проектом. - Ош, 2016. – 77 с.
2. Бюллетень ДСГЭН за январь ноябрь 2013-2014 гг. С. 3
3. Сравнительный анализ заболеваемости паразитозами за 2010-2014 гг. по Базар-Коргонской сельской управы, Центр семейной медицины по Базар-Коргонскому району.

УДК 364.044

Мороз Н. И.
Курганский государственный университет, г. Курган, Россия

ГЕРОНТОСОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СТРУКТУРЕ СОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

В статье показана практическая реализация социальной политики в системе социального обслуживания пожилых людей Курганской области.

Ключевые слова: *социальная политика, пожилые люди, геронтосоциальное обслуживание, организации социального обслуживания*

Moroz N.I.
Kurgan State University, Kurgan, Russia

GERONTO-SOCIAL SERVICE IN THE STRUCTURE OF CONTEMPORARY SOCIAL POLICY

The article introduces the practical materialization of social policy in the system of social services for senior citizens in Kurgan region.

Key words: social policy, senior citizens, geronto-social service, social service organizations.

Социальная политика - деятельность государства и его институтов, органов местного самоуправления, отечественных, зарубежных предприятий, учреждений всех форм собственности, их объединений и ассоциаций, отечественных, иностранных общественных и частных фондов, общественных и религиозных организаций, граждан по развитию и управлению социальной сферой общества. [См.: 4, 199-200].

Теоретическую и правовую основу социальной политики составляет положение Конституции Российской Федерации, принятой в декабре 1993 год, где в 7 статье записано, что Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. [См.:1, 3-4]. Реализация этих прав человека определяет содержание социальной политики.

В последние десятилетия возрастает значение геронтосоциальной работы, являющейся одним из актуальных направлений реализации социальной политики и активно влияющей на смягчение проблем пожилых людей. Для пожилых людей серьезными проблемами являются: поддержание приемлемого материального уровня жизни, особенно в условиях инфляции; получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки; изменение образа жизни и адаптация к новым условиям; осознание естественности процесса старения, снижения физической активности, возможности активного передвижения и др. Усиливающееся с возрастом одиночество является одной из острейших психологических проблем.

Задача социального работника заключается в поддержании, а иногда и в создании условий пожилых граждан. К технологиям, имеющим прямое отношение к пожилым людям как социально-демографической группе, относятся: социальная терапия, социальное обеспечение, социальное страхование, опека и попечительство, социальное обслуживание, социальное консультирование и посредничество [См.: 4, 222].

Геронтосоциальная работа в России за непродолжительный срок стала одной из ведущих в структуре социальной политики, а сеть учреждений социального обслуживания приобрела все признаки самостоятельной отрасли. Правоотношения в сфере социального обслуживания пожилых людей в современный период регулируются в соответствии с Федеральным Законом от 28 декабря 2013г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

На общественное обсуждение вынесен проект «Стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 года», разработанный Минтрудом России, направленный на решение многих наболевших вопросов, совершенствование систем социального обслуживания и здравоохранения, создание условий для включения людей старшего возраста в активную общественную жизнь. Его основной целью является обеспечение социального благополучия и благосостояния пожилых граждан, повышение качества их жизни и использование их опыта и знаний как ресурса для развития экономики страны.

В Курганской области формирование структур социального обслуживания пожилых людей ведется с учетом демографических, экономических, экологических, социальных особенностей субъекта федерации. Наиболее многочисленной социально-демографической группой в структуре населения области являются пожилые люди. Каждый третий житель - пожилой человек (в России - каждый пятый).

Работа по повышению уровня социальной защищенности граждан пожилого возраста, расширению возможностей получения им разнообразных социальных услуг, созданию условий для реализации равных прав людей старшего возраста продолжается путем реализации государственной программы Курганской области «Старшее поколение на 2014 - 2018 годы».

В регионе социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляют 38 организаций социального обслуживания, (12 организаций, осуществляющих стационарное социальное обслуживание, 24 комплексных центра социального обслуживания населения и центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов), которые ежегодно предоставляют более 200,0 тыс. граждан пожилого возраста различные социальные услуги.

Приоритетным направлением социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов является оказание услуг на дому, которое получают ежегодно более 14 тыс. человек. Из каждой тысячи граждан пожилого возраста и инвалидов социальным обслуживанием на дому охвачены более 60 пенсионеров и этот показатель ежегодно возрастает.

Отделениями срочного социального обслуживания ежегодно оказывается помощь около 500 тыс. человек.. Реализуя принцип доступности социальных услуг сельским гражданам, проживающим в малых и отдаленных населенных пунктах, не первый год функционируют мобильные социальные службы, в т. ч. областная, которыми ежегодно осуществляется более 2000 выездов, около 100 тыс. граждан получают консультационные, медицинские, торговые, социальные услуги (разовые услуги социального работника, бытовые услуги, ремонт бытовой техники, оказание адресной помощи), социальный патронаж и другие.

В центрах социального обслуживания населения получают развитие инновационные формы социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов. Внедряется предоставление разовых услуг по заявкам, участковый принцип социального обслуживания.

В 18 из 26 муниципальных районов и городских округов в структуре комплексных центров социального обслуживания населения и в 2 домах-интернатах для престарелых и инвалидов функционируют 16 служб «Социальное такси», которые оснащены 20 автомобилями, 2 из них оборудованы специальными подъемниками. В среднем в течение года услуги социального такси предоставлялись более 8 тыс. чел.

Развивается познавательный и активный досуг граждан пожилого возраста и инвалидов. В центрах социального обслуживания и в домах-интернатах для пожилых людей и инвалидов, действует 180 различных клубов по интересам. Количество граждан, посещавших клубные объединения, составляет около 3 тыс. человек.

Ежегодно возрастает количество граждан, обучающихся в «Университетах третьего возраста» и составляет более 14 тыс. человек. Популярностью у слушателей пользуется факультет «Информационные технологии» охватывающий до 800 человек ежегодно. Дальнейшее развитие получили «Школы ухода», с 2012 года внедряется проект «Социальный туризм».

В рамках празднования Дня Победы и Международного Дня пожилого человека во всех социозащитных учреждениях проводится областная акция «Волонтер, тебя ждет ветеран», в которой принимают участие до 4 тыс. волонтеров, поздравления получают около 10 тыс. ветеранов.

Новым событием в развитии социальной работы с пожилыми людьми стали зональные форумы для пожилых людей «Серебряный возраст», которые состоялись в 2014 г., 2015 г. и в 2016г в г.г. Шадринске, Петухове и санатории «Лесники» в Кетовском районе. Задачи форума: трансляция современных подходов в геронтосоциальной работе, ориентированных на увеличение возраста активного долголетия; создание площадок для презентации новых технологий и современных практик социальной работы с целью обеспечения безбарьерной среды жизнедеятельности граждан пожилого возраста; привлечение внимания молодежи к людям «серебряного возраста» с целью преемственности поколений; обобщение лучшего опыта геронтосоциальной работы; презентация товаров и услуг для пожилых людей, предлагаемых государственными, некоммерческими и коммерческими организациями. В рамках форумов состоялись: спортивные конкурсы «Олимпийская осень», чемпионаты по компьютерному многоборью среди слушателей «Университета третьего возраста»; литературные гостиные; занятие школы ухода за пожилыми людьми, мастер-классы «Красота и возраст» и др. В мероприятиях приняли участие около 900 пожилых людей из пятнадцати районов области и г. Шадринска. Вопросы теории были обсуждены работниками-практиками учреждений социального обслуживания и преподавателями кафедры социологии и социальной работы Курганского государственного университета и кафедры социальной психологии Шадринского педагогического института [См.: 5, 1-35].

Старение населения требует реализации адекватной политики со стороны государства уже в настоящее время и широкой подготовки на ближайшие десятилетия. Решению этих задач послужит современная направления, формы и методы геронтосоциальная работа.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации от 12.12 93
2. Закон РФ №442-ФЗ от 28 декабря 2013г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
3. Российская социологическая энциклопедия. Под общ. ред. академика РАН Г.В.Осипова. – М.: Издательская группа НОРМА – ИНФРА М,1998.
4. Современная энциклопедия социальной работы/Под ред.академика РАН В.И.Жукова. – 2-е изд., доп. и перераб. М.: Издательство РГСУ, 2008
5. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов Курганской области в 2015 году. - Курган , 2016.

УДК 364.044

Мороз Н. И.
Курганский государственный университет, г. Курган, Россия

СОЦИАЛЬНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

В статье, на основании теоретических положений и опыта социальной защиты населения в Курганской области, раскрыты основные направления применения социального программирования в современный период.

Ключевые слова: *социальная защита населения, социальное программирование, социальная услуга, учреждения социального обслуживания, потребители социальных услуг.*

Moroz N.I.
Kurgan State University, Kurgan, Russia

SOCIAL PROGRAMMING AS MEANS OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION

Based on abstract theorem and the experience in social protection of the population in Kurgan region, this article enlightens the major courses of usage of social programming, and its current prospects.

Key words: *social protection of the population, social programming, social service institution.*

Одной из важнейших задач государства в современный период социально-экономического развития является обеспечение эффективного функционирования систем, осуществляющих социальную защиту тем категориям граждан, которые по объективным причинам нуждаются в социальной помощи и поддержке. К таким социально-демографическим группам относятся граждане пожилого возраста, семьи с детьми, инвалиды, мигранты и др. Сегодня сложилась определенная система социальной защиты этих категорий граждан, и она получает свое дальнейшее развитие и совершенствование.

Осуществляется социальная защита граждан за счет финансирования федерального и местных бюджетов, специально создаваемых фондов социальной поддержки населения, негосударственных фондов.

Основными принципами социальной защиты населения являются гуманность, социальная справедливость, адресность, комплексность, обеспечение прав и свобод личности [5, С.29].

Над вопросами становления и развития теории социальной защиты населения, социальной работы в целом, активно работают Л.В. Бадя, Н.Ф.Басов, А.И. Войтенко, В.И. Жуков, И.Т. Зайнышев, Е.И. Комаров, Е.В. Кобзева, А.А. Козлов, В.И. Курбатов, П.И. Нищеретний, А. М. Панов, Н.С. Слепцов, Л.В. Топчий, Е.И. Холостова, и многие другие.

В теории и практике социальной работы, социальной защиты населения аналогом программно-целевого управления выступает социальное программирование. Смысл программирования состоит в том, чтобы определить, что и как делать. Социальное программирование — это организованная на принципах рациональности социальная деятельность по реализации стратегических целей на основе согласования интересов различных субъектов, координации их совместных действий, концентрации и целевого распределения трудовых, материальных, финансовых, информационных ресурсов, а также ресурса времени.

С содержательной точки зрения социальное программирование включает следующие компоненты: 1) постановку управленческой задачи в рамках достижения стратегических целей социального развития и проблем их достижения при сложившейся социальной структуре и сохраняющейся системе управления; 2) разукрупнение данной задачи на составные части; 3) их упорядочение и взаимную увязку; 4) установление приоритетов в совокупности задач; 5) выделение ведущего звена; 6) определение условий и ограничений на решение комплекса сформулированных задач; 7) формирование соответствующих управленческих стратегий и сценариев; 8) обоснование организационно-экономического механизма реализации намеченных сценариев; 9) оценку ожидаемых последствий от применения выбранных стратегий; 10) выработку управленческих решений, направленных на осуществление запрограммированных действий. Перечисленные действия отражают логику построения и воплощения в жизнь [2, С.305].

Особенностью современной бюджетной политики является планирование расходов на среднесрочный период. Основным акцентом при планировании расходов является переход на программный метод планирования, что подразумевает определение расходов бюджетов (в том числе на обеспечение деятельности учреждений) в соответствии с областными целевыми программами и принятыми обязательствами.

Целевое программирование выполняет функции оптимизации социальных действий, решения противоречий и согласование интересов социальных субъектов, координации их деятельности и концентрации ресурсов для достижения основных результатов, выделение ведущего (основного) звена, определение социально-политических приоритетов и выступает, с одной стороны, как специфический научный метод, а с другой — как метод целевого управления.

В Российской Федерации реализуются около 50 федеральных целевых программ и федеральных программ развития регионов, предусмотренных к финансированию из федерального бюджета. Целевые программы направлены на оказание помощи следующим категориям граждан: многодетным семьям; детям; ветеранам и инвалидам боевых действий (различные денежные выплаты, комплексы услуг); малоимущим семьям; гражданам за особые заслуги перед Отечеством; гражданам, имеющим право на льготы (учащимся, пенсионерам, работникам спецгосучреждений и др.); молодым семьям (программы улучшение жилищных условий и др.); Так, например, этим требованиям соответствует Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда для инвалидов» на 2011 - 2015 годы с учетом реализуемых подпрограмм:

1. "Обеспечение доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения";
2. "Совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы".

Реализация социального программировании в органах и учреждениях социальной защиты населения Курганской области получила свое развитие в конце 90-х годов, со времени реализации федеральных программ «Старшее поколение», «Дети России», «Доступная среда для инвалидов». Важное значение в совершенствовании метода получила реализация областной целевой программы «Мобильная социальная служба» на 2004-2005гг., которая предполагала улучшение социального обслуживания населения в малых и отдаленных населенных пунктах области. В результате реализации данной программы каждый из 26 центров социального обслуживания населения, а это каждое муниципальное образование, были обеспечены специально оборудованными автобусами, в котором могли работать магазин, медицинский работник, парикмахерская, прием бытовой техники, одежды и обуви для ремонта и др. социально-бытовые, социально-психологические, социально-консультативные услуги, по заявкам жителей населенных пунктов. Отработаны графики выездов, формирование бригад для выезда и иные организационные, хозяйственно-бытовые и иные вопросы. В 2015 году мобильными социальными службами проведено 2008 выездов, около 90 тыс. граждан, проживающих в малых и отдаленных населенных пунктах получили 117,1 тыс. различных услуг. Структура услуг показывает, что консультативные услуги составили-33%, разовые услуги соц. работника, ремонт бытовой техники и иные бытовые услуги-10,3%, охват социальным патронажем-17,% торговых-7%, других-14,9%.

В 2015 году Главное управление социальной защиты населения являлось исполнителем и соисполнителем 10 государственных программ Курганской области

Если финансирование по программному методу в 2010 году составляло 2% бюджетных обязательств, то в 2015 году осуществлен переход на программный метод планировании в целом по системе социальной защиты населения в области и составил 99,99%.

В структуре программно-целевого управления важное место занимают, контроль, корректировка программ и подведение итогов. Корректирующим и итоговым мероприятием по реализации социальных программ, являются ежегодные итоговые заседания коллегии Главного управления социальной защиты населения и Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Главного управления социальной защиты населения на 2013-2017 годы.

Таким образом, развитие социальной защиты населения осуществляется путем концентрации усилий на расширение системы социального обслуживания населения, развитие социального программирования, что позволит обеспечить максимальную реализации принятых федеральных и областных программ социальной защиты населения.

Список литературы:

1. Минина В.Н. Методы социального программирования: Учеб. пособие. - СПб., 1999.
2. Современная энциклопедия социальной работы/ Под ред. Академика РАН В. И. Жукова. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Издательство РГСУ, 2008.
3. Словарь-справочник «Организация, управление и администрирование в социальной работе». Учебное пособие. М: Издательство ФГУ РЦСК. 2006
4. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. - М.: Юрист, 2009.
5. Социальная работа / Под общей редакцией В.И. Курбатова. Серия «Учебники, учебные пособия» - Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

УДК 364.4:316.36 (571.54)

Морозова А.С., Кондратьева Е.В.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ В СЛУЖБЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ ЕРАВНИНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

В статье анализируются результаты социологического исследования об отношении приемных семей к службе сопровождения, которые обращаются за помощью.

Ключевые слова: *замещающие семьи, приемная семья, дети-сироты, сопровождение, психолого-педагогическое сопровождение.*

Morozova A.S., Kondrateva E.V.

East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

PSYCHO-PEDAGOGICAL SUPPORT OF ADOPTIVE FAMILIES, FOR EXAMPLE, SUPPORT SERVICES FOR FOSTER FAMILIES IN YERAVNINSKY RAION

The article analyzes the results of sociological research on foster families to support who seek help.

Key words: *foster families, adoptive families, children-orphans, support, psycho-pedagogical support.*

Проблема воспитания детей, оставшихся без попечения родителей, не теряет своей актуальности. Каждому ребенку нужна семья, которая его любит, и дом, где его ждут.

На 1 января 2016 г. общая численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в республике составила – 5729 ребенка, 852 приемных семей, в которых воспитывается 1473 ребенка. Принимая ребенка в семью, замещающие семьи сталкиваются с множеством проблем. Это проблемы абсолютного принятия ребенка, проблемы адаптации и формирования привязанностей, проблемы, связанные с переживанием травматического опыта подопечного. Замещающее родительство – это ответственный труд. Для замещающих семей, особенно в кризисные периоды, очень важно знать, что они не одиноки, что есть примеры таких же семей, которые смогли преодолеть эти сложности.

Приемная семья − это правовая форма принятия на воспитание в семью детей, оставшихся без попечения родителей, на основании договора, который заключается между гражданами, желающими взять ребенка на воспитание, и органом опеки и попечительства.

Процесс передачи детей-сирот в приемные семьи со стороны федеральных, региональных, муниципальных властей наряду с положительным, при психолого-педагогической неподготовленности родителей, их социальной незрелости, несформированности общественного мнения, отсутствии специалистов дает и противоположный эффект: растет число отказов от приемных детей и соответственно их возврат в детские дома, остаются нерешенными вопросы взаимоотношений замещающих родителей и детей. В этой ситуа-

ции развитие и поддержка системы замещающих семей, включая подготовку приёмных родителей и их психолого-педагогическое сопровождение на всех этапах адаптационного процесса, могло бы в определённой степени решить проблему социального сиротства.

На сегодняшний день главной задачей является создание эффективной системы психолого-педагогического сопровождения замещающей семьи. Сопровождение – это психолого-педагогические и социально-педагогические технологии, предназначенные для решения проблем развития приемного ребенка, которые включают анализ ближайшего окружения, диагностику уровня психического развития, использование активных групповых методов и форм индивидуальной работы с ребенком, его родителями, педагогами.

Психолого-педагогическое сопровождение приемных семей – это комплекс мероприятий, осуществляемый междисциплинарной командой специалистов, объединенных единой реабилитационной целью оказания помощи приемным родителям в преодолении трудной жизненной ситуации. Основная деятельность заключается в выявлении и актуализации ресурсов родителей или ребенка, его социализации, в психологической помощи по преодолению трудностей. Такими видами помощи занимается служба сопровождения замещающих семей. Это организационная структура, в состав которой входят специалисты, осуществляющие сопровождение замещающей семьи на разных уровнях ее жизнедеятельности. Служба оказывает содействие по созданию оптимальных условий для развития, воспитания и социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в замещающей семье.

Служба сопровождения замещающих семей готова оказать социальную, психологическую и педагогическую помощь семьям, нуждающимся в поддержке. В республике Бурятия в Еравнинском районе Служба сопровождения замещающих семей создана в декабре 2010 г. при социально-реабилитационном Центре для несовершеннолетних и осуществляет свою деятельность на основании Положения о Службе сопровождения замещающих семей, утвержденной директором учреждения.

Специалисты службы сопровождения замещающих семей работают с кандидатами в замещающие родители, подбирают ребенку-сироте подходящую семью, а также курируют замещающие семьи, оказывают различную помощь, как взрослым, так и детям. За пять лет созданы – 49 приемных семей, в которых воспитываются 69 детей. Можно сказать, что в коллективе работают любящие свою профессию люди. Тринадцать членов коллектива брали на воспитание 27 детей. На сегодня 9 детей живут в семьях шестерых работников Центра, которые знают, что значит жить ребенку в казенном доме, без мамы и папы. На 1 ноября 2016 г. в районе функционируют 28 приемных семей, в них воспитывается 52 ребенка. Всего детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в районе насчитывается 121 человек.

Был проведен опрос приемных родителей Еравнинского района с целью выявления готовности воспитывать приемных детей и информированностью о предоставляемых услугах Службой сопровождения приемных семей Еравнинского района в виде анкетирования.

За 1 полугодие 2016 года в Службу сопровождения поступило девять первичных обращений от лиц, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, четыре человека прошли обучение и получили свидетельства о прохождении школы приемного родителя, четверо заключили договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью, один ребенок возвращен из замещающей семьи.

Ответы на вопрос «Сколько детей у вас воспитывается?» распределились следующим: 60% опрашиваемых воспитывают по одному ребенку, 15 % приемных родителей взяли на воспитание по два ребенка, в шести семьях – трое и в одной семье пятеро детей.

Возрастной состав детей в замещающих семьях на сегодняшний день следующий: детей в возрасте 3-4 лет – шесть человек, пятеро детей в возрасте 5-7 лет, шесть детей 8-9 лет, четырнадцать детей 10-12 лет, и восемь детей в возрасте 13-15 лет.

На вопрос «Пользовались ли Вы педагогической, психологической или другим видом помощи, предоставляемыми Службой сопровождения приемных семей?» практически все опрашиваемые (90%) ответили утвердительно; 10% респондентов не обращались за помощью.

Ответы на вопрос «Возможно ли принятие на воспитание с сопровождением в Вашу семью ребенка, имеющего ограничения в здоровье» распределились следующим образом: больше половины опрошенных респондентов (66 %) ответили «затрудняюсь ответить», 20% ответили, что не готовы взять такого ребенка на воспитание и всего лишь 13 % решению принять на воспитание в свою семью ребенка, имеющего ограничения в здоровье. Из этого следует, что в большинстве своем приемные родители ориентированы на воспитание здоровых детей.

Также в ходе исследования было выявлено, что 30% приемных родителей получили психологическую помощь, 45% – педагогическую, 15% – социальную. Все респонденты были удовлетворены предоставленными Службой сопровождения услугами.

Таким образом, Службой сопровождения замещающих семей в Еравнинском районе практически всем респондентам оказывалась помощь и приемные родители остались удовлетворенны оказанными услугами. Благодаря сопровождению специалистов снизились отказы от приемных детей и продолжают сотрудничать со службой.

Список литературы:

1. Евгейчук, А. В. Психолого-педагогическое сопровождение замещающей семьи в современных условиях / А. В. Евгейчук, В. В. Онуфриева // Молодой ученый. – 2015. – №6. – 588 с.
2. ГУСО «Еравнинский Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» [Электронный ресурс] URL: http://www.rusprofile.ru/id/603649 (дата обращения: 09.11.2016)

УДК. 369.06

Мосаев Ю.В.
Классический приватный университет, г. Запорожье, Украина

РОЛЬ МОДЕРНИЗАЦИИ ПАРАОЛИМПИЙСКОГО ДВИЖЕНИЯ В 90-ЫЕ ГОДЫ XX ВЕКА В РАМКАХ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОСОБЕННЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

В статье расматривается особенности модернизации параолимпийского движения в 90-ые годы XX века в рамках ресоциализации людей с особенными потребностями.

Ключевые слова: параолимпийское движение, ресоциализация, люди с особенными потрібностями.

Mosaev Y.V.
Classic private University, Zaporozhye, Ukraine

THE ROLE OF MODERNIZATION OF THE PARALYMPIC MOVEMENT IN THE 90S OF THE XX CENTURY IN THE FRAMEWORK OF RE-SOCIALIZATION OF PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS

In the article considered peculiarities of modernization of the Paralympic movement in the 90s of the XX century in the framework of re-socialization of people with special needs.

***Key word:**. the Paralympic movement, socialization, people with special needs.*

С 1992 года параолимпийское движение перешло из этапа поддержки людей с особенными потребностями и технологи их социальной реабилитации в этап полноценного спортивного соревнования сов семи атрибутами. Спортсмены начали получать за свои победы гонорары, а рекламодатели стали предлагать параолимпийцам рекламные контракты.

1992 год стал переломным во всех аспектах проведения параолимпиад и параолимпийского спорта. В этом году во всём олимпийском движении произошло логистическое изменение. Зимняя и летняя фазы в последний раз прошли в одном году. Так как зимняя фаза в следующий раз в рамках разведения по годам прошла уже в 1994, а не в 1996 году как было запланировано в рамках классического олимпийского формата. В результате случилась дифференциация между зимней и летней фазой в плане разделения ресурсов.

Одним из главных изменений в регламенте соревнований стало то, что спортсмены стали проходить более жесткую проверку своих недугов. В 90-е гг. в попытке усовершенствовать систему классификации, принадлежность спортсмена к той или иной группе определяли непосредственно перед соревнованиями и во время их проведения, используя как медицинские, так и функциональные критерии. Специалисты-медики, имеющие статус сертифицированных классификаторов МПК, проводят два сложных теста, с помощью первого они определяют степень тяжести инвалидности спортсмена, а второй показывает его функциональные возможности в избранном виде спорта [1, 4]. Можно сделать вывод, что актуализация этогопроцесса произошла из-за многочисленных попыток воспользоваться привилегиями параолимпийцев со стороны спортсменов у которых нет особенных потребностей. Именно для этого до сегодняшнего дня постоянно тестируются методики проверки честности параолимпийских спортсменов.

Врачи, проводящие тесты, уверяют, что нет ни одной безупречной системы классификации параолимпийцев. Принятый подход является не совсем объективным, поскольку вариаций различных нарушений существенно больше, чем выделенных для соревнований категорий, так что создать полностью справедливую конкуренцию даже в пределах одной группы, бывает практически невозможно. Кроме того, есть немало спортсменов, категорию которых бывает сложно определить, они по своим возможностям находятся как бы между двумя классами, и в этом случае, по правилам МПК, спортсмена автоматически определяют в категорию с большим уровнем здоровья и достижений. В этом случае спортсмену нередко приходится подавать на апелляцию и требовать нового обследования [6]. Все упомянутые противоречия неразрешимы и по сегодняшний день, но мы можем констатировать, что все негативные факторы, которые присутствуют в спорте, перенеслись и в параолимпийский спорт. Здесь и манипуляция показателями здоровья и употребление допинга.

В тоже время следует отметить и возвращение тенденции вследствии, которой наиболее успешными участниками параолимпийских игр в общекомандном зачёте продолжали быть наиболее развитые экономические государства мира. Так среди призёров в общем зачёте параолимпийских игр 1992 года не зависимо от времени года можно увидеть США, Германия, Великобритания, Франция, Испания и Канада. Т.е. страны, где движение за права людей с особенными потребностями имеет давние традиции в эпоху коммерциализации параолимпийского спорта смогли наиболее эффективно .

Зимние параолимпийские игры 1994 года, которые достоялись в норвежском Лиллехаммере переломили эту тенденцию. В рамках данного параолимпийского форума высоких достижений достигли страны постсоветского лагеря (Россия, Польша, Казахстан) [2, 3]. Эти достижения были достигнуты в рамках нового формата ресоциализации людей с особыми потребностями. Его особенность лежит в том, что спортсмены пытались показать максимальные результаты, не имея для этого надлежащего уровня материального и медико-социального обеспечения. И потому спортсмены вопреки всему попытались достичь высоких результатов благодаря своим волевым качествам. Кроме того, данные спортсмены в рамках зимних видов спорта смогли применить новации, которые базировались на военных технологиях стран «советского лагеря». Применение этих технических инноваций осуществлялось без участия постсоветских государств. Инициаторами применения данных инноваций были бизнесмены, знакомые и сами спортсмены. Не следует недооценивать и тот факт, что в 90-ые годы в страны постсоветского лагеря проникли книги по социальной реабилитации. Эти книги стали основой нового пути в ресоциализации людей с особыми потребностями в странах бывшего СССР и постсоветского лагеря.

На параолимпийских играх 1998 года в японском городе Нагано (зимняя фаза) данная тенденция продолжилась и к лидерам постсоветского параолимпийского движения присоеденилась Украина [5]. Результаты же летних параолимпийских игр 1996 года, которые проходили в американской Атланте, не изменились и победителями в общем зачёте стали сборные команды США и стран Западной Европы [3]. Это говорит о том, что высокий уровень результатов параолимпийцев из США и стран Западной Европы можно было объяснить более высоким уровнем конкуренции и высоким уровнем затрат в этих странах на подготовку параолимпийцев. Поддерживает этот вывод и тот факт, что дальнейшее увеличение расходов на подготовку параолимпийцев в России улучшило их результаты как в индивидуальных так и общекомандных зачётах последующих параолимпийских соревнованиях.

Список литературы:

1.1992 Winter Olympics. Электронный источник. Режим доступа. http://www.gpedia.com/en/gpedia/1992_Winter_Olympics
2.Медальный зачет Паралимпиады в Лиллехаммере 1994. Электронный источник. Режим доступа. http://www.olympic-champions.ru/paralympic/lillehammer-1994/medals/
3.Медальный зачет Параолимпиады в Атланте 1996. Электронный источник. Режим доступа. http://www.olympic-champions.ru/paralympic/atlanta-1996/medals/
4.Паралимпийские игры 1992 года в Барселоне. Электронный источник. Режим доступа. http://www.olympic-champions.ru/paralympic/barcelona-1992/
5.Паралимпийские игры 1998 года в Нагано. Электронный источник. Режим доступа. http://www.olympic-champions.ru/paralympic/nagano-1998/
6.Параолимпиада: медицинская классификация. Электронный источник. Режим доступа. http://podkolpakom.org/publ/3-1-0-24

УДК: 616.12-612.2-611.52-600.11

Музаффарова Ю. Н., Разиков А. А.
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА С АНАЛИЗОМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Общепризнано в последние десятилетие отмечается прогрессивный рост заболеваний сердечно сосудистый системы. Смертность и инвалидность от болезней сердечно-сосудистой системы во всем мире в том числе Узбекистане стоит на первом месте среди всех случаев.

***Ключевые слова**: инфаркт миокарда, ранние осложнения, прогноз.*

Muzaffarova Yu. N., Razikov A.A.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

PROGNOSIS COMPLICATIONS MYOCARDIAL INFARCTION WITH THE ANALYSIS OF RETROSPECTIVE STUDIES

It is recognized in the last decade has seen a progressive increase in cardio vascular system. Death and disability from diseases of the cardiovascular system in the world, including Uzbekistan, is in first place among all cases.

***Keywords:** myocardial infarction, early complications, prognosis.*

В настоящее время смертность и инвалидизация от осложнений ИМ остаются высокими, что определяет необходимость повышения эффективности прогнозирования неблагоприятного течения. Доказано, что у пациентов с высоким риском развития осложнений наиболее эффективны методы реперфузионной терапии с помощью чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). В группе низкого риска осложнений лечение может быть более избирательным, что позволяет экономить ресурсы[1]. Имеющиеся в настоящее время традиционные подходы к оценке риска не всегда совершенны, что затрудняет выбор адекватной тактики лечения данной категории пациентов [1]. Одной из наиболее простых и известных предикторных систем является индекс, предложенный группой TIMI– TIMI Risk Score-STEMI. Данный метод позволяет определить вероятность летального исхода ИМ в течение 30 дней от начала заболевания у пациентов, подвергшихся тромболитической терапии. Это единственная шкаластратификации риска, предложенная Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) для практического применения у больных ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST). Несмотря на простоту использования, она обладает достаточной для клинического применения прогностической ценностью – значение площади под ROC кривой при использовании системы на целевой выборке пациентов составило 0,78 [2].В 2004 г. в клиниках Португалии разработана модель определения риска 30-дневной госпитальной летальности при ИМ – PAMI risk score [3]. Шкала CADILLAC позволяет проводить стратификацию риска смерти в течение 30 дней (С-статистика 0,83) или 12 мес. (С-статистика 0,79) после перенесенного ИМ

[4].Относительно недавно в кардиологическую практику вошла шкала GRACE [5], созданная по данным наблюдения за выборкой в 43810 пациентов. У мужчин в возрасте от 40 до 59 лет ИМ развивается ежегодно у 0,2–0,6%, а в старшей возрастной группе (60–64 г) заболеваемость ИМ еще выше и достигает 1,7% в год. Женщины болеют ИМ в 2,5–5 раз реже мужчин, особенно в молодом и среднем возрасте. В последние годы отмечается рост заболеваемости ИМ, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. Несмотря на повсеместное снижение госпитальной летальности от ИМ, общая смертность от этого заболевания до сих пор остается высокой, достигая 30–50% от общего числа заболевших [6].

Прогноз у больных острым инфарктом миокарда зависит от степени поражения коронарных артерий и функции левого желудочка [7].

Острая сердечная недостаточность (ОСН) является одним из наиболее частых и грозных осложнений ИМ оказывающих неблагоприятное влияние на течение острого периода и отдаленного исхода заболевания [8] Частота развития СН при ИМ на госпитальном этапе составляет от 5% до 30% случаев [9]. Летальность пациентов ИМ с СН (сердечная недостаточность) достигает 20% в течение месяца, возрастает до 50% в течение года и пропорционально тяжести проявления СН. Частота встречаемости осложнение ИМ у лиц нашего популяции недостаточно изучена.

Цель исследования: изучить причины развития, неблагоприятного течения и прогноз ранних осложнений ИМ.

Материал и методы исследования: в обследование будут включены 100—150 больных, осложненных ИМ. Ретроспективным анализом историй болезни больные госпитализированы в кардиореанимационное отделение 3-клиники ТМА 2010 и 2016 годам.

Клинические и лабараторные,биохимические исследования,ЭКГ,ЭхоКГ, а также проведена статистическая обработка полученных данных. . Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе 3- клиники ТМА за 2016 год(до октября). Изучено выборочно 132 историй болезни больных с ИМ. Из них 96 (72%) мужчин и 36 (28%) женщин, средний возраст которых составил 67,5±11,6 лет. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, ЭКГ).

Результаты. В процессе ретроспективного анализа историй болезни было выявлено по локализации ИМ, что у 45% передняя стенка(ИМ) и у 28% задняя стенка, у 6% перегородычный область, у 7% (n=11) боковые стенки, 14% верхушки сердца. Было выявлено что у 83% больных артериальная гипертензия ,32% больных было выявлено сахарный диабет и у 22% больных было ожирение. У 21.4% больных было острая сердечная недостаточность. Из них 24% отек легких , 44% кардиогенный шок ,22% сердечная астма, летальность-10%. Из всех больных было выявлено у 40% больных встречались аритмии. У 58% больных встречались ИМ с зубцом Q, 42% больных без зубца-Q, рецидив 21%.

Обсуждение. Полученные результаты и имеющиеся доказательства свидетельствуют что ранняя диагностика грозных осложнений острого инфаркта миокарда должна основываться при учете многофакторности признаков, лабораторных данных, данных функционального обследования, индивидуальной характеристики пациента, возраста и фактора времени. Проведенные исследования показали, что мужчины страдают острым инфарктом миокарда в 2,3 раза чаще в возрасте до 60 лет. С увеличением возраста эта разница сглаживается. Осложнения у мужчин в возрасте до 60 лет протекают более тяжело и чаще приводят к летальному исходу. . У мужчин в возрасте от 40 до 59 лет ИМ развивается ежегодно у 0,2–0,6%, а в старшей возрастной группе (60–64 г) заболеваемость ИМ еще выше и достигает 1,7% в год. Женщины болеют ИМ в 2,5–5 раз реже мужчин, особенно в молодом и среднем возрасте. В последние годы отмечается рост заболеваемости ИМ, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. Несмотря на повсеместное снижение госпитальной летальности от ИМ, общая смертность от этого заболевания до сих пор остается высокой, достигая 30–50% от общего числа заболевших.

Список литературы:

1.Peterson E.D., Shaw L.J., Califf R.M. Clinical Guideline: Part II:Risk stratification after myocardial infarction // Ann. Intern.Med. – 1997. – Vol. 126. – P. 561–582.

2. Morrow D.A., Antman E.M., Charlesworth A. et al. TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction. A convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation. An intravenous nPA for treatment of infracting myocardium early II trial substudy // Circulation. – 2000. – Vol. 102. – P. 2031–2037.*Поступила 29.04.2011*

3.Baptista S.B., Farto e Abreu P., Loureiro J.R. et al. PAMI risk score for mortality prediction in acute myocardial indarction treated with primary angioplasty // Rev. Port. Cardiol. – 2004. –Vol. 23, No. 5. – P. 683–693.

4. Halkin A., Singh M., Nikolsky E. et al. Prediction of mortality after primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. The CADILLAC Risk Score // J. Am. Coll.Cardiol. – 2005. – Vol. 45. – P. 1397–1405.

5.Fox K.A., Dabbous O.H., Goldberg R.J. et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE) // BMJ. – 2006. –Vol. 333. – P. 1091. 6. Шевченко О.П., Мишнев О.Д., Шевченко А.О. и др. Ишемическая болезнь сердца. – М. : Реафарм, 2005 – 416 с.

7. Барбараш О.Л., Зыков М.В., Кашталап В.В. и др. Оценка факторов воспаления у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и наличием мультифокального атеросклероза // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2010. – № 6. – С. 20–26.

8. Барбараш Л.С., Кашталап В.В., Зыков М.В. и др. Распространенность и клиническая значимость мультифокального атеросклероза у пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2010. – № 5. – С. 31–36.

9. Барбараш О.Л., Осокина А.В., Зыков М.В. и др. Роль CD40 лиганда в прогнозировании сердечно-сосудистых осложнений у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и сахарным диабетом // Цитокины и воспаление. –2010. – № 3. – С. 25–29.

УДК 364.3

Мунх-Эрдэнэ[1] Д., Отгонтогоо[2] О, . Оюунбаяр[2] Х.

[1,2] МНУМН Дарханская МедШкола, г. Дархан, Монголия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ ПОСЛЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Заключительной целью каждого медицинского ВУЗ-а является выпуск высококвалифицированных, компетентных, профессионально соответствующих социальному запросу специалистов. Студенты медицинских ВУЗ-ов знакомятся во время пройзводственной практики с клинической средой, организацией больничных отделов и обязанностями врачей, медсестер и других работников.

Ключевые слова: *Предвыпускная практика, удовлетворенность, руководство пройзводственной практики, клиническое направление, медсестра.*

D.Munkh-Erdene[1], O.Otgontogoo[2], Kh.Oyunbayar[2]

[1,2]Darkhan Medical Scool, MNUMS, Darkhan city, Mongolia

DETERMINATION OF DEGREE OF SATISFACTION OF STUDENTS AFTER THE FINAL MANUFACTURING PRACTICE

The final goal of medical university is the production of highly skilled, competent, professionally relevant specialists. Students of medical university acquainted in clinical field practice to the organization of hospital departments and responsibilities of doctors, nurses and other workers.

Key words: *Final clinical practice, satisfaction, guide of final practice, the clinical direction of practice, nurse.*

Введение. Роль предвыпускной пройзводственной практики студентов очень важна для развития самодеятельности в учебе, усовершенствовании теоритических знании приобретенных уроками, повышении усвоенных навыков и подходов.

Мы выбрали данную тему с целью измерения степени удовлетворенности от пройводственной практики у студентов, определить факторы влияющих на результат успеха практики и обнаружить проблемы затрагивающих вопросов улучшения организаций следующих практик.

Цель работы. Оценка степени удовлетворенности в пройводственной практике у студентов Дарханского филиала МГУМН.

Задачи

1. Оценить степени удовлетворенности от предвыпускной пройводственной практики у студентов
2. Определение влияющих факторов на результатов пройводственных практик.
3. Опрос о вожможности проведения других видов предвыпускных практик.

Новизна данной работы. Опрос о возможности проведения предвыпускной пройводственной практики ступенчатым путем.

Практическое значение данной работы. Проведение предвыпускной пройводственной практики ступенчатым образом имеет практическое значение для уменьшения нагрузки больницы и куратора, в дальнейшем для оптимазиций учебных нагрузок преподователей уроков клинических направлений

Методы и методика данной работы. Было выбрано для опроса 316 студенты 2011-2012 учебного года, фельдшерского, акушерского, медсестринского, фармацевтического и традиционального медицинского филиала. Было опрошено листом анкета с набором 13 вопросом и степени удовлетворенности оценены шкалой Ликерта. Данные обработаны с помощью программы SPSS 17.00

Результаты работы

Возрастный показатели студентов: общее число -315 студентов в возрасте 18-40.

Таблица 1 - Возрастный показатель

показатели	медсестры n(%)	акушеры n(%)	фармацевты n(%)	фельдшеры n(%)	Трад.мед. n(%)	Итого n(%)
18-20	6(7.4)	6(6.3)	5(9.8)	3(7.9)	6(11.5)	26(8.2)
21-25	60(75.3)	86(90.5)	34(68.6)	29(76.3)	43(82.7)	252(80.1%)
26-30	9(11.1)	1(1.1)	9(17.6)	5(13.2)	3(5.8)	27(8.5)
31 и более	5(6.2)	2(2.1)	2(3.9)	1(2.6)	0	10(3.2)
	80	95	50	38	52	315

Таблица 2. Степень удовлетворенности от пройводственных практик студентов по филиалом

Наблюдается различие в степени удовлетворенности от пройводственных практик у студентов в зависимости от филиала.

показатели	медсестры n(%)	акушеры n(%)	фармацевты n(%)	фельдшеры n(%)	Трад.мед. n(%)	Итого n(%)
Очень довольны	5(6.3)	10(10.5)	11(21.6)	7(18.4)	0	33(10.4)
Довольны	24(30)	56(58.3)	34(66.7)	16(42.1)	17(32.7)	147(46.5)
среднее	42(52.5)	24(25.3)	6(11.8)	15(39.5)	22(42.3)	109(34.5)
Не довольны	8(10)	4(4.2)	0	0	8(15.4)	20(6.3)
Совсем не овольны	1(1.3)	1(1.1)	0	0	5(9.6)	7(2.3)

Таблица 3. Степень удовлетворенности от пройводственных практик студентов по аймакам проведения практики

	Дархан n(%)	Улаанбаатар n(%)	Эрдэнэт n(%)	Сэлэнгэ n(%)	Өвөрхангай n(%)	Хөвсгөл n(%)
Очень довольны	6(6.4)	10(15.2)	8(14.3)	3(11.1)	3(10)	3(15)
Довольны	41(43.6)	26(39.4)	30(53.6)	15(55.6)	12(40)	9(45)
среднее	35(37.2)	27(40.9)	12(21.4)	7(25.9)	13(43.3)	7(35)
Не довольны	12(12.8)	2(3)	2(3.6)	1(3.7)	2(6.7)	0(0)
Совсем не довольны	0	1(1.5)	4(7.1)	1(3.7)	0(0)	1(5)
	94(32.2)	66(22.7)	56(19)	27(9.2)	30(10.2)	20(6.8)

Наблюдается большое различие в степени удовлетворенности от пройводственных практик у студентов в зависимости от аймаков проведения практики. Более высокие степень удовлетворенности наблюдаются у студентов проведших практику в аймаках чем у проведших в городах. Степень удовлетворения 3,44

Таблица 4. Оценка оптимальности и составляемости руководства по практике (по филиалам)

показатели	медсестры n(%)	акушеры n(%)	фармацевты n(%)	фельдшеры n(%)	Трад.мед. n(%)	**Итого n(%)**
Очень хорошо	2(2.5)	5(5.3)	5(10)	4(10.8)	1(2)	17(5.4)
Хорошо	14(17.5)	47(49.5)	34(68)	19(51.4)	7(14)	121(38.8)
удовлетворительно	39(48.8)	36(37.9)	10(20)	14(37.8)	21(42)	120(38.5)
Не удовлетворительно	19(23.8)	7(7.4)	1(2)	0	15(30)	42(13.5)
Очень плохо	6(7.5)	0(0)	0(0)	0	6(12)	12(3.8)

В оценке оптимальности и составляемости руководства по практике у студентов наблюдается различие по филиалам. Большинство фармацевтических и фельдшерских студентов оценили – хорошо, акушерские – удовлетворительно, медсестринские и традиционной медицинские- не удовлетворительно. На эти оценки повлияли включение в руководстве не возможных и не доступных для студентов методики и большое число частоты выполнения ручных процедуров.

По результатам данной работы обнаружены следующие факторы влияющие на качество пройводственной практики

- Теоритическое знание студентов 118
- Личное организованность студентов 106
- Не квалифицированность куратора 102
- Выбор учреждения для проведения практики 95
- Контракт о проведения практики с учреждениям 88

Из таблицы видно что проведение производственной практики под руководством куратора более эффективно и в контракте с медицинским учреждениями надо включать пункты о этике медперсоналов в отношений с студентами, организаций временной студенческой гардеробной комнаты.

А также видно необходимость учета реального число студентов для куратора, возможность проведения практики ступенчатым образам (например: в I смене медсестринские и акушерские, в II смене фельдшеры и традиционной медицинские) и их привлекательность для студентов и преподователей.

Проведение пройзводственной практики ступенчатым образом имеет значения для нормализаций учебных нагрузок для преподователей заключительного семестра.

Время продолжительности пройзводственной практики 84Результаты данной работы показывает что значение пройзводственных практики напрямую зависит от следующих факторов: теоритеское знание, личное организованность студентов и присутствие куратора. лица 5. Суммарная таблица вопроса **Показатели**	**n**	**%**
Актуальность проведения пройзводственной практики с куратором.		
Постоянный контроль и квалифицированное руководство	126	43
Отсутсвие квалифицированной советы	62	21.2
Не соблюдения графики	3	1
Отсутствие кураторов в аймаках	84	28.7
другие	18	6.1
Влияние на качество пройзводственной практики студентов отношение медицинских работников		
Сильно влияет	95	30.2
Влияет	218	69.2
Не влияет	2	0.6
Направления проведения пройзводственной практики		
Медсестры	20	6.4
Здравоохранение	4	1.3
Клинические направление	32	10.2
По специальности	258	82.2
Рекомендация для организаций следующих производственных практик		
временное гардеробное помещение для студентов	120	39.1
Контроль на количестве студентов для одного куратора	89	25.7
Влияние на отношение медицинских работников к студентам через их руководства	50	16.3
Возможность выбора места проведения практики студентом самому	58	18.9
Опрос о уместности проведения пройзводственной практики ступенчатым образом		
Очень хорошо	85	28
Хорошо	142	46.7
Среднее	66	21.7
Не уместно	11	3.6
Не надо	0	0

Выводы

1. Количество студентов выполнивших производственную практику в аймаках больше чем выполнивших в городах Дархан и Улаанбаатар, степень удовлетворительности в пройзводственных практиках у студентов акушерского, фармацевтического, фельдшерского филиалах составляют 69-88%, у медсестринских студентов 36,3%, у традиционной медицинских студентов 32,7%, средняя показатель-3,44.
2. Наиболее влияющими факторами на результатов пройзводственных практик являются теоритеские знание студентов, личное организованность студентов и наличие куратора во время практики.
3. Проведение предвыпускной практики ступенчатым образом получило положительные отзывы от большинства студентов 74,7% и дает возможности оптимализаций нагрузок медицинских учреждений, кураторов и дальнейшей урегулировки учебной нагрузки клинических преподователей в заключительном семестре.

Список литературы:

1. “Анагаах Ухааны Боловрол судлал” сэтгүүл дугаар 4, Улаанбаатар,2012.
2. “Анагаах ухааны боловсрол судлал, сувилахуйн ухаан” Эрдмийн чуулган-54, илтгэлийн хураангуй, Улаанбаатар, 2012.
3. “Сургалтын бодлого зохицуулалттай холбоотой дүрэм журмын эмхэтгэл” Улаанбаатар, 2010.
4. “Эпидемиологи ба биостатистик” Улаанбаатар, 2011.

УДК 364.63-057.87:316.6

Мухина В.В., Ефременко И.И.

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

ПОДРОСТКОВАЯ ЖЕСТОКОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В статье рассматриваются содержательные и динамические характеристики жестокости среди студентов, раскрыты факторы, способствующие появлению жестокости у молодежи.

Ключевые слова: *жестокость, содержательные и динамические характеристики жестокости, учащиеся, виды и формы жестокости.*

Muhina V.V., Efremenko I.I.

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

PUBERTAL CRUELTY AS A SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEM

The article considers substantial and dynamic characteristics of cruelty among students, reveals factors conducing acts of cruelty among students.

Key words: *cruelty, substantial and dynamic characteristics of cruelty, students, types and forms of cruelty.*

Введение. В настоящее время большое количество работ посвящено рассмотрению природы и особенностей агрессивного и жестокого поведения в подростковом возрасте (Г. Парренс, А.М. Прихожан, Л.М. Семенюк), так как именно данный возрастной этап причисляется учеными психологами к разряду наиболее проблемных. По статистике преступления, совершаемые подростками и молодежью около 70% – составляют кражи[1]. Однако сейчас куда чаще стали появляться другие: фактически довольно часто молодые люди – чаще всего подростки – кого-то избили или убили. Жестокость становится частой формой преступления. Обращаясь к этой теме, исследователи констатировали одну из причин – компьютерная зависимостьПо результатам исследования, 52% школьников оказались зависимы или почти зависимы. Она появляется в виде ряда симптомов на эмоциональном и поведенческом уровне: постоянные мысли об игре, стремление получить разрядку[2]. Характерными особенностями такой зависимости является, в том числе, снижение критического отношения к негативным проявлениям зависимости, потеря интереса к социальной стороне жизни, внешнему виду, удовлетворению других потребностей, а также снижению эмоционального интеллекта, переноса виртуального мира в реальный. Необходимо отметить, что существует тенденция к снижению общего числа преступлений, совершаемых молодыми людьми в 2016 году к аналогичному периоду прошлого года всего по Беларуси на 20,6%. Однако, растет число преступлений, связанных с проявлениями жестокости, вандализма и экстремизма [2].

Материалы и методы. Нами были опрошены студенты очного отделения первого и второго курсов Витебского филиала Международного университета «МИТСО». Общее количество респондентов: 60 человек. Возраст респондентов на момент исследования: 18 – 25 лет.

В эмпирическом исследовании были использованы следующие методики: личностная шкала проявлений тревоги Тейлора; диагностика враждебности (по шкале Кука – Медлей); опросник Басса – Дарки.

Результаты и их обсуждение. Первым этапом исследования стала методика «Личностная шкала проявлений тревоги» (автор Дж. Тейлор) Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. Однако повышенный уровень тревожности является субъективным проявлением неблагополучия личности.

Анализ результатов проведенной нами методики показал следующее: очень высокий уровень тревожности нами выявлен у 6 студентов (5 студентов 1 курса, 1 студент 2 курса), что составило 10% респондентов. Высокий уровень тревожности нами выявлен у 15% респондентов (9 студентов – первого курса). Это свидетельствует о том, что у этих студентов есть психологические проблемы. Учитывая тот факт, что большинство студентов с очень высоким и высоким уровнем – первокурсники, можно соотнести этот повышенный показатель с адаптационным периодом. Однако если тревожность становится чертой личности человека и отражается на его отрицательном (тревожном, беспокойном) отношении к любым жизненным ситуациям, постоянно предвидя в них опасность, порождая агрессию или жестокость как средство самозащиты.

Большая часть опрошенных нами студентов имеют средний уровень тревожности с тенденцией к высокому – 30% респондентов (18 человек), имеют средний уровень тревожности с тенденцией к низкому – 45% (27 человек). От общего числа респондентов это составило 75%, что можно считать положительным показателем для студенческой среды. Средний уровень тревожности у большинства респондентов объясняется их социальным статусом, то есть процесс получения высшего образования требует постоянного психологического напряжения, повышенного уровня ответственности, чем можно объяснить данные показатели (рисунок 1).

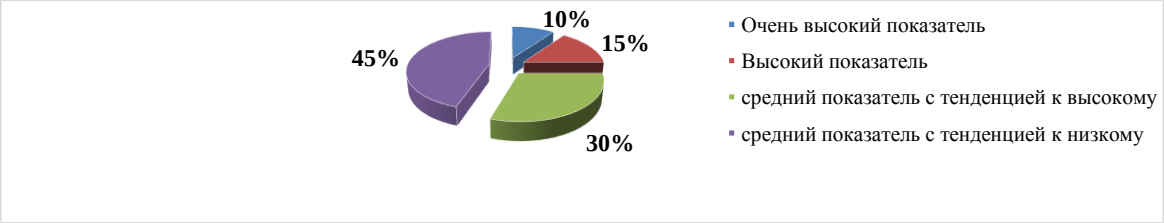


Рисунок 1 – Результаты исследования тревожности

Вторым исследованием нами была проведена методика «Шкала враждебности» Кука-Медлей, которая позволяет оценивать уровень выраженности по шкалам цинизма, агрессивности и враждебности. Цель исследования – выявление склонности молодых людей к жестокости. В опросе приняли участие 60студентов очного отделения, первого и второго курсов.

Нами было установлено, что по «Шкале агрессивности» у 20% опрошенных наблюдается высокий показатель, у 70% – средний показатель с тенденцией к высокому и у 10%– средний показатель с тенденцией к низкому. По «Шкале враждебности» у 50% наблюдается средний показатель с тенденцией к высокому, у 30% - средний показатель с тенденцией к низкому и у 20% это высокий показатель. По «Шкале цинизма» у 70% наблюдается средний показатель с тенденцией к высокому, у 20% - средний показатель с тенденцией к низкому и у 10%- высокий показатель.

Таким образом, можно проследить, что уровень агрессивности, враждебности и цинизма имеет средние показатели, но наблюдается тенденция к возрастанию, следовательно, можно предположить, что возможны проявления жестокости среди опрошенных нами студентов.

Следующим этапом нашего исследования стала методика «Диагностика состояния агрессии Басса - Дарки». Целью исследования было выявление особенностей эмоционально-волевой сферы студентов, диагностика таких свойств личности, как агрессивность. Исследование агрессивности показало, что наибольшее количество респондентов имеет повышенные показатели по следующим шкалам: физическая агрессия, вербальная агрессия, угрызение совести и чувство вины. Повышенный индекс враждебности имеют 24%, а повышенный индекс агрессивности - 32% респондентов.

Таким образом, в ходе проведенного исследования, можно установить, что уровень агрессивности, враждебности и цинизма у наших респондентов имеет средние показатели, но наблюдается тенденция к возрастанию. Большей половине опрошенных присущ высокий уровень агрессивности. Из этого можно предположить, что могут чаще возникать деструктивные формы общения, которые приведут к возникновению насильственных действий, проявлению жестокости.

В ходе проведенного исследования было выявлено, что опрошенные нами студенты, показали высокий и средний уровень тревожности. Существует необходимость в выяснении причин таких результатов и своевременная их коррекция, так как у людей с повышенной тревожностью могут наблюдаться агрессивные реакции, которые могут переходить в жестокость. Большинство студентов, имеющих высокий уровень тревожности – это первокурсники, поэтому данные показатели можно связать с адаптационным периодом в высшем учебном заведении. Уровень агрессивности, враждебности и цинизма имеет средние показатели, но наблюдается тенденция к возрастанию. Большей половине опрошенных присущ высокий уровень агрессивности. Из этого можно предположить, что могут возникать деструктивные формы общения, которые приведут к возникновению насильственных действий и проявлению агрессии.

Важно отметить что, проведение профилактики – не кратковременная кампания, а целенаправленный социально-педагогический процесс, который осуществляется планомерно, постоянно, с комплексным охватом различных сфер жизнедеятельности с целью приобретения знаний о негативном влиянии явлений и событий общества.

Таким образом, можно сделать вывод, что, как показывает практика, можно существенно снизить проявление агрессивности и проявления жестокости среди молодежи. Своевременная коррекция причин проявления жестокости студентов должна быть основана на диагностике таких показателей как тревожность, и агрессивность.

Список литературы:

1. Зубок, Ю.А. Феномен риска в социологии. Опыт исследования молодежи. – Москва: Наука, 2007. – 269 с.
2. Солодовников, А.Г. Подростковая преступность в Республике Беларусь: анализ и особенности социолого-психологического изучения / Праблемы выхавання. - № 1. – 2009. – С. 39-43.

УДК 316

Мэндхуу Б., Дуламжав П.
Преподаватели Дарханской Медицинской Школы МНУМН, Монголия

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МОНГОЛЬСКИХ СТУДЕНТОВ

В статье рассматриваются вопросы адаптации к студенческой жизни, вопросы ценностей, мировоззрения, лидерства студента

Ключевые слова: *нагрузка, ВУЗ, социальная медицина, Дархан, адаптация*

Mendkhuu B., Dulamjav P
Teachers of the Darkhan Medical School of MNUMS, Mongolia

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF HEALTH STATE OF THE MONGOLIAN STUDENTS

The article deals with the adaptation to universities life, values, issues, world, and student's leadership
Keywords: *load, university, social medicine, Darkhan, adaptation*

Введение. Студенческая молодежь-особая активная группа с определённой целью, для достижения которой готовые реализовать всю свою энергию и время. Студента как социального субъекта определяют с биологической, социальной и психологической сторон. По-определению В.Г Ананьевой: "Период студенчества -наиболее специфический период в формировании личности" Из факторов, влияющих на здоровье человека наследственные факторы и образ жизни индивидума занимают 65-75% вместе, экологические факторы 20-25% и 10% уровень медицинских услуг.[Лалонде, 1974]. Новая социальная медицина-результат развития глобальной концепций социальной медицины [2]. В эпоху глобального развития, когда социальные вопросы одного государства стали оказывать прямое влияние на схожие вопросы соседней страны [4,5], особенностью нашего исследования было попытка сравнения особенностей установок и мотивов поведения монгольских и иностраных студентов в рамках новой социальной медицины. ВУЗы в вопросах формирования личности и нравственного развития студентов играют основополагающую роль. Нынешняя социальная востребованность в необходимости комплексного подхода к вопросам психического и нравственного здоровья студентов и отражения концепций установок и мотивов поведения индивида в учебном процессе ВУЗа стало для нас стимулом к проведению данного исследования.

Цель исследования

Исследовать актуальные вопросы социально-психологического здоровья монгольских студентов с позиций новой социальной медицины

Задачи исследования

1. Определить некоторые факторы новой социальной медицины, влияющих на здоровье студентов
2. Исследовать установки, мотивы поведения и состояние здоровья студентов, влиющие на новое направление социальной медицины

Новизна и практическое значение исследования

Во взаимосвязи с комплексным отражением социально-нравственных вопросов студентов в учебной деятельности ВУЗ-ов, нами проведено исследование сравнения особенностей установок и мотивов поведения монгольских и иностраных студентов в рамках новой социальной медицины

Методы исследования

Исследование проведено методом анкетирования 120 студентов Дарханской Медицинской Школы Монгольского Национального Университета Медицинских Наук /МНУМН/ по специальному опроснику с 25 вопросами. Вопросы, отражающие личностные качества были сгрупрированы на 5 категорий:жизненные цели, ценности и идеи личности, взаимоотношения его, свободное время и необходимые качества лидера. Данные исследования были обработаны на программах SPSS-20 и Excell с учётом корреляционных коэффициентов.

Результаты исследования.

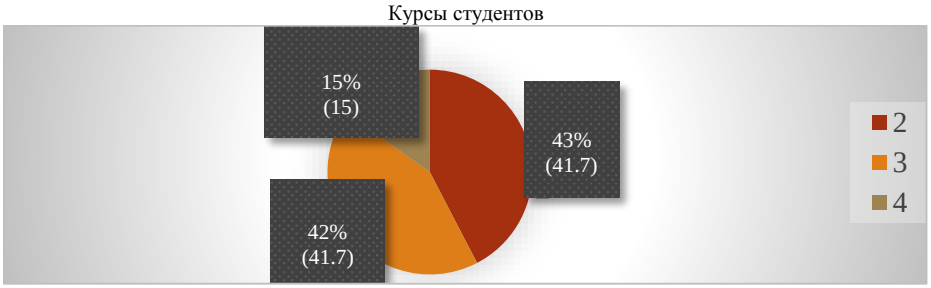
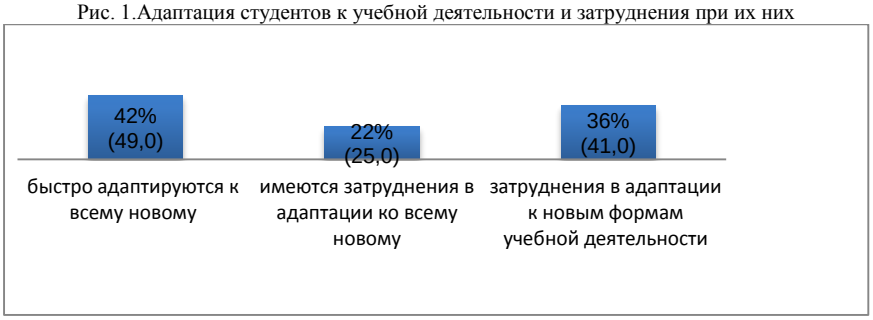


Рис. 1.Адаптация студентов к учебной деятельности и затруднения при их них



Из сгруппированных 6 вопросов на вопрос об адаптации 42% студентов ответили, что при необходимости довольно бысто адаптируются к новым условиям.

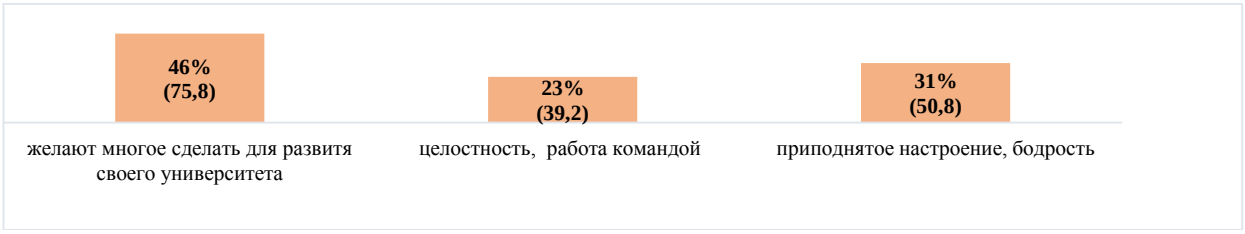


Рис. 3.Принадлежность студентов к своему университету

На второй вопрос социального характера о принадлежности к университету, 46% из опрошенных выразили свою гордость за Школу, в которой учатся и желание внести свой вклад в его развитие.

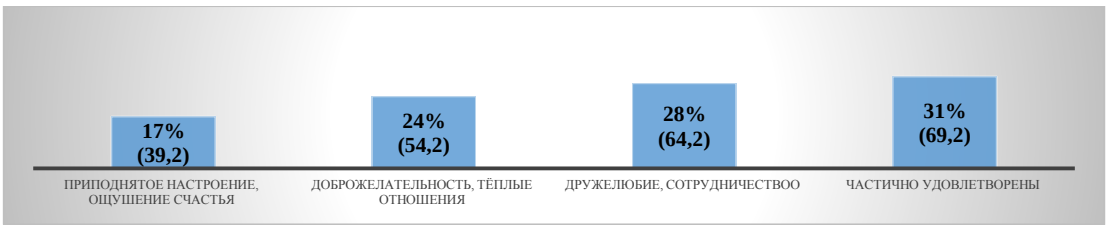


Рис. 4.Взаимоотношения студента

На вопросы о взаимоотношений в различных жизненных ситуациях, 27% опрошенных студентов ответили об их стремлений к действиям найти самое оптимальное решение

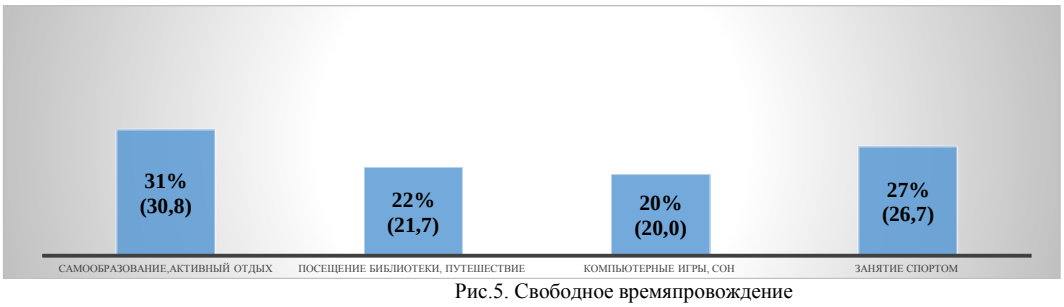


Рис.5. Свободное времяпровождение

Из 6 сгруппированных ответов, на группу вопросов о свободном время провождении, 28% студентов ответили о занятии спортом

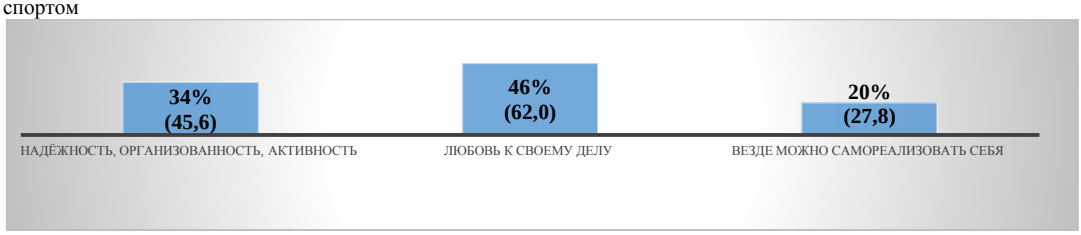


Рис. 6.Лидерство

На пятый вопрос из сгруппированных 6 вопросов о преимуществах лидера 46% опрошенных студнетов назвали любовь к своему делу и возможность получения удовлетворения от реализуемой своей деятельности.

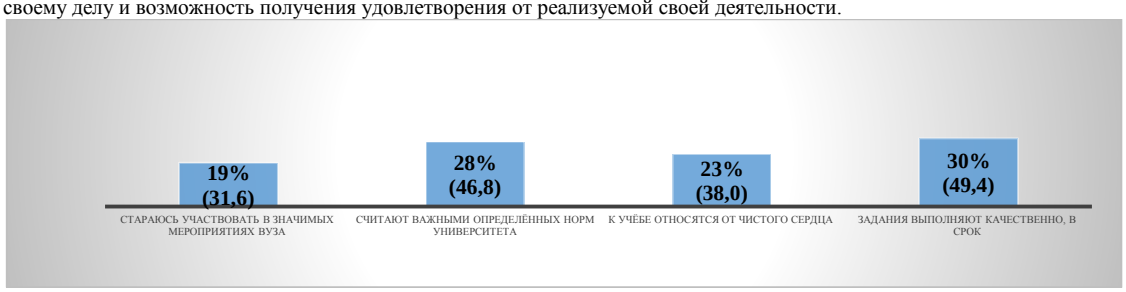


Рис. 7. Качества лидера

На шестой вопрос из сгруппированных 6 вопросов о самом важном качестве лидера, 30% студентов назвали надёжность, качественное выполнение порученных заданий в срок.

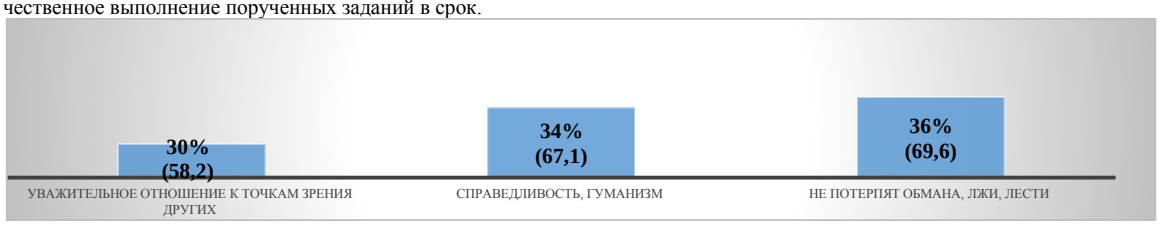


Рис. 8 Ценности, идеи и точки зрения студентов

На седьмой вопрос из сгруппированных 6 вопросов о ценностях, идеях и точке зрения, 36% студентов неприемлимой для них назвали ложь, обман, чувство лести.



Рис. 9. Жизненная цель студентов и методы её достижения

Из сгруппированных 6 вопросов, 53% студентов методами достижения своей цели назвали инициативность, активную позицию.

Выводы: 1. Адаптация студентов к новым условиям учёбы напрямую зависят от эмоционального микроклимата университета и тёплых, дружеских взаимоотношений окружающих студентов. ($R=0.315$, $p<0.000$, $r=0.341$, $p<0.000$)

2. Главной целью своей жизни большинство студентов считают заиметь счастливую семью, а ценностями жизни назвали справедливость, гуманизм, труд, на вопрос с кого берут примеры назвали родителей, родственников, друзей, а абсолютно неприемлемыми для них качествами назвали ложь, обман, лесть. (R=0.251, p<0.000, r=0.262, p<0.000, r=0.310, p<0.000)
3. Для достижения своей цели студентам необходимо иметь качества лидера. (R=0.281, p<0.000, r=0.237, p<0.000, r=0.228, p<0.000 r=0.180, p<0.000 r=0.225, p<0.000)
4. По-определению опрошенных студентов первостепенной характерной особенностью Дархаской Медицинской Школы назвали единство мыслей и действий, дружелюбный микроклимат коллектива, развивающейся в направлении новой, **СОЦИАЛЬНО ОТКРЫТОГО** университета здоровья, раскрывающей перед студентами все возможности для самореализации своих способностей. (R=0.315, p<0.000, r=0.260, p<0.000)

Список литературы:

1.Б.Оргил.Шинэ нийгмийн эрүүл мэнд.УБ. 2000.
2.Б.Оргил.Нийгмийн эрүүл мэнд судлалын өрчин үеийн чиг хандлага. Монголын анагаах ухаан. УБ., 2008. № 4(146)
3.“Эрүүл мэндийн боловсрол” сургалтын хөтөлбөр. 2009. “Залуучууд ба зан үйлийг өөрчлөх харилцаа” төсөл
4. Ю.П.Лисицына Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. М., 1997.
5. DESEASE CONTROL PRIORITIES IN DEVELOPING COUNTRIES. Second edition. Editors:Ddean T.Jamison, Joel G.Breman, Anthony.

УДК 364.3

Нарантуяа Д., Цэвэлмаа Д.
Научный руководитель: Дашдулам Ц., Цыренлхама Т., Байгалма Б., Одгэрэл Б.
Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

ИССЛЕДОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Narantuya.D.Tsewelmaa.D.
Leader lecturer: Dashdulam.Ts. Tserenlkham.T. Baigalmaa B. Odgerel.B
Mongolian National University of Medical Sciences, Mongolia

STUDIES OF MEDICAL STAFF SATISFACTION

Introduction; Satisfaction is determined pending the results of the work, the difference in the desired focusing and need medical personnel and medical staff values. Although many factors affect the satisfaction, it is important that the essence of the work and feels that it is work. Take a look at the result of research work of medical staff satisfaction 2nd Hospital of the capital of the 2014, it was satisfied with 5%, a significant 43.3% and 28.3% poor. As a result of the survey was that the stressful conditions of stress state during working hours 50% permanent, 30% frequently and 20% occasionally. Factor stress conditions arises from the client - 61.6%, from the administration - 36.6%, the operating voltage - 5%, from colleagues - 10%. In a survey for the improvement of medical staff satisfaction responded that the need to reduce the operating voltage - 61.6%, add the number of jobs - 59.9%, improve customer HCP - 34.9%, add salary - 53.3%, and thus the medical staff activity is improved and is suitable to work without any difficulty. Looking at the results of research work in stressful conditions are subject to youth 20-25 years, with experience of 2-5 years, but the convenience of the workplace, conditions of work, the desire to work, and health points to the fact that it is possible to improve the stress. Not satisfied with the workplace is a factor in the increase in life satisfaction and not stress state communities. As a result, stress is originated condition of medical personnel, reduction of the medical staff productivity, deterioration of medical colleagues to communicate the organization, increasing the incidence of medical staff, the psychological conditions of instability, negatively interact with the client or of negative value. Because the medical staff is a very demanding job, so job satisfaction affects the result of the medical staff and therefore need to find satisfaction.

Keywords: Satisfaction, context, workload, stress.

Purpose: The aim of this research is to assess the medical staff to explore the psychology and satisfaction at the workplace.

Survey Methodology: This research work was carried out in the clinic medical staff state that carries out activities in the territory of the city of Ulaanbaatar. The percentage of participants is 17.6% - men and 82.4% - women.

Result: Working conditions in this clinic is satisfied - men 3.51%, women - 76.2%. Safe for work: men - 3.47%, women - 69.3%. Suited for work in the State Clinic №1: men - 3.82%, women - 76.3%. State Clinic №2: men - 3.77%, women - 75.4%, the State Clinic №3: men - 3.56%, women - 71.3%, National Center for Infectious Diseases: Men - 3.29%, women - 65.8%, the National Center of Traumatology: men - 2.82%, women - 56.4%, the National center for Research on cancer: men - 2.69%, women - 53.8%, the National center for mental health: men - 3.87%, women - 77.3%, the National center of Venereology: men - 4.20 %, women - 84.0%. Safe to work - in the public clinic №1: men - 3.91%, women - 78.2%, state clinic №2: men - 3.81%, women - 76.3%, state clinic №3: men - 3.54%, women - 70.8% National center for infectious diseases: men - 3.35%, women - 66.9%, the National center of Traumatology - men 2.74%, women - 54.8%, the National center for Research on cancer: men - 2.84%, women - 56.8%, the National Centre for mental health: men - 3.64%, women - 72.9%, the National center Venereology: men - 3.86%, women - 77.2%.

Conclusion: Looking at the results of the research work, the percentage of participants is 3.38% - men, and 67.6% - women. Looking at this, although most, almost more than 80% of medical staff is a woman, and thus requires a condition, and to take measures for medical staff masculine. Consistency and psychology of men is very difficult to adapt to clinical work. Therefore, the operating force in the clinical condition is very small.

УДК 325.1(571.54)

Неврина О.Н.
Научный руководитель: к.ф.н., доцент, Котоманова О.В.
Бурятский государственный университет, г.Улан-Удэ, Россия

ПРОБЛЕМА МИГРАЦИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

В статье рассматривается проблема миграции среди молодежи, выявлены основные мотивы миграции. Приведен анализ социологического пилотного исследования миграционного настроения у молодежи.

Ключевые слова: *молодежь, миграция, население, трудоустройство, уровень жизни.*

Nevrina O.N.
Kotomanova O.V. Phd, Associate Professor, scientific adviser
Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

THE PROBLEM OF MIGRATION AMONG THE YOUTH IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

The problem of migration of young people, found the main reasons for migration. The analysis of the sociological pilot study immigration sentiment among young people.

Keywords: *youth, migration, population, employment, standard of living.*

Республика Бурятия не относится к экономически развитым субъектам Российской Федерации. Суровые природно- климатические условия, отдаленность от центрастраны, отсутствие развитой инфраструктуры являются сдерживающими факторами развития региона. Как следствие, у молодежи возникают миграционные настроения, часть которых перерастает в потребности.

Миграции подвержено в основном молодое поколение, которое обладает высокими конкурентными преимуществами, хорошим образованием, знанием иностранных языков, развитыми физическими данными. Отток из республики большого числа молодых людей влияет непосредственно на качественный и количественный состав населения, что сильно сказывается на трудовом потенциале населения и в целом на экономику республики.

Для начала дадим определение понятию молодежь. Под молодежью в настоящее время понимаются граждане в возрасте от 14 до 30 лет включительно, то есть социально активная часть населения, которая представляет собой наиболее перспективную часть наших граждан, желающих обеспечить реализацию своих интересов. Для этой социальной группы характерно: физиологическое взросление; завершение формирования личности; вступление на полноправной основе в основные сферы общественной жизни (экономику, политику, семейные отношения) [1].

Под миграцией понимается перемещение населения как внутри страны, так и за ее пределы. Одной из главных целей переезжающих состоит в улучшении своих жизненных условий и благосостояния [3].

Одной из основных причин миграции молодежи из республики Бурятия является проблема трудоустройства. Наибольшее количество населения переезжает в центральные регионы России, такие как: Москва, Московская область, Санкт- Петербург, Казань, поскольку там более развита инфраструктура, существует большая вероятность получения высокооплачиваемой работы, возможна перспектива карьерного роста, имеются неограниченные возможности для творчества и саморазвития

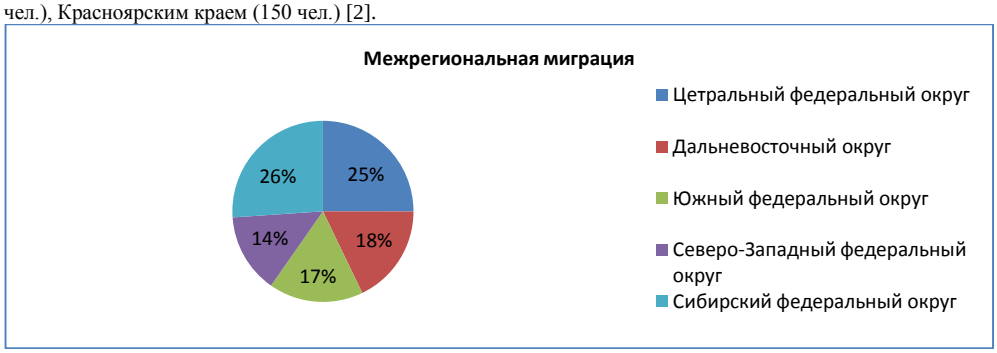
На 1 января 2016 года численность населения Бурятии составила 982 300 человек. Миграционная убыль в республике сохраняет устойчивый характер[4].

В январе-сентябре 2016 года по Республике Бурятия совершено 67153 передвижений, включая внутри региональную миграцию. Из 32630 прибывших зарегистрированы по месту жительства 17162 человека, по месту пребывания – 7059 и возвратились после временного пребывания на другой территории 8409 человек. Из 34523 выбывших снято с регистрационного учета по прежнему месту жительства 18781, выбыло на срок более 9 месяцев - 8357 и на временное пребывание в другие территории - 7385 человек. При этом миграционная убыль населения в республике составила 1893 человека [2].

Практически все перемещения мигрантов (98,3%) ограничились пределами Российской Федерации. Большая часть из них перемещалась в пределах республики, сменили место жительства 22137 человек. Положительное сальдо миграции было в Иволгинском, Тарбагатайском, Заиграевском, Прибайкальском районах. В остальных районах и городах Улан-Удэ и Северобайкальск происходил отток населения. Высокий отток населения отмечен в Северо-Байкальском (-31,6 чел. на 1000 населения), Муйском (-21,9), Джидинском (-19,6) районах. Из районов, приравненных к Крайнему Северу республики, миграционный отток составил 876 человек [2].

Так как данные районы являются пригородными районами столицы республики, а большая часть жителей стремятся стать городским населением, в этих районах наблюдается постоянное увеличение численности населения за счет внутренней миграции с более отдаленных районов. Так же часть населения города Улан- Удэ переезжает в районы с целью поиска более благополучной экологической обстановки, но так как отсутствует желание терять свои социальные контакты, население переезжает в окрестности города Улан-Удэ.

Межрегиональная миграция в общем объеме миграции составила 32,3%. Из других регионов России в республику прибыло 9665 и выбыло 12036 человек. Среди российских регионов, принявших в январе-сентябре текущего года наибольшее число мигрантов из Республики Бурятия, лидируют Центральный федеральный округ - 528 человек, в том числе г. Москва и Московская область - 303; Дальневосточный федеральный округ -376, в том числе Республика Саха (Якутия) – 127; Южный федеральный округ - 356, в том числе Краснодарский край – 289; Северо-Западный федеральный округ - 300, в том числе г. Санкт-Петербург и Ленинградская область - 275. В регионы Сибирского федерального округа отмечен отток населения в 550 человек. Население республики пополнилось за счет жителей Забайкальского края на 373 человека. Наибольший отток населения сложился с Иркутской областью (255 чел.), Республикой Тыва (233 чел.), Красноярским краем (150 чел.) [2].



В структуре миграционных связей республики международная миграция составила 1,8 %. Прирост населения республики за счет международной миграции составил 478 человек: из зарубежных стран в республику прибыло 828 и выбыло 350 человек. Большую часть в миграционном приросте населения составляют граждане Украины (153 чел.), Узбекистана (79 чел.), Киргизии (55 чел.), Таджикистана (54 чел.), Армении (45 чел.) [2].

Это связано с тем, что жители стран бывшего СССР переезжают в Республику Бурятия с целью улучшения своего материального положения и повышения уровня жизни. Одной из причин миграции граждан из Украины является нестабильная политическая ситуация на родине.

В целях выявления миграционных предпочтений населения Республики Бурятия был проведен социологический опрос. В данном опросе приняли участие 60 человек. 20 человек- это учащиеся выпускных классов МБОУ СОШ №47, 20 человек - студенты Бурятского государственного университета, 20 - молодые люди. По итогам исследования можно сделать следующие выводы.

Наибольшая часть молодого поколения в возрасте от 14 до 30 лет (70%), стремится уехать либо в соседние регионы (Иркутская область и Новосибирская область), либо в крупные города России (Москва, Санкт- Петербург). Также важно заметить, что с возрастом миграционное настроение уменьшается.

Желание покинуть республику чаще проявляют студенты и неработающее население. Это явление в большей степени характерно для школьников и студентов высших учебных заведений (40 %). Большое количество студентов планируют получить или продолжить образование, затем трудоустроиться в экономически развитых городах России. У молодежи присутствует желание реализовать свои возможности поиска более качественного уровня жизни.

Для дальнейшего проживания, в случаи миграции, наиболее востребованными городами являются: Москву, Санкт- Петербург, Новосибирск, Иркутск. Наиболее предпочитаемыми для эмиграции странами выступают США и Канада – 30%, азиатские (Корея, Монголия, Китай) – 25 % и Германия 5 %.

Среди тех, кто «Точно не сменит место жительства» - 35 % участников исследования. Так 10 % респондентов ответили, что не покинут настоящее место жительства, если удовлетворят свои личные потребности в ближайшие несколько лет, решат проблемы с работой, жильем.

Чаще всего население переезжает в те регионы, где у них есть уже сложившиеся социальные контакты (родственники/знакомые).

Таким образом, миграционные установки жителей республики Бурятия на выезд из региона имеют ярко выраженный характер среди молодого поколения. Подавляющее большинство жителей хотели бы покинуть регион.

При создании благоприятных условий – в основном наличия работы, реализации личностного потенциала – жители республики Бурятия не планируют покидать малую родину.

Для снижения уровня оттока молодежи из Республики Бурятия необходимо принятие мер на республиканском уровне, а именно:

1. Развитие патриотического воспитания на всех уровнях образовательной системы.
2. Создание условий для успешного трудоустройства выпускников ВУЗов и ССУЗов.
3. Развитие молодежных движений, таких как «Молодежь Баргузинской долины».
4. Развитие инфраструктуры в отдаленных районах республики.

Список литературы:

1. Апатенко С.Н. Социализация Российской молодёжи и государственная молодёжная политика в России / С. Н. Апатенко - М.: Знание, 2010. - 284 с.
2. В.Б. Брюханова В.Б. Анализ проблем развития рыночной среды региона. Экономика и предпринимательство. 2015. № 10-1 (63-1). С. 394-397
3. Моденов В.А. Россия и миграция: История, реальность, перспективы / Моденов, В.А., Носов А.Г. - М.: Прометей, 2012. – 328 с.
4. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Бурятия [Электронный ресурс]. – Режим доступа. - URL:http://burstat.gks.ru/burstat/ru/statistics/population/ (дата обращения: 08.10.16)

УДК 316.485

Непомнящих Т. А.
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ СЛУЖБ ПРИМИРЕНИЯ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

В статье рассматривается опыт работы служб примирения в регионах России, организованных на базе учреждений системы социальной защиты населения.

Ключевые слова: *медиация, служба примирения, социальная защита населения, региональный опыт.*

Nepomnyashich T. A.
Irkutsk State University, Irkutsk, Russia

REGIONAL EXPERIENCE RECONCILIATION SERVICES ON THE BASIS OF ESTABLISHMENTS OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION

The article discusses the experience of mediation services in the regions of Russia, organized on the basis of establishments of system of social protection of the population.

Key words: *mediation, conciliation service, social protection of the population, regional experience.*

Все мы живем в обществе и, так или иначе, взаимодействуем друг с другом. Не редки случаи, когда в процессе общения между людьми возникают различного рода конфликтные ситуации. Конфликты могут иметь серьезные социальные последствия. Конфликты между супругами могут привести к распаду семьи. Как следствие увеличивается численность безнадзорных детей, численность неполных семей. Конфликты между родителями и детьми, особенно подросткового возраста, провоцируют факты бродяжничества, совершение преступлений. Для мирного урегулирования разногласий все чаще прибегают к такой процедуре как медиация. В западных странах медиация довольно распространенное явление, в России же оно только начинает набирать популярность.

Распространение медиативной технологии в нашей стране началось после принятия в 2010 году Федерального закона №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Согласно этому закону, процедура медиации — это способ урегулирования споров при содействии медиатора на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения [1].

Основной целью процедуры медиации является совместный и самостоятельный поиск сторонами конфликта конструктивного решения спора.

В 2009 году в России Всероссийской ассоциацией восстановительной медиации были разработаны Стандарты восстановительной медиации. В них указано, что «программы восстановительной медиации могут осуществляться в службах примирения. Службы примирения при исполнении своих функций должны быть независимыми и самостоятельными. Деятельность служб примирения должна получить официальный статус в рамках структур, в которых она создается. Службы примирения могут создаваться как по ведомственному принципу (в системе образования, молодежной политики, социальной защиты, судебных, правоохранительных органов и пр.), так и носить межведомственный, надведомственный (службы при муниципалитетах, КДНиЗП и пр.) или территориальный характер. Медиаторы, руководители и кураторы служб должны пройти специальную подготовку» [2].

Сеть служб примирения в учреждениях социального обслуживания населения начала формироваться после принятия Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы.

Рассмотрим наиболее интересный опыт регионов РФ по организации служб примирения на базе социальных учреждений.

В Астраханской области на базе Государственного автономного учреждения Астраханской области «Многопрофильный социальный центр «Семья» работает социальная служба урегулирования супружеских и детско-родительских отношений «Равновесие». Специалисты службы оказывают услуги альтернативной процедуры (медиации) урегулирования споров связанных с семейными отношениями семьям на стадии распада, а также социально-психологическую, социально-педагогическую и социально-правовую помощь [4]. Данная служба создана в центре в рамках проекта «Мы можем остаться родными людьми» при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Деятельность службы направлена на способствование укрепления института семьи в регионе.

С 2014 года в Смоленском социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних «Феникс» работает служба примирения «Открытая дверь». Она, также как и в Астраханской области, осуществляет свою деятельность при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. За период существования Службы медиаторы провели 75 программ примирения. 50 несовершеннолетних и 40 семей получили помощь с использованием новых методик и технологий «Программа по заглаживанию вреда» и «Круг сообщества» [5].

Служба примирения «Открытая дверь» проводит сеансы медиации для разрешения конфликтов между взрослым и ребенком, а также между детьми. В Службу обращались образовательные организации за помощью по разрешению конфликтов между учениками в классе. Наилучшие результаты, по наблюдениям специалистов, были достигнуты в случае заинтересованности конфликтующих сторон в мирном урегулировании разногласий. Основной проблемой при работе с семьями специалисты выделяют следующую: донести до родителей позицию медиатора и необходимость участия в примирительных процедурах, как возможность избежать обращения в органы опеки и попечительства и изъятия ребенка из семьи[3].

С 2013 года в Автономном учреждении Республики Алтай «Комплексный центр социального обслуживания населения» реализуется проект «Компромисс» совместно с благотворительным фондом «МАМА» при грантовой поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В рамках данного проекта на базе данного учреждения работает служба примирения. В данную службу за помощью медиатора могут обратиться все желающие. В учреждении разработано положение о Службе примирения, в котором обозначены основные задачи Службы, принципы её деятельности, а также порядок работы. Служба примирения «Комплексного центра социального обслуживания населения» взаимодействует с различными органами власти и общественными организациями, а также учреждениями, работающими в сферах социальной, молодежной политики, образования и другими.

Организационно-методическим отделением «КЦСОН» были разработаны буклеты, в которых представлена информация о службе примирения для подростков, для родителей, а также для специалистов. В рамках проекта «Компромисс» была разработана брошюра «Семейная конференция. Круги сообществ. Медиация», в которой есть как теоретический материал, так и практические примеры конкретных ситуаций с комментариями специалистов.

Службы примирения в Иркутской области стали внедряться в социальных и образовательных учреждениях после принятия долгосрочной целевой программы «Точка опоры» по профилактике социального сиротства, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Иркутской области на 2011–2013 годы, утвержденной Постановлением Правительства Иркутской области от 19 ноября 2010 г. № 294-пп.

В 2011-2012 гг. в Иркутской области Службы примирения были организованы в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних следующих населенных пунктов: г. Иркутск, г. Ангарск, г. Усть-Илимск, п. Залари.

Медиация – это универсальная технология, которая может применяться в работе с разными категориями населения. Одним из способов реализации данной технологии может быть служба примирения. Службы примирения, или медиативные службы, стали появляться в структуре социальных учреждений не так давно, но уже показали свою эффективность. Поэтому я считаю данную технологию достаточно перспективной для повсеместного внедрения в работу учреждений системы социальной защиты населения.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 193 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» // КонсультантПлюс [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=LAW- &n=148723&req=doc.(Дата обращения: 10.11.16).
2. Профилактика социального сиротства. Развитие сети служб примирения в России./Под общей редакцией Н.Л.Хананашвили. М: Благотворительный фонд «Просвещение», 2013. – 186 с.
3. В службе «Равновесие» помогают наладить отношения в семье // Астраханская область. рф. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.astrobl.ru/news/75958 (Дата обращения: 10.11.16).
4. Службы примирения в социальных и образовательных учреждениях Иркутской области внедряет Иркутский Центр медиации //Медиация в Иркутске. Внесудебное разрешение споров. [Электронный ресурс] – http://www.irkmediator.ru/news/sluzhby-primireniya-v-socialnyh-i-obrazovatelnyh-uchrezhdeniyah-irkutskoy-oblasti-vnedryaet (Дата обращения: 11.11.16)
5. Служба примирения "Открытая дверь"// Областное государственное бюджетное учреждение Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс». [Электронный ресурс] – Режим доступа:http://www.smolfeniks.ru/index.php/sluzhba-primireniya-otkrytaya-dver (Дата обращения: 11.11.16).

УДК 614.2-058.244(571.14)+316.62

Нетесов Е.В., Борцов В.А., Фомичева М.Л., Калиниченко А.В., Нетесова Е.С.
Новосибирский государственный медицинский университет,г. Новосибирск, Россия
Региональный центр медицинской профилактики, г. Новосибирск, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

С целью совершенствования оказания медицинской помощи социально дезадаптированным пациентам в сельской местности, проведен социологический опрос руководителей и врачей-терапевтов участковых.

Ключевые слова: *социальная дезадаптация, сельское население, оказание медицинской помощи.*

Netesov E.V., Bortsov V.A., Fomicheva M.L., Kalinichenko A.V.,Netesova E.S.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
Regional Centre for Medical Prevention, Novosibirsk, Russia

SOCIAL DISADAPTATION AS A FACTOR AFFECTING ON HEALTH OF RURAL POPULATION OF THE NOVOSIBIRSK REGION

In order to improve the organization of health care for patients in marginalized rural areas, carried out a sociological survey of head doctors and general practitioners.

Key words: *social disadaptation, rural population, delivery of health care*

В настоящее время не существует адекватного механизма оказания медико-социальной помощи социально дезадаптированному сельскому населению. В связи с чем, целесообразно изучение влияния уровня степени социальной дезадаптации на здоровье населения. Изучение мнения руководителей медицинских организаций, а также врачей-терапевтов участковых относительно влияния социальной дезадаптации на здоровье сельского населения позволит сформировать мероприятия по оказанию первичной медико-санитарной помощи социально дезадаптированному сельскому населению на амбулаторно-поликлиническом этапе [1, 2, 3].

В 2015 году был проведен социологический опрос 84 руководителей и 156 врачей-терапевтов участковых, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению Новосибирской области. Среди опрошенных руководителей 64,3% составили женщины и 35,7% - мужчины. Стаж работы в здравоохранении в среднем составил 26 лет, в должности руководителей - 8 лет. Среди опрошенных врачей-терапевтов участковых женщины составили 83,3% опрошенных, мужчины 16,7% соответственно. Средний возраст респондентов составил 43 года. Стаж работы в здравоохранении в среднем составил 19 лет.

Большинство руководителей 76,2% уверены, что социальная дезадаптация населения является фактором, влияющим на общественное здоровье населения. Так же, по мнению врачей-терапевтов участковых в 57,1% случаев пациенты указывают на социальные факторы как на причину своего заболевания. При этом, по мнению врачей-участковых терапевтов среди пациентов, указывающих на социальные факторы как причину заболеваний, в 54,5% случаев социальные факторы вызывают обострение хронических заболеваний, в 21,2 % случаев вызывают развитие острого заболевания.

Более половины опрошенных руководителей (64,3%) отмечают, что социальная дезадаптация населения является фактором, влияющим на уровень обращаемости в амбулаторные медицинские организации, 30,9% руководителей уверены, что это влияет в той или иной степени.

Большинство опрошенных руководителей (64,3%) полагают, что социальная адаптация учитывается при оказании первичной медико-санитарной помощи социально дезадаптированному сельскому населению на амбулаторно-поликлиническом этапе. Однако ответы врачей-терапевтов участковых указывают на то, что социальная адаптация при оказании амбулаторной медицинской помощи учитывается только в 22,4% случаев, в 35,3% случаев, не всегда учитывается, в 32,7% не учитывается и затруднились ответить 9,6% респондентов.

Относительно возможности проведения мероприятий по снижению уровня социальной дезадаптации 33,4% руководителей уверен ответили, что таких возможностей у медицинской организации не имеется, 40,5% полагают, что таких возможностей скорее нет, только 9,5% считают, что такие возможности имеются и 14,3% респондентов считают, что такая возможность скорее имеется. Таким образом, большая часть респондентов (73,9%) в той или иной степени убеждены, что при оказании первичной медико-санитарной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе отсутствует возможность для проведения мероприятий по снижению социальной дезадаптации прикрепленного населения.

В свою очередь, оценивая необходимость проведения мероприятий по социальной адаптации населения на амбулаторном приеме врачи-терапевты участковые считают, что в 13,5% случаев данная потребность имеется у всех социально дезадаптированных пациентов, 37,8% считают, что данная потребность имеется у большинства и 30,1% - что у многих, 16,7% сочли, что лишь некоторые пациенты нуждаются в проведении мероприятий по социальной адаптации и 1,9% полагают, что пациенты с социальной дезадаптацией

не нуждаются в реабилитационных мероприятиях. Лишь 1,9% врачей-терапевтов участковых убеждены, что времени на приеме для проведения мероприятий по социальной адаптации у них достаточно, а 61,5% считают, что времени для этого у них нет, 35,2% респондентов отметили, что для проведения реабилитационных мероприятий времени на приеме у них не всегда достаточно и 1,3% респондентов затруднились ответить на вопрос.

Большинство врачей-терапевтов участковых (58,4%) считают, что для проведения мероприятий по снижению социальной дезадаптации знаний у них недостаточно, 7,7% убеждены, что обладают необходимым объемом знаний, а 21,2% полагают, что скорее обладают необходимыми знаниями.

Большинство опрошенных руководителей (76,2%) считают, что проведение мероприятий по социальной адаптации пациентов повысит уровень общественного здоровья, 16,7% опрошенных считают, что скорее не повысит, чем повысит и 7,1% затруднились ответить.

При опросе врачей-терапевтов участковых на вопрос о возможности влияния проведения комплекса мероприятий по социальной адаптации дезадаптированного сельского населения на повышение уровня общественного здоровья в 34,6% ответили утвердительно, 50,6% считают, что социальная адаптация дезадаптированных пациентов скорее повысит уровень общественного здоровья, 4,5% считают, что социальная адаптация скорее всего не окажет влияния, и, лишь 0,6% полагают, что социальная адаптация дезадаптированных не окажет никакого влияния и 9,6% респондентов затруднились ответить. Полученные ответы свидетельствуют о том, что большинство врачей-терапевтов участковых (85,2%) убеждены во взаимосвязанности мероприятий по социальной адаптации дезадаптированного сельского населения и уровнем общественного здоровья населения.

Большинство руководителей медицинских организаций и врачей-терапевтов участковых центральных районных больниц убеждены в том, что социальная дезадаптация является фактором, влияющим как на уровень общественного здоровья, так и на уровень заболеваемости сельского населения, а соответственно проведение мероприятий по социальной адаптации дезадаптированного сельского населения окажет положительное влияние на уровень общественного здоровья и заболеваемость сельского населения.

Список литературы:

1. Гаджиев Р.С. Исследование качества медицинской помощи сельскому населению // Земский врач. - 2012. - № 3. - С. 27-30.
2. Калининская А.А. Социальные факторы и организация медицинской помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса) // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. - Т. 22. - № 6. - С. 5.
3. Шпак Л.Л. Социальная дезадаптация: признаки, механизмы, уровни // Социологические исследования. - 2011. - №3. - С. 50-55.

УДК 378.4(470.325):613

Никулина Т.В., Белоусова О.Н, Никулин И.Н.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

О КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ КОЛЛЕКТИВА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В статье рассматриваются вопросы, связанные с формированием в университете благоприятной социальной и здоровьесберегающей среды для сохранения здоровья коллектива университета.

Ключевые слова: *центр коррекции здоровья человека, реабилитационно-коррекционные мероприятия, здоровьесбережение.*

NikulinaT.V., BelousovaO.N., NikulinI.N.
Belgorod state national research University, Belgorod, Russia

THE COMPLEX OF THE PREVENTIVE MEASURES DIRECTED ON PRESERVATION OF HEALTH OF BELGOROD STATE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY'S STAFF

The article discusses issues related to the formation of the University, a supportive social and healthy environment to create conditions for health preservation of University's staff.

Key words: *the center of correction of human health, rehabilitation and corrective measures, health preservation.*

Общепризнан тот факт, что заболевание целесообразнее предупредить, чем лечить его, особенно в далеко зашедших стадиях. Белгородский госуниверситет является приверженцем именно идеи профилактики заболеваний и грамотного, рационального сбережения здоровья. В ходе реализации целевой программы «Развитие здоровьеориентированной образовательной системы НИУ «БелГУ на 2013-2017 годы» эта идея успешно воплощается в жизнь [1].

В вузе созданы условия для полноценного оказания медицинских услуг студентам, преподавателям, сотрудникам и ветеранам университета. В Поликлинике НИУ «БелГУ» организуются медицинские осмотры студентов 1-2 курсов для определения групп здоровья и групп занятий по физической культуре, диспансерные осмотры преподавателей, сотрудников. В 2015-2016 учебном году, по сравнению с предыдущим учебным годом, количество студентов, занимающихся в специальной группе по физической культуре, увеличилось на 5,6 % . У обучающихся по результатам осмотра отмечается рост заболеваний костно-мышечной, эндокринной, нервной системы. Увеличилось количество обращений обучающихся в связи с невротическими расстройствами.

По данным медицинского осмотра у преподавателей и сотрудников, выявлены следующие заболевания: эндокринная патология, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, болезни нервной системы, болезни органов зрения, костно-мышечной системы.

Выявлены факторы, которые в значительной степени повышают риск развития многих заболеваний преподавателей и сотрудников: нерациональное питание - (43,3%); низкая физическая активность - (42,4%); повышенное содержание холестерина в крови - (31,2%); избыточная масса тела - (28,6%); курение – (20,4%);.повышенное содержание глюкозы в крови - (15,8%)

Проблема формирования здорового образа жизни является не только медицинской, но и социальной. Отмечается низкая медико-социальная активность студентов, преподавателей и сотрудников университета, что проявляется в отношении к здоровью, установке на здоровый образ жизни.

Назрела ситуация, когда необходимо принимать радикальные меры по качественному улучшению состояния здоровья обучающихся, преподавателей и сотрудников университета.

В связи с этим, актуальным явилось создание «Центра коррекции функционального состояния человека» на базе Поликлиники НИУ «БелГУ» и учебно-спортивного комплекса С. Хоркиной с целью проведения комплекса реабилитационно-коррекционных мероприятий и активной пропаганды здорового образа жизни.

В Центре коррекции здоровья создана единая база данных на основе оценки, прогноза и коррекции состояния здоровья человека с учетом индивидуальных особенностей и возможностей. Основой для проведения мероприятий, поддерживающих и укрепляющих здоровье, корректирующих функциональные изменения, являются индивидуальные количественные показатели, объединенные в «паспорт здоровья человека».

Специалистами Центра разработаны реабилитационно-коррекционные программы по следующим профилям: лечение опорно-двигательной системы (остеохондрозы, артрозы, артриты), эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет, патология щитовидной железы), сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), нервной системы (вегето-сосудистая дистония), патологии желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит, гепатит, хронические заболевания кишечника).

Деятельность Центра коррекции функционального состояния человека реализована на основе функционального взаимодействия специалистов различного профиля: врачей, психологов, инструкторов по физической культуре, физиологов, владеющих знаниями организации правильного питания с учетом конституции и нарушений здоровья - как на этапе проведения комплексной диагностики, так и в процессе реабилитационных и коррекционных мероприятий.

В университете разработаны программы дополнительного образования: «Теория и методика атлетизма» (руководитель - доцент И.Н. Никулин), «Теория и методика оздоровительной аэробики» (руководитель - доцент А.В. Воронков). Ведется пропаганда здорового образа жизни в средствах массовой информации НИУ «БелГУ», открыта рубрика «Наше здоровье» в газете «Вести НИУ «БелГУ».

Важнейшей формой в последнее время стало приобщение студентов к участию в испытаниях Всероссийского комплекса ГТО. С 2016 года официально внедряется комплекс ГТО в образовательных организациях высшего образования РФ, в том числе в НИУ «БелГУ». Для реализации проекта ГТО в нашем университете был разработан план мероприятий, который реализовывался с января по июнь 2016 года [1,2].

Для преподавателей и сотрудников в мае 2016 года был организован туристский поход с преодолением препятствий, установкой палатки, ориентированием на местности.

Таким образом, в НИУ «БелГУ» реализуется комплекс взаимосвязанных и скоординированных мероприятий по развитию и совершенствованию системы охраны здоровья обучающихся, преподавателей и сотрудников НИУ «БелГУ».

Список литературы:

1. Полухин О.Н., Ирхин В.Н., Никулин И.Н., Никулина Т.В. Здоровьеориентированная политика Белгородского государственного национального исследовательского университета / О.Н.Полухин, В.Н.Ирхин, И.Н.Никулин, Т.В.Никулина. - Теория и практика физической культуры. - №1, 2016. – С. 3-5.

2. Полухин О.Н., Ирхин В.Н., Никулин И.Н., Никулина Т.В. Организация здоровьеориентированной деятельности Белгородского государственного национального исследовательского университета: результаты и перспективы / О.Н.Полухин, В.Н.Ирхин, И.Н.Никулин, Т.В.Никулина. Актуальные проблемы внедрения комплекса ГТО и развития массового спорта: материалы Всерос. науч.-практич. конф., 1-3 ноября 2016 г. / НИУ «БелГУ» ; под общ. ред. И.Н. Никулина. – Белгород: ООО «ЭПИЦЕНТР», 2016. - С. 10-13.

УДК 341.231.14:325.254.4

Нимаева Ц.Н., Дылгерова Н.Ю.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ПОНЯТИЯ «БЕЖЕНЕЦ» И «ВЫНУЖДЕННЫЙ ПЕРЕСЕЛЕНЕЦ» В КОНТЕКСТЕ ПРАВОВОГО СТАТУСА

Статья посвящается изучению порядка получения статуса беженца и вынужденного переселенца, также изучению сущности понятий.

***Ключевые слова**: мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы.*

Nimayeva Ts.N., Dylgerova N. Yu

THE CONCEPTS "REFUGEE" AND "DISPLACED PERSON" IN THE CONTEXT OF LEGAL STATUS

East Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

The article is devoted to the study of the procedure for receiving refugee and internally displaced persons also study the essence of the concepts.

***Key words:** migrants, refugees, internally displaced persons.*

Анализ сложившихся многообразных миграционных потоков в современном обществе показывает необходимость выработки и реализации целостной государственной миграционной политики. [6, с.151]В связи с этим становятся необходимыми «более четкое истолкование понятий, характеризующих этот процесс, скрупулезная дифференциация понятий» [7, с.19].

В ряду первостепенных проблем современного общества стоят проблемы беженцев и вынужденных переселенцев, являющих собой неизбежные последствия войн и несчастий, когда людям приходится покидать свои дома и страны. Так, продолжается вынужденная миграция населения с Украины в соседние государства в связи со сложной внутриполитической ситуацией. Поэтому также актуальным становится «раскрытие современных аспектов применения правовых инструментов в регулировании миграции вынужденных переселенцев и беженцев» [8, с.69].

По данным пограничной службы, с января по март 2014 года в РФ приехало примерно 700 тысяч граждан Украины. За предоставлением убежища (возможностью иностранного гражданина или лица без гражданства временно пребывать на территории РФ) обратилось 143 тысячи украинских граждан [1]. В начале 2015 года по официальным статистическим данным Федеральной Миграционной службы (далее - ФМС РФ) в РФ прибыло 11785 вынужденных переселенцев [2].

В целом статусы беженцев и вынужденных переселенцев имеют много сходных черт. Однако между ними имеются и некоторые различия. Прежде всего - это наличие гражданства Российской Федерации. Беженцы не являются гражданами Российской Федерации. Вынужденными переселенцами, напротив, признаются в основном граждане Российской Федерации. Этим обусловлена более широкая система льгот, предусмотренных для них законодательством. Так, в отличие от вынужденных переселенцев, беженцы не могут работать нотариусами, прокурорами, патентными поверенными, не могут быть членами экипажей воздушных и морских судов.

Беженцы, как не являющиеся гражданами РФ, ограничены и в некоторых политических правах: право на мирные митинги, шествия, демонстрации (ст.31 Конституции РФ); право на участие в управлении делами государства; право избирать и быть избранными в органы государственной власти и органы местного самоуправления;право на участие в референдуме, на доступ к государственной службе, на участие в отправлении правосудия (ст. 32 Конституции РФ).Также беженцы не несут некоторых обязанностей, присущих гражданам РФ, в частности, обязанности несения воинской службы.

Для вынужденных переселенцев предусмотрены более льготные условия, призванные способствовать их обустройству в новом месте жительства на территории Российской Федерации. Это касается, в первую очередь, приобретения жилья: предусмотрена возможность получения вынужденными переселенцами долгосрочных беспроцентных ссуд на его приобретение или строительство; возможность включения вынужденных переселенцев списки на получение государственного или муниципального жилья, возможность организации вынужденными переселенцами компактных поселений на территории РФ.

Предусмотрено также, что органы исполнительной власти, органы местного самоуправления и территориальные органы Федеральной миграционной службы РФ обязаны содействовать вынужденным переселенцам в возвращении имущества, оставленного ими на территории или за пределами РФ, находящегося в их собственности, а в случае невозможности возвращения имущества вынужденных переселенцев - выплачивать им компенсацию за его утрату.

Юридическая база разрешения вопросов беженцев и вынужденных переселенцев состоит из: Конституции РФ; Федеральных законов:«О беженцах»;«О вынужденных переселенцах»; «Административного регламента Федеральной миграционной службы по исполнению государственной функции по предоставлению статуса вынужденного переселенца, продлению срока его действия, утрате и лишению статуса вынужденного переселенца, а также по учету вынужденных переселенцев».

Статья 1 Федерального закона «О беженцах» даёт следующую характеристику: «Беженец - это лицо, которое не является гражданином Российской Федерации и которое в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений».[3]

Лицами, ходатайствующими о признании беженцами, могут быть: иностранные граждане, прибывшие или желающие прибыть на территорию Российской Федерации; лица без гражданства, прибывшие или желающие прибыть на территорию Российской Федерации; иностранные граждане или лица без гражданства, пребывающие на территорию Российской Федерации на законных основаниях.

Из статьи 1 Закона РФ «О вынужденных переселенцах» следует, что в отличие от беженца, не являющегося гражданином Российской Федерации, вынужденный переселенец – это гражданин Российской Федерации, который покинул место жительства вследствие совершенного в отношении него или членов его семьи насилия или преследования, или вследствие реальной опасности подвергнуться преследованию по признаку расовой или национальной принадлежности, вероисповедания, языка.

Вынужденными переселенцами признаются также граждане Российской Федерации, покинувшие место жительства вследствие преследования по признаку принадлежности к определенной социальной группе или по политическим убеждениям.

Кроме граждан России вынужденными переселенцами признаются и иностранные граждане или лица без гражданства, постоянно проживающие на законных основаниях на территории Российской Федерации и изменившие место жительство в пределах территории Российской Федерации по обстоятельствам, предусмотренным выше, а также граждане бывшего СССР, постоянно проживающие на территории республики, входившей в состав СССР, получившие статус беженца и утратившие его.

В заключение следует отметить, что в целом правовой статус беженцев и вынужденных переселенцев в Российской Федерации, определенный законодательством РФ, позволяет лицам, обладающим или желающим обладать данным статусом, реализовать весь комплекс прав человека и гражданина, закрепленный в Конституции РФ и международных договорах РФ.

Список литературы

1. Статистические сведения по Миграционной ситуации в Российской Федерации за 1 месяц 2015 года//Официальный сайт ФМС РФ [Электронный ресурс] URL: http://www.fms.gov.ru/opendata/7701549553statsvedpomigrsituacrf (дата обращения 10.11.2016)
2. О беженцах: Федеральный закон от 19.02.1993 № 4528-1. // Российская газета. 1993. №126. 3 июня.
3. Официальные статистические данные - Сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 12 месяцев 2014 года //[Электронный ресурс] URL: http: www.fms.gov.ru/about/statistucs/data/detalis/90901/ (дата обращения 10.11.2016)
4.О вынужденных переселенцах: Федеральный закон от 19.02.1993 № 4528-1. //СЗ РФ. 1993. №52. Ст.5110.
5. Очирова О.А., Петрова А.А. Проблемы государственного регулирования миграционных процессов: история и теория // Проблемы организации органов государственной власти и местного самоуправления: история, теория, практика и перспективы. Иркутск, Изд-во БГУЭП, 2015. – С. 151-156.
6. Очирова О.А. Особенности методологии и методики исследования современных миграционных процессов: опыт социологической экспедиции 2015 года по Восточной Сибири // Миграционные процессы: проблемы адаптации и интеграции мигрантов: сб. материалов 3-й Международной науч.-практ. конф. 26-29 октября 2016 г. / под ред. Проф., д-ра геогр.наук В.С. Белозерова. – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2016. – С.19-24.
7. Дашадондокова А.А., Очирова О.А., Кушнарева Е.С. Правовой статус вынужденных переселенцев и беженцев в Российской Федерации (на примере Республики Бурятия) // Социальная адаптация и интеграция мигрантов к новым условиям жизни в современном обществе. Изд-во Бур.гос.ун-та, 2015. – с. 69-71.

УДК 316.6:373.5.8.062-053.6

Новичкова Ю.А, Ефременко Н.Д.
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, г.Витебск, Республика Беларусь

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ К УСЛОВИЯМ ОБУЧЕНИЯ В СРЕДНЕМ ЗВЕНЕ

В статье рассматриваются психофизиологические особенности развития учащихся младшего подросткового возраста, особенности адаптации учащихся пятых классов к условиям обучения в среднем образовательном звене.

Ключевые слова: *школьная адаптация, обучение в среднем звене, младший подростковый возраст, дезадаптация*

Novichkova J.A., Efremenko N.D.
Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

RESEARCH IN SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF TEENAGERS TO THE SCHOOLING ENVIRONMENT OF MIDDLE RANKING

The article considers psychophysiological peculiarities of pupils' development, peculiarities of adaptation of pupils of fifth form to the learning environment of middle ranking.

Key words: *school adaptation, schooling in middle ranking, elementary-school age, deadaptation.*

Социально–экономические изменения, происходящие в современном обществе, оказывают влияние не только на взрослого человека, но и на формирующуюся личность подростка[2]. Современные учащиеся даже младшего подросткового возраста по сравнению с предыдущими поколениями проявляют меньше заинтересованности в учении, у них заметно общее снижение уровня мотивации, часто можно видеть негативное отношение учащихся к школе вообще, снижается ценность учения, усложняется адаптация[1].

В данной работе мы провели исследование учащихся младшего подросткового возраста на предмет их школьной тревожности, их мотивации учения. Выборка представлена следующей группой респондентов: учащиеся в возрасте 10 – 12 лет в количестве 51 человека; из них: 28 девочек, 23 мальчика. Исследование проводилось на базе ГУО «Гимназия имени И.М. Ерашова г. Лепеля».

Изучение тревожности учащихся проводилось с помощью теста школьной тревожности Филлипса. Тест школьной тревожности Филлипса позволил выявить уровень школьной тревожности девочек и мальчиков. Наибольшее количество опрошенных девочек испытывают высокий уровень тревожности по шкалам: «переживание социального стресса»- 58%;«страх ситуации проверки знаний»- 66%; страх самовыражения- 48%.

Среди мальчиков испытывают высокий уровень тревожности по шкалам: «страх ситуации проверки знаний»- 40%; «общая тревожность»- 30%; «переживание социального стресса»- 30%. Таким образом, у значительного большинства мальчиков и девочек во всех выборочных группах общая тревожность в школе менее 50%, т.е. низкий уровень тревожности. Однако, у девочек общая тревожность выше, чем у опрошенных мальчиков.

Страх самовыражения – негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей. Заметим, что мальчики в большей степени, в отличие от девушек не сильно переживают по этому поводу. В основном, у половины мальчиков по этому критерию – менее 50%. У половины девочек – более 75%.

Страх ситуации проверки знаний – негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки (особенно – публичной) знаний, достижений, возможностей. Мальчики в равной степени с девочками испытывают чувство тревоги по этому критерию – 39% и 40% соответственно.

Переживание социального стресса: соответствует 72,5% от общего числа испытуемых, показали нормальный уровень тревожности. Учащиеся этой группы имеют удовлетворительное эмоциональное состояние, на фоне которого развиваются его социальные контакты, прежде всего со сверстниками. У 27,5% опрошенных был выявлен повышенный уровень тревожности. Эти учащиеся могут беспокойство в ситуациях коммуникации. По этому параметру не было обнаружено высокого уровня тревожности ни у одного участника исследования.

Фрустрация потребности в достижении успеха: 82,5% испытуемых имеют нормальный уровень тревожности по данному параметру. Это означает, что у каждого учащегося данной группы благоприятный психический фон, позволяющий ребенку развивать свои потребности в успехе; 17,5% – повышенный уровень тревожности. Эти учащиеся могут испытывать трудности в достижении успеха, так как у них имеет место быть неблагоприятный психический фон, мешающий добиться высоких результатов. Высокий уровень тревожности не был выявлен по данному параметру ни у одного из учащихся.

Страх самовыражения: по данному параметру 42,5% опрошенных имеют нормальный уровень тревожности. Эти учащиеся не испытывают в ситуациях самораскрытия, предъявлении себя другим дискомфорта, наоборот, они могут получать от этого удовольствие. Больше половины учащихся, а именно 52,5% имеют повышенный уровень тревожности по данному параметру. В тех ситуациях, где нужно заявить о себе, эти учащиеся испытывают эмоциональный дискомфорт. И 5% опрошенных имеют высокий уровень тревожности. Эти дети испытывают сильные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью демонстрации своих возможностей.

Страх ситуации проверки знаний: у 40% учащихся был выявлен по данному показателю нормальный уровень тревожности. Эти ученики не испытывают страха и тревоги при проверке их знаний и достижений; у 52,5% испытуемых имеет повышенную тревожность при проверке знаний, то есть они испытывают беспокойство; 7,5% от общего числа респондентов показали высокий уровень тревожности. У этих учащихся негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки (особенно – публичной) знаний, достижений, возможностей.

Страх не соответствовать ожиданиям окружающих: по данному фактору нормальный уровень тревожности был выявлен у половины учащихся – у 50%. Это значит, что у каждого ученика данной категории не возникает беспокойство, если он не оправдал надежд окружающих; у 30% испытуемых был обнаружен повышенный уровень тревожности. У данных учащихся появляется эмоциональный дискомфорт, если окружающие осуждают его поступки, они испытывают беспокойство по поводу оценок, даваемых окружающими; 20% опрошенных имеют высокий уровень тревожности по данному параметру. Эти учащиеся ориентируются на других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, испытывают по этому поводу существенную тревогу.

Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу: у большей части учащихся выявлен нормальный уровень тревожности по данному параметру, что составило 77,5% от общего числа респондентов. У этих детей высокая приспособляемость к ситуациям стрессогенного характера. У 17,5% был выявлен повышенный уровень тревожности. У детей данной категории ниже приспособляемость к стрессовым ситуациям, чем у детей с нормальным уровнем тревожности по этому параметру; 5% от общего числа опрошенных имеют высокий уровень тревожности по данному показателю. У этих учащихся низкая приспособляемость к ситуациям стрессогенного характера и высокая вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.

Проблемы и страхи в отношениях с учителями: у большей части учащихся по этому параметру был выявлен нормальный уровень тревожности (55%). У учеников данной категории нет проблем в отношениях с учителями, они общаются легко и непринужденно. У 40% испытуемых выявлен повышенный уровень тревожности. Эти учащиеся могут испытывать некоторые трудности в отношениях с учителями; 5% респондентов имеют высокий уровень тревожности по данному параметру. У учеников этой категорий негативный фон отношений со взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ребенка.

Таким образом, в ходе исследования мы выявили, что большему количеству опрошенных предпочитается посещать учебное заведение, а также с помощью данного опроса в виде анкетирования мы определили, что большинство респондентов идут в школу с хорошим настроением что возможно свидетельствует о достаточном уровне развития у респондентов мотивации учения и положительных взаимоотношениях с учащимися сходного возраста и педагогами в целом. Также в ходе результатов исследования мы выявили, что микроклимат в классах респондентов положительный, что также может свидетельствовать о благоприятной адаптации. Однако, следует отметить, что среди всех испытуемых выделена группа респондентов, у которых наблюдается неблагоприятная ситуация в аспекте адаптации (14 человек), для которых была разработана программа «Будь успешнее».

Список литературы:

1. Глухова О.А. Психолого–педагогическая поддержка адаптации пятиклассников к школе / Классный руководитель. – 2011. – № 1. – С. 3–16.

2. Блюмкина Н. Как помочь ребенку в период подростковых изменений / Школьный психолог: Издательский дом «Первое сентября».– 2012. – № 1 (янв.).– С. 18 – 22.

УДК 330.123.71:364

Номогоева О.Р., Романова Т.Г.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

НЕОДНОЗНАЧНОСТЬ ПОНЯТИЯ «СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ» НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В статье анализируется общий феномен социального капитала, рассматриваются основные теоретические подходы к определению понятия «социальный капитал» и причины размытости данного определения.

Ключевые слова: *социальный капитал, принцип доверия, гражданское общество.*

Nomogoeva O.R., Romanova T.G.

East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

AMBIGUITY OF THE CONCEPT OF «SOCIAL CAPITAL» ON TODAY

The article analyzes the phenomenon of the total social capital, the basic theoretical approaches to the definition of "socia1 capital" and causes blurring of this definition.

Key words: *social capital, trust, civil society.*

В экономической литературе предложено множество вариаций к неоднозначному и разностороннему значению и понятию «социальный капитал». Это связано с тем, что концепция социального капитала является новой в современных научных трудах. Таким образом, мы задаемся вопросом: что же представляет собой категория «социальный капитал» и какие дают нам представления о нем ученые?

Само понятие возникло из смежных с экономикой дисциплин. Экономисты стали обращаться к данному понятию, как к «дополнительному звену» в системе. Постепенно стало приходить понимание важности внимательного отношения к социальному капиталу и необходимости учитывать желания и потребности самого общества ради достижения успешного и процветающего государства. Первым мыслителем, обратившимся к данному понятию, можно считать американского исследователя Л. Дж. Ханифана, который использовал термин в 1920 году в дискуссии по поводу общественных центров в сельских школах для определения социального капитала как условия формирования и функционирования гражданского общества. Но с научной точки зрения данное понятие обосновали и внесли в обиход экономической науки роботы П. Бурдьё, Дж. Коулмана, Р. Патнэма во второй половине XX века.

Идеологи вполне ясно объясняют данный концепт. Так, Пьер Бурдьё вводит понятие «социального капитала» для определения связей, которые могут выступать ресурсом получения выгод, то есть, постоянно увеличивая общий социальный капитал, члены группы укрепляют связи между друг другом и одновременно становятся в некотором смысле богаче. Джеймс Коулман обновил данную концепцию и определил, что социальный капитал является общественным благом, однако производится индивидами с целью последующего извлечения выгоды. Также важно выделить идею Дж. Коулмана, которая выделяет принцип доверия людей друг к другу, иными словами важно не количество связей, а их качество. То есть, чем больше людей вступают в доверительную сделку, тем выше социальный капитал. Роберт Патнэм же добавил социально-психологические характерные признаки индивида, такие как интенсивность и сила контактов, членство в общественных объединениях, активность, удовлетворенность взаимоотношениями, соблюдение норм взаимности, чувство безопасности, доверие к соседям и социальным институтам.

Так же важно выделить политического экономиста и философа Фрэнсиса Фукуяма, который считает стержнем в понимании социального капитала доверие внутри членов общества.

В России к социальному капиталу отнеслись несколько позднее. В 2004г. в Академии народного хозяйства при Правительстве РФ состоялось заседание круглого стола «Социальный капитал как научная категория», на котором были рассмотрены и обсуждены вопросы значения и влияния данного капитала на весь сегмент экономики России. Выступая на этом заседании, доктор экономиче-

ских наук, профессор В. В. Радаев выделяет четкое отличие социального капитала от экономического капитала, человеческого капитала и других форм капитала. Социальный капитал, по мнению В. В. Радаева, есть не что иное, как накапливаемый хозяйственный ресурс, который включен в процессы воспроизводства и возрастания стоимости путем взаимной конвертации разнообразных форм.

За последние десятилетия в экономическом анализе социального капитала найдены и получены убедительные свидетельства, заметен прогресс необходимости данного значения для экономики и общества в целом. Таким образом, получается, что социальный капитал поддерживает порядок в экономике и в обществе на таких основополагающих китах, как доверие, взаимное уважение и соотношение с индивидами общественных интересов. В этом смысле он вносит значимый вклад в экономическое развитие в одном направлении, без участия государства. И, с другой точки зрения выходит, что от положения социального капитала зависит эффективная деятельность государственного управления.

Одностороннее сосредоточение социального капитала только на микроуровне или на макроуровне может приводить к отрицательным эффектам. В первом случае смещение баланса социального капитала в сторону первичных групп (семья, род, знакомые и т.п.) может вести к их социальному обособлению от остальных уровней (общественные и предпринимательские организации, государственные институты), закрытию границ входа и выхода, что может приводить к возникновению закрытых криминальных образований, стремящихся поставить под контроль первичные группы и государство. В обратном случае, когда социальный капитал рассматривается только на макроуровне, начинает главенствовать государство, которое стремится восполнить недостаток социальных связей и доверия путем установления прямого контроля над населением, локальными сообществами и предпринимательскими структурами, что чревато переходом к авторитарным формам правления и произвольными политическими решениями, не подлежащими общественной дискуссии.

На уровне государственного управления социальные вопросы и социальные темы вообще не стоит отодвигать на второй план. Подводя итог, необходимо подчеркнуть важность понятия социального капитала и выделить, что социальный капитал – это доверие, связи и моральные принципы. Социальный капитал является центральным компонентом гражданского общества и в значительной степени влияет на его формирование и существование. Измерить же социальный капитал можно только в определенном контексте, что говорит о сложности и размытости понимания социального капитала. К настоящему времени не сформирована методика исследования и измерения социального капитала, что влияет на качество интерпретации данных исследований.

Список литературы:

1. Социально-экономическое развитие России и Монголии: проблемы и перспективы: Материалы IV Международной научно-практической конференции. Т.1.-Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2015.-290с.
2. Социальная политика:Уч./под общей ред.Н.А.Волгина.М.:Изд-во РАГС,2005.-544с.
3. Федулов Ю.Г., Юсов А.Б. Социальная политика//Экономика.- 2015.-с.140-167

УДК 364.3

Одмаа Б., Туул М., Гэрэл К.
МНУМН, Школа фармации и биомедицины, Научно-исследовательский институт, Монголия

РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ НА ГЕПАТОЦИТЫ В МОНГОЛИИ

B.Odmaa[1], M.Tuul[2], Kh.Gerelee[3],
1MNUMS School of Pharmacy and Bio-Medicine
2Medical Research Institute
3Center of Pathology

RESULTS OF RESEARCH STUDY OF MATHEMATIC MODEL ON HEPATOCYTES IN MONGOLIANS

Bacground: Research of histo and cytometry in comparative healthy and pathological condition is not so much in our country. Therefore, it is making a demand to do stereometrical research study on tissues, cells and nucleus.

Key words: Cytoplasm, hepatocyte, nucleus, volume, condition.

Goal: To study and to determine stereometrical indices, mathematic model of hepatocytes and nucleus in condition of comparatively healthy, acute intoxication, chronic inflammation and cancer of Mongolians.

Materials and methods:

1. It was prepared sections for histometric materials.
2. Linear measurements of hepatocytes and nucleus were carried out by computer-microscope “Leica” with program Diskus 3.2 version from German.
3. On linear measurement in condition of comparatively healthy, acute intoxication, chronic inflammation and cancer were processed by mathematic modeling.

Results:

Volume distribution of hepatocyte’s cytoplasm $\chi^2_{st}=15.51>\chi^2_F=4.31$; ($P<0.001$), and hepatocyte’s nucleus $\chi^2_{st}=12.59>\chi^2_F=10.74$ in comparatively healthy (normal) conditions pursues normal distribution formula, however, the volume of hepatocyte’s cytoplasm and nucleus follows Maxwell formula of abnormal distribution $\chi^2_{st}=23.68>\chi^2_F=10.44$; ($P<0.001$), $\chi^2_{st}=15.51>\chi^2_F=6.90$; ($P<0.001$) in a condition of acute intoxication and volume of hepatocyte’s cytoplasm and nucleus $\chi^2_{st}=23.68>\chi^2_F=8.03$; ($P<0.001$), $\chi^2_{st}=15.51>\chi^2_F=4.32$; ($P<0.001$) in a condition of chronic inflammation. And volume distribution of hepatocyte’s cytoplasm $\chi^2_{st}=8.27>\chi^2_F=19.68$; ($P<0.001$), and hepatocyte’s nucleus $\chi^2_{st}=3.41>\chi^2_F=3.82$ in condition of cancer. There is no statistically significant difference ($P<0.001$) between observation and theoretical frequencies of average values of hepatocyte’s cytoplasm and nucleus volume, which confirms that the result is true and accurate.

Conclusion:

1. Volume of hepatocyte’s cytoplasm is 2184.18±36.98 mkm^3 in comparatively healthy (normal) conditions, 4153.17±84.18 mkm^3 in a condition of acute intoxication, 4887.84±75.51 mkm^3 in a condition of chronic inflammation and 13143.88±4.29 mkm^3 in a cancer condition. Volume of nucleus is 299.94±36.98 mkm^3 in comparatively healthy (normal) conditions, 873.59±13.86 mkm^3 in a condition of acute intoxication, 888.65±13.51 mkm^3 in a condition of chronic inflammation and 2924.57±2.12 mkm^3 in a cancer condition.
2. Volume of hepatocyte’s cytoplasm was increased 2 times, volume of hepatocyte’s nucleus was increased 3 times in a condition of acute intoxication and volume of hepatocyte’s cytoplasm was increased 2.2 times, volume of hepatocyte’s nucleus was increased 2.9 times ($P< 0.001$) in a condition of chronic inflammation. However volume of hepatocyte’s cytoplasm was increased 6.5 times, volume of hepatocyte’s nucleus was increased 9.7 times in a condition of cancer.

УДК 316.3

Оборина Н.Н.
Вологодский государственный университет, г. Вологда, Россия

СУЩНОСТЬ И ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬИ

Данная статья посвящена обзору понятия «социально-педагогическое сопровождение замещающей семьи», его основных характеристик и алгоритма осуществления.

Ключевые слова: *социально-педагогическое сопровождение, замещающая семья, сиротство, родительство.*

Oborina N.N.
Vologda State University, Vologda, Russia

SUMMARY OF KEY FEATURES AND SOCIO-PEDAGOGICAL SUPPORT OF FOSTER FAMILIES

This article provides an overview of the concept of "social-pedagogical support of family replacement", its main characteristics and the implementation of the algorithm.

Keywords: *social and pedagogical support, substitute family, orphans, parenting.*

Роль семьи в развитии человека несравнима по своему значению ни с каким другим социальным институтом. Потеря семьи в детстве (ситуация сиротства) отражается на дальнейшем развитии ребенка. Важно выстроить систему качественной социальной, психолого-педагогической помощи и поддержки детей-сирот, которую смогут обеспечить специально подготовленные кадры: специалист по социальной работе, социальный педагог, педагог-психолог. Все эти специалисты совместно обеспечивают профессиональное сопровождение семьи [1].

Исследование сущности и основных процессуальных характеристик сопровождения замещающего родительства представляет научную, теоретическую и практическую значимость. Их выявление и обоснование позволят научно и обоснованно выстраивать процесс профессиональной консультационной, коррекционной и профилактической работы с опекунскими, приемными и патронатными семьями. В результате изучения работ Н. А. Хрусталькова, Е.А. Гобунова по проблемам семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, мы понимаем сопровождение замещающих родителей как процесс взаимодействия специалистов с родителями с целью развития их воспитательного потенциала, родительской компетентности посредством специального обучения и подготовки, а также поддержки в трудных ситуациях [4].

Это система психолого-педагогических, социально-правовых мер, направленных на предотвращение семейного неблагополучия, преодоление трудностей воспитания в замещающей семье. В основу трактовки данного понятия положен субъектный подход, раскрывающий активную позицию замещающих родителей в освоении нового для них статуса и социальной роли [2].

Основная цель – обеспечение психолого-педагогического сопровождения приемных семей, создание условий для успешной социализации и развития воспитанников.

Основные задачи психолого-педагогического сопровождения замещающих семей.

1. Создание психологического микроклимата, способствующего комфортному пребыванию ребёнка в семье.

2. Оказание комплексной профессиональной, консультативной, юридической, психологической, педагогической, социальной помощи семье, принявшей ребенка (детей) на воспитание.

3. Помощь в преодолении негативных последствий прошлого опыта ребёнка (пережитого насилия и пренебрежения, опыта пребывания в интернатном учреждении).

4. Развитие и поддержание родительской компетенции и навыков воспитания приемных детей.

5. Содействие обмену опытом между замещающими родителями [1].

Алгоритм сопровождения замещающей семьи.

1. Заключение договора о сопровождении семьи. Договор является основанием для начала работы специалиста с конкретной семьей. Данные о семье, встающей на сопровождение, вносятся в «Журнал учета поступивших заявлений и договоров о сопровождении семей, принявших ребенка (детей) на воспитание в семью».

2. Издание приказа о назначении куратора семьи. Куратор назначается приказом директора учреждения. Это может быть социальный педагог или специалист по социальной работе.

3. Знакомство, выявление проблемы через первичное анкетирование, интервьюирование членов замещающих семей, диагностику познавательных, мотивационных, эмоционально-волевых, психодинамических и характерологических особенностей подопечных, а также особенностей внутрисемейных отношений. Для проведения психолого-педагогической диагностики могут быть использованы следующие методики:

а) Психодиагностические методики для обследования замещающих родителей (анализ семейных взаимоотношений (АСВ); опросник родительского отношения (ОРО); методика изменения родительских установок (PARI).

б) Психодиагностические методики для обследования детей и подростков (личностный 16 – факторный опросник Кеттелла; опросник акцентуации характера Шмишека; личностный опросник Айзенка «Круг общения»).

в) Проективные методики («Дом. Дерево. Человек»; «Рисунок человека»; «Рисунок семьи»; «Автопортрет»).

4. Составление личного дела семьи. Личное дело включает заявление на сопровождение, согласие на обработку персональных данных, согласие на оказание социально-диагностических услуг ребенку, карту замещающей семьи, в которой отражаются общие сведения о семье. Также индивидуальный план сопровождения семьи, включающий цикл встреч (мероприятий, занятий, консультаций), а также психолого-педагогическое заключение по результатам проведенных диагностических исследований, отчеты о работе с данной семьей с рекомендациями родителям и детям и квартальный отчет по результатам индивидуального плана сопровождения замещающей семьи.

5. Выход специалистов (социального педагога, педагога-психолога, специалиста по социальной работе) в замещающую семью, образовательное учреждение, которое посещает ребёнок. В процессе общения с членами семьи, классным руководителем, учителями школы, воспитателями детского сада изучаются окружающий ребёнка социум, условия для развития подопечного.

6. Составление отчёта по результатам посещения замещающей семьи, в котором отражается оценка комфортности замещающей семьи: эмоциональное развитие подопечного, оценка семейных взаимоотношений.

7. Промежуточная диагностика по ранее выявленным проблемам и составление психологического заключения на ребёнка.

8. Составление квартального отчёта с описанием результатов сопровождения семьи, находящейся на кризисном или экстренном уровнях.

9. Индивидуальное консультирование членов замещающих семей. Важное место отводится индивидуальному консультированию родителей как по вопросам развития и воспитания детей, так и по вопросам, связанным с взаимоотношениями в семье.

10. Мониторинг замещающей семьи, включающей оценку успешности воспитания, образования и развития ребёнка, уровня педагогической компетентности замещающих родителей [3].

Психолого-педагогическое сопровождение является необходимым условием, обеспечивающим эффективную интеграцию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, переданных на воспитание в замещающую семью. Сопровождение замещающих семей позволяет укрепить уверенность родителей в своих воспитательных воздействиях, содействовать мобилизации их личностных, духовных, интеллектуальных, физических ресурсов для выхода из кризисного состояния, расширению диапазона приемлемых и результативных средств для самостоятельного решения возникающих проблем и преодоления трудностей.

Список литературы:
1. Адлер А. Беспризорные дети, лишенные родительского попечительства: хрестоматия / А. Адлер. – Москва: Просвещение, 1991. – 134 с.
2. Гребенникова И. В. Основы семейной жизни: учебн. пособие / И. В. Гребенникова. – Москва: Педагогика, 2004. – 340 с.
3. Соколова Н. Д. Основные направления коррекционно-воспитательной работы в специализированном детском доме: учебн. пособие / Н. Д. Соколова. – Москва: Дефектология, 2007. – 93 с.
4. Иванова Н. П. Дети в приемной семье. Советы начинающим родителям: учебн. пособие / Н. П. Иванова, О. В. Заводилкина. – Москва: Дом, 2006. – 258 с.

УДК: [37.091.12:36-051 +364] (430)

Омельченко С.О.
Донбаський державний педагогічний університет, м. Слов'янськ, Україна
Гавриш О. Г.
Краматорський економіко-гуманітарний інститут, м. Краматорськ, Україна

КОНЦЕПЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У ШКОЛАХ НІМЕЧЧИНІ

У статті розкрито поняття «концепція», проаналізовано міську та шкільну концепції соціальної роботи в Німеччині, виділено головні пункти обох концепцій та їх роль у роботі соціального педагога в школі.

Ключові слова: *концепція, міська концепція, шкільна концепція соціальної роботи, шкільна соціальна робота, соціальний педагог.*

Omelchenko S.O.
State Higher Educational Establishment «Donbas State Pedagogical University», Slovyansk, Ukraine
Gavrysh O.G.
Private Higher Educational Establishment «Kramatorsk institute of economics and humanities», Kramatorsk, Ukraine

CONCEPTIONS OF SOCIAL WORK AT SCHOOLS IN GERMANY

In the article the notion "conception" is carried out. Authors also analyze local and school conceptions of social work in Germany, point out main points of both conceptions and their role in the work of social educator at school.

Key words: *conception, local conception, school conception of social work,, school social work, social educator.*

Кожна людина, яка працює або навчається сьогодні у школі, відмічає, що щороку стає все важче побудувати продуктивні відносини між педагогічним колективом та учнями, а вимоги до обох сторін навчально-виховного процесу тільки зростають.

У Німеччині для вирішення цих питань активно використовуються можливості шкільної соціальної роботи. Соціальні педагоги допомагають своєчасно виявляти, чіткіше розуміти, аналізувати та вирішувати різноманітні проблеми, які заважають інтеграції дітей та молоді у школу, пригнічують їх або порушують позитивний шкільний клімат.

Робота фахівців соціальної сфери у Німеччині добре структурована та спирається на розроблену концепцію для кожної окремої школи. На сьогодні існують різні визначення поняттю «концепція соціальної роботи в школі». Наприклад, професор кафедри соціальної педагогіки університету Людвіга-Максиміліана м. Мюнхен, організатор та керівник різноманітних соціальних проектів Карлхаінц А. Гайслер (Karlheinz A. Geissler) підкреслює в своїх дослідженнях, що під концепцією він розуміє модель дії соціального педагога, у якій у логічній послідовності описані цілі, зміст, методи та прийоми його роботи [2, с. 14].

Інше тлумачення дає Хільтруд фон Шпігель (Hiltrud von Spiegel) – професор, доктор філософії, член професійного об'єднання соціальної роботи з дітьми та молоддю у м. Мюнстер. З її точки зору, концепція – це опублікований приблизний план дій соціального педагога, який носить гіпотетичний характер. У концепції комбінуються знання та спостереження фахівця соціальної сфери з його поясненнями та обгрунтуванням цілей та методів роботи [6, с. 34].

Узагальнюючи вище сказане та практичний досвід, ми спробуємо дати власне тлумачення поняття «концепція соціальної роботи». Отже, концепція соціальної роботи в школі – це теоретично обгрунтований та письмово оформлений перспективний план роботи соціального педагога, в якому він на основі своїх професійних знань, власного досвіду та особистісних якостей описує цілі, зміст, цільові групи, ефективні форми та методи своєї роботи у школі.

Відзначимо, що при розробці власної концепції соціальний педагог бере за основу загальну концепцію шкільної соціальної роботи у місті. Над створенням концепції соціальної роботи у школах міста працює той проектний інститут, з яким підписано спільну угоду про роботу на початку навчального року. Середня тривалість міського проекту шкільної соціальної роботи складає 2-3 роки, але деякі проектні інститути створюють також безстрокові концепції. Все залежить від кількості поставлених завдань та запропонованих шляхів їх вирішення [5, с.26].

Зазначимо, що структура міської концепції шкільної соціальної роботи є типовою для усіх земель та видів шкіл. Першим пунктом змісту даної структури зазвичай є вступне слово, де розкривається поняття шкільної соціальної роботи та її місце у системі допомоги молоді Німеччини. Наступним обов'язковим пунктом є законодавча основа, на яку спираються соціальні педагоги протягом роботи у школі та за її межами. Основним правовим документом, що координує допомогу молоді та соціальну роботу в школі є «Закон про допомогу дітям та молоді».

Наступним параграфом у міський концепції є кадрове забезпечення та стан підготовки шкіл з точки зору шкільної соціальної роботи. У даному пункті описується кількість учнів, вчителів та фахівців соціальної сфери у школах міста, де запроваджена соціальна робота. Дуже стисло розкриваються також особливості кожного освітнього закладу.

Далі майже у кожній міській концепції шкільної соціальної роботи описуються джерела фінансування, прописані суми, які виділяються на різні потреби протягом навчального року [4].

Велику увагу при розробці таких концепцій приділяють також аналізу цільових груп та клієнтів шкільних соціальних педагогів, пропонують методи роботи як з окремими особами, так і з групами дітей, описують задачі роботи з батьками та способи їх вирішення, розкривають перспективи розвитку шкільної соціальної роботи у місті.

Отже, як було зазначено раніше, соціальний педагог, плануючи концепцію соціальної роботи у школі, спирається на міський варіант. На нашу думку необхідно відмітити той факт, що перед тим, як отримати місце шкільного соціального педагога, кожен фахівець соціальної сфери повинен розробити власну концепцію соціальної роботи у цій школі. Місце соціального педагога отримує той, хто запропонує найбільш продуктивну концепцію.

Велику увагу підготовці, розробці та розвитку концепції соціальної роботи у школах Німеччини приділяє у своїх публікаціях доктор філософії Сонія Ульріке Клуг (Sonja Ulrike Klug). Вона є публіцистом та експертом зі створення соціальних проектів. У своїх роботах С. Клуг чітко пояснює важливість грамотного та методично вірно сформульованого концепту соціальної роботи у школі. Але перш за все кожен соціальний педагог повинен чітко сформулювати мету своєї роботи у школі [3, с.5].

Визначивши та зафіксувавши для себе головну мету та інші цілі роботи у своєму типу школи, соціальний педагог у концепції шкільної соціальної роботи зазвичай описує законодавчі основи своєї діяльності та джерела фінансування, спираючись на міську концепцію.

Наступним обов'язковим елементом концепції є розкриття умов для роботи соціального педагога у даній школі (кадрові умови, кабінетні умови матеріально-технічне устаткування, суб'єкти соціальної роботи).

Але як показав аналіз великої кількості розроблених концепцій шкільної соціальної роботи в різних типах шкіл Німеччини та практичний досвід, фахівці соціальної сфери найголовнішу увагу в них приділяють описанню форм та обраних методів роботи у школі.

У Німеччині виділяють 4 форми соціальної роботи у школі: індивідуальна робота, яку вони називають «допомога в окремому, конкретному випадку» (Einzelfallhilfe); групова робота (Gruppenarbeit); робота з батьками (Elternarbeit); мережна робота (Netzwerkarbeit) [1, с. 12].

Як вже було зазначено раніше, соціальні педагоги при розробці шкільної концепції соціальної роботи в залежності від поставленої мети виділяють відповідні методи роботи. Найбільш популярними серед них є соціально-терапевтичні рольові ігри, мобільні молодіжні консультації, супервізія та метод проектів.

Отже, описавши міську та шкільну концепції соціальної роботи у Німеччині, ми можемо зробити висновок, що у роботі фахівців соціальної сфери вони виступають основними документами для організації та впровадження соціальної роботи у конкретну школу. Безсумнівно, цей позитивний багаторічний досвід соціальних педагогів-практиків Німеччини доречно використовувати для покращення соціальної роботи у школах України.

Список літератури:

1. Gadow T.,Peucker C., Pluto L., van Santen E., Seckinger M. Wie geht's der Kinder- und Jugendhilfe. Empirische Befunde und Analysen. Weinheim und Basel, 2013. – 324 S.
2. Geissler K., Hege M. Konzepte sozialpädagogischen Handels. Ein Leitfaden für soziale Berufe. Weinheim, Basel, 2006. – 235 S.
3. Klug S. Konzepte ausarbeiten Tools und Techniken für Pläne, Berichte, Bücher und Projekte. 6.Auflage 2012. BusinessVillage GmbH, Göttingen, 2012. – 206 S.
4. Rahmenkonzept für Schulsozialarbeit in Jena. Jena, 2012 - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: 13.01.2015: <www.jena.de/fm/1727/rahmenkonzept_schulsozialarbeit.pdf>.– Загол. з екрану. – Мова нім.
5. Schulsozialarbeit. Leitfaden zur Einführung und Umsetzung. Erziehungsdirektion des Kantons Bern Amt für Kindergarten, Volksschule und Beratung. Stämpfli Publikationen AG, Bern, April 2013. – 55 S.
6. Spiegel H. Methodisches Handeln in der Sozial Arbeit: Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. München, 2013. – 351 S.

УДК 364.3

Отгонтогоо О[1]., Мунх-Эрдэнэ Д[2]., Оюунбаяр Х[2]., Даваасүрэн Ц[3].

[1,2]Дарханский филиал МГМУ, [3] МГМУ, Фармако-Биомедицинский институт, Дархан, Монголия

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА СУППОЗИТОРНЫХ ОСНОВ

Мы провели сравнительное исследование качества для двух суппозиторных основ полученных из курдючного жира с использованием смеси стеариновой кислоты и пчелиного воска

Ключевые слова: *суппозиторная основа, курдючный жир, пчелиный воск*

Otgontogoo[1] O., Munkh-Erdene[2] D., Oyunbayar[2] KH., Davaasuren[3] Ts.

[1,2]Darkhan Medical School, [3]MNUMS, Darkhan city, Mongolia

COMPARATIVE STUDY OF QUALITY SUPPOSITORY BASES

We conducted a comparative study of the quality of the two suppository bases derived from sheep fat, using a mixture of stearic acid and beeswax

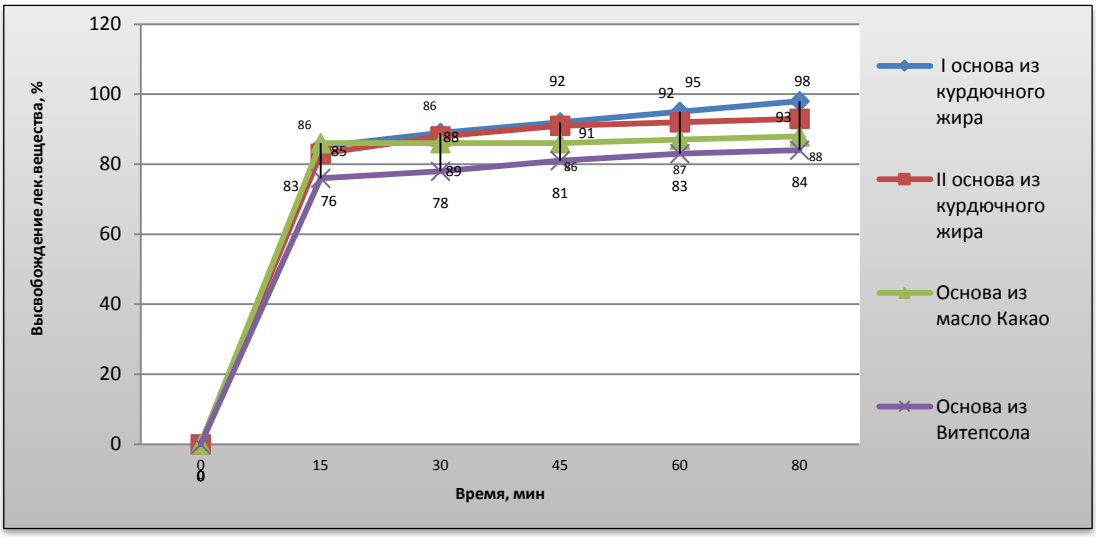
Key words: *suppository base, sheeptail fat, beewax.*

Введение. По данным 2013 года, хотя в Монголии существуют 36 фармацевтических производителей и их продукцией покрывают почти 30 процентов годового потребности в лекарсвах, бедность и схожесть наименования их продукций показывают на потребности в поиске в национальной фармацевтической производстве новых техников, технологий, создания и усиления исследовательских работ в направлений создания новых лекарственных форм из отечественных природных ресурсов и новых лекарственных форм.[1]

В нынешной условий нарастания потребности в суппозиторных формах лекарств отрицательно отражается следующие показатели как неналаженность отечественного суппозиторного производства, дефицит, дороговизна и зависимость снабжения суппозиторной основы от импорта заставляли нас искать возможности получения отечественной суппозиторной основы.

В результате пойска в данной направлений были получены нами 2 новые суппозиторные основы из овечьего и курдючного жира в смеси со стеариновой кислоты и пчелиного воска.

Цель данной работы. Сравнительное исследования качества новых и импортных суппозиторных основ.



≤0.05

Рисунок 1. Высвобождение лекарственного вещества из основы (n=5)

Методика исследования. Для проведения исследования приготовили суппозиторий парацетамола (производитель парацетамола *ANQIULUWN, KHP*) с использованием следующих суппозиторных основ: 2 новые основы полученных нами из курдючного жира, масло Какао и Витепсол H35.

Проводили исследования качества по методику Национальной Фармакопеи Монголии (НФМ), European Pharmacopea (Ph.Eur), Американской Фармакопеи (USP-32)- на приготовленных суппозиториях по следующим показателям: внешный вид, однородность, температура плавления, время полной деформации, скорость высвобождения лекарственных веществ из основы и содержание лекарственных веществ

Определяли высвобождения лекарственного вещества из суппозиторий по методу диализа и содержания лекарственного вещества в суппозиторий определяли по методу высоко-эффективной жидкостной хроматографией (ВЭЖХ).

Результаты исследования были обработаны статистически с помощью t-критериев Стьюдента, считали достоверным если Р меньше 0,05 значения.

Результаты исследования

1. Результаты исследования скорости высвобождения лекарственных веществ из новых суппозиторных основ.

Показатель скорости высвобождения лекарственных веществ является очень важным для оценки качества суппозиторных основ. Определение биодоступности или скорости высвобождения лекарсвенных веществ из суппозиторной основы проводили на суппозиториях парацетамола 500мг, приготовленных нами с использованием наших и импортных жировых основ. Рисунок 1.

Высвобождения лекарственного вещества из основ составляли 98% и 93% для I и II основ.

Паралельно исследовали использования поверхностно-активных веществ для улучшения высвобождения лекарственных веществ из основы, из них Твин -80 лучше рекомендовал себя для данной цели.

2. Результаты исследования устойчивости изобретенных новых основ.

Для определения устойчивости основ, проводили оценки качества с интервалом 3 месяцев в течение года на приготовленных образцах суппозитории с 4 типа основы.

Таблица 1 - Результаты оценки качества устойчивости суппозиторий приготовленных на различных основах (время настоящее, температура 25°С±5°С, относительная влажность60%±5%)

Основы	Показатели	В моменте приготовления	3 месяц спустя	6 месяц спустя	9 месяц спустя	12 месяц спустя
Масло Какао	Внешный вид	Светлобурого цвета, с гладкой поверхностью				
	Однородность	В поперечном разрезе однородно				
	Содержание лекарственного вещества, %	99.6±0.02	94.2±0.17	90.8±0.22	86.7±0.19	83.5±0.01
	Температура плавления, ^{0}С	37±0.59	37±0.62	37±0.71	37.5±0.75	37.5±0.4
	Время полной деформации, мин	13±0.38	13±0.29	14±0.15	15±0.22	28
Витепсол	Внешный вид	Светлого цвета, с гладкой поверхностью				
	Однородность	В поперечном разрезе однородно	В поперечном разрезе однородно	При поперечном разрезе рассыпается	При поперечном разрезе рассыпается	При поперечном разрезе рассыпается
	Содержание лекарственного вещества, %	99.2±0.01	95.2±0.24	88.6±0.41	75.2±0.44	38.7±0.02
	Температура плавления, ^{0}С	37±0.59	37±0.62	37±0.71	36.9±0.14	36.5±0.38
	Время полной деформации, мин	7±0.59	7±0.25	8±0.19	8±0.17	13±0.25
Основа I	Внешный вид	Светложелтого цвета, с гладкой поверхностью				
	Однородность	В поперечном разрезе однородно				
	Содержание лекарственного вещества, %	99.5±0.11	99.5±0.42	98.8±0.37	98.2±0.78	94.2±0.04
	Температура плавления, ^{0}С	37.5±0.56	37.5±0.48	37±0.63	37±0.57	37±0.28
	Время полной деформации, мин	12±0.22	12±0.18	12±0.14	12±0.38	12±0.42
Основа II	Внешный вид	Желтоватого цвета, с гладкой поверхностью				
	Однородность	В поперечном разрезе однородно				
	Содержание лекарственного вещества, %	98.9±0.22	98.2±0.22	95.4±0.22	93.7±0.22	90.6±0.02
	Температура плавления, ^{0}С	38±0.17	38±0.28	38±0.25	38±0.34	38±0.46
	Время полной деформации, мин	14±0.42	14±0.22	14±0.19	14±0.11	14±0.2

P<0.05 достоверность 95%

В таблице 1 показано что оценки качества изобретенных новых основ сохранились устойчивым в течение года.

Содержание лекарственного вещества является основным показателем для оценки устойчивости суппозиториев и мы определили этого показателя на суппозиториях с парацетомолом приготовленных нами с течениям 12 месяцев после приготовления методом ВЭЖХ при условий колона-С18, движущая фаза вода:метанол 3:1, скорость течения 1,5 мл/мин, количества введения 10мкл, UV Детектор-243 нм. Результаты хроматографического анализа получились приблизительными к стандарту для каждого из 4 основ показаны в таблице 2.

Таблица 1 - Результаты оценки содержания лекарственного вещества в суппозиториях парацемола 500 мг приготовленных на различных основах

Образец	№	Площадь Пика	Средина отрезка	Стандартное отклонение	Сравнительное стандартное отклонение,%	Содержание лекарственного вещества, %
Стандартный образец Парацетамола	1	4.6448	4.6543	0.0106	0.23	99.9
	2	4.6622				
	3	4.6717				
	4	4.6506				
	5	4.6447				
	6	4.6520				
Свечи Парацетамола 500мг на основе масло Какао	1	3.5382	3.5432	0.0043	0.12	83.5
	2	3.5461				
	3	3.5453				
Свечи Парацетамола 500мг на основе Витепсол Н35	1	1.3705	1.3736	0.0026	0.19	38.7
	2	1.3752				
	3	1.3750				
Свечи Парацетамола 500мг на основе из курдючного жира I	1	3.2133	3.2148	0.0013	0.04	94.2
	2	3.2158				
	3	3.2152				
Свечи Парацетамола 500мг на основе из курдючного жира II	1	3.0731	3.0766	0.0036	0.12	90.6
	2	3.0764				
	3	3.0803				

P<0.05 достоверность 95%

По результатам нашего исследовано установлено что содержание лекарственных веществ в суппозиториях приготовленных на основе из курдючных жиров соответствует требованиям международных фармакопей, где должно быть не менее 90%.

Выводы. Полученные нами суппозиторные основы из курдючного жира I и II соответствуют требованиям качества для суппозиторных основ и являются способным сохранить полную устойчивость в течение года

Список литературы:

1. Дамба О, Уранзаяа Д. Үндэсний эмийн үйлдвэрлэлийн түүхэн хөгжилд хийсэн судалгаа. Эм зүйн шинжлэх ухааны хөгжил дэвшил – 50. Олон улсын эрдэм шинжилгээний бага хурал; 2011 оны 10 сарын 14; Улаанбаатар, Монгол. Улаанбаатар: Эрхэс; 2011. Х. 256-264
2. Taibah University College of Health Sciences Department of Pharmacy. *Pharmaceutics IV*. PHR 308. p.2-18
3. WHO. Technical report series. Stability testing of active pharmaceutical ingredients and finished pharmaceutical products. 2009; p. 87-117
4. Монгол улсын Үндэсний Фармакопей. Анхдугаар хэвлэл. Улаанбаатар: Соёмбо принтинг; 2011. х. 683-686.
5. British Pharmacopoeia. Volume II. Formulated preparations. General monographs. London: 2001
6. European Pharmacopoeia 5th edition. Volume I. Paris: Aubin. 2005
7. USP-32
8. Remington. The science and practice of pharmacy 21- st edition. *Lippincott Williams and Wilkins*. p. 873-878.
9. Noordin MI, Chung LY. Evaluation of palm oil-based paracetamol suppositories by differential scanning calorimetry. *Trop J Pharm Res*. 2014; 13(1): 23-29

УДК 377.5

Очирова Л.П.

Джидинский социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних «Баяр», с. Нижний – Бургалтай, Джидинский район, Бурятия, Россия

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФОРМ И МЕТОДОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-СИРОТАМИ И ДЕТЬМИ, ОСТАВШИМИСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Наличие разных форм устройства детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подтверждает необходимость новых подходов к организации деятельности интернатных учреждений.

Ключевые слова: *сиротство, опека (попечительство), приемная семья, усыновление, служба сопровождения замещающих семей.*

Ochirova L.P.

Jida socio-rehabilitation centre for minors "Bayar", Bottom-Burgaltaj, Jida district, Republic of Buryatia

PERFECTION OF FORMS AND METHODS OF SOCIAL WORK WITH CHILDREN-ORPHANS AND CHILDREN WITHOUT PARENTAL CARE

The availability of different forms of children-orphans and children remained without parents ' care, reaffirms the need for new approaches and boarding institutions, whose main objectives will be the Organization of social protection of children in blood families, as well as social work with children and families, selection and preparation of families wanting to become adoptive parents, tutors, guardians or adoptive parents.

Keywords: *orphanage, guardianship, foster family, adoption, escort service surrogate families.*

Сиротство как социальное явление

В современных условиях количество детей, оставшихся без попечения родителей, возрастает с каждым годом.

Сиротство как социальное явление существует столько же, сколько существует человеческое общество. Во все времена войны, эпидемии, стихийные бедствия, другие причины приводили к гибели родителей, вследствие чего дети становились сиротами. С возникновением классового общества появляется и так называемое социальное сиротство, когда дети лишаются попечения родителей в силу нежелания или невозможности осуществлять последними родительские обязанности. Родители отказываются от ребенка или устраняются от его воспитания. [1. с.1]

Основную по численности категорию детей-сирот составляют дети, родители которых в результате антиобщественного поведения лишены родительских прав (социальное сиротство).

Таким образом, сиротство - это социальное понятие, которое отражает положение детей-сирот [2. с.4].

В Федеральном законе «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» введены понятия:

«дети-сироты» [2. с.6]. –это лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель (прямые сироты);

«дети, оставшиеся без попечения родителей, - лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей. К этой категории относят детей, у которых нет родителей или они лишены родительских прав. Сюда же относится ограничение в родительских правах, признание родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), находящимися в лечебных учреждениях, объявлением их умершими, отбыванием ими наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под стражей, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений.

Особенности развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в условиях интернатных учреждений

Проблема формирования личности ребенка в условиях закрытого учреждения остается весьма острой и актуальной. Практика показывает, что лишение материнской заботы ведет к задержке развития ребенка и может проявляться симптомами психических и физических заболеваний. Изоляция ребенка от матери от 0 до 3 лет обычно приводит к тяжелым последствиям для интеллекта и личностных функций, которые не поддаются исправлению. Постоянная смена микросоциальной среды наносит существенный ущерб психике ребенка, ухудшает его здоровье. Дети, воспитывающиеся в интернатных учреждениях, в своем большинстве отстают от сверстников в психофизическом развитии. Они позже начинают ходить и говорить, чаще болеют, хуже учатся. Только 20% воспитанников интернатных учреждений могут учиться по программам массовых школ. Отечественная система воспитания в сиротских учреждениях основана на том, что дети, как правило, живут и учатся в одном и том же учреждении. Эта “прикованность” к одному месту, изолированность детских домов и социально – реабилитационных центров усиливают зависимость детей от учреждения и не способствуют формированию навыков самостоятельной жизни. Нередко выпускники не имеют элементарных бытовых навыков: приготовить поесть, купить что-либо, организовать свободное время и т. д.

Формы и методы социальной работы с детьми – сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей (Из опыта работы социально – реабилитационного центра для несовершеннолетних «Баяр») с. Нижний –Бургалтай Джидинского района Республики Бурятия

На территории Джидинского района зарегистрировано 26575 человек, в том числе детского населения от 0 до 18 лет – 8150, за АППГ – 2012-2013-2014 г.г. – 27450 человек.

Общая численность детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в районе – 251. Из них детей – сирот – 74, детей, оставшихся без попечения родителей – 177.

На территории района с целью реабилитации несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации в 2004 году создан Джидинский социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних «Баяр. За последние 4 года прошли реабилитацию 326 детей (см. таблицу), из них дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей-130.

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Прошли реабилитацию	74	75	81	96
Из них, дети – сироты и оставшиеся без попечения родителей	52	38	24	16
Из них, ТЖС	19	37	53	80
Возвращены в родные семьи	13	23	38	61
Передано под опеку	13	6	5	1
Переданы в приемные семьи	6	8	6	7

На базе учреждения в 2014 г. создана служба сопровождения замещающих семей «Дорога к дому», основными направления которого являются школа подготовки кандидатов в замещающие семьи, подготовка детей к семейным формам жизнеустройства, сопровождение замещающих семей, клуб приемных семей «Ромашка».

В настоящее время количество замещающих семей, охваченных сопровождением – 8, из них 4 – опекунских. По всем семьям заведены личные дела, организовываются выезды согласно графику, школу подготовки замещающих семей в 2016 г. прошли 33 человека.

В рамках клуба приемных семей традиционно проводятся мероприятия: «Моя семья – мое богатство» с участием приемных семей, глав сельских поселений, специалистов служб системы профилактики,; День открытых дверей «День Аиста» для граждан, желающих принять на воспитание детей в семью, с воспитанниками учреждения, условиями проживания детей, подготовки их к семейной и самостоятельной жизни.

Таким образом, в учреждении и в целом, в районе, формируется система подготовки потенциальных родителей к приему детей в замещающие семьи: создан банк данных граждан, желающих принять ребенка на воспитание в семью, проводятся конференции, семинары с приглашением глав сельских поселений, служб системы профилактики, учителей, врачей и т.д., разработаны буклеты о деятельности службы, опубликованы статьи в СМИ, на официальном сайте учреждения еженедельно размещается информация о детях – сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей.

Список литературы:

1. Борозинец Н.М., Евмененко Е.В., Козловская Г.Ю., Палиева Н.А. Социально-психологические аспекты помощи детям- сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей. Ставрополь, 2003 - 98 с.
2. Визер Н.А. Психолого-педагогическое сопровождение детей-сирот как средство их социализации // Научно-практическая конференция "Специальное (коррекционное) образование". - Ставрополь: Изд. Ставропольского краевого института повышения квалификации работников образования, 2004. - 460 с.
4. Воспитание и развитие детей в детском доме: Хрестоматия / Под ред. Ивановой Н.П. - М.: Педагогика, 1996 - 104 с.
5. Звягина О.М. К вопросу о психологических особенностях детей, оставшихся без попечения родителей // Научно-практическая конференция "Традиции и инновации в социальной педагогике". - М.: АЛЬТ-ПРЕСС, 2003. - 426 с.
8. Основы социальной работы / Отв. Ред. П.Д.Павленок.- М.: ИНФРА-М, 2001. - 395с.
9. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Критерии и показатели отнесения детей к категории нуждающихся в государственной помощи и поддержке - М., 2002 - 84 с.
10. Олиференко Л.Я. Муниципальная система социально-педагогической поддержки детства.// Народное образование. - 2000. - №8.

УДК 364.3

Оюунбаяр[1] Х., Отгонтогоо[2] О., Мунх-Эрдэнэ[2] Д.
[1,2] Дарханская Медицинская Школа, филиал МНУМН, г.Дархан, Монголия

НЕКОТОРЫЕ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

В данной статье смотривается результаты внедрения фармакоэкономических анализов и применение в процессе составления ассортимента лекарственных средств

Ключевые слова: *фармакоэкономический анализ, ассортимент лекарственных средств, рациональное применения лекарств, эффективность медикаментозного лечения*

SOME INDICATORS PHARMACOECONOMIC CONSUMPTION ANTIBIOTICS THE THERAPEUTIC DEPARTMENT

Kh.Oyunbayr[1], O.Otgontogoo[2], D.Munkh-Erdene[2]
Darkhan Medical Scool, MNUMS, Darkhan city, Mongolia

This article discusses the results of the implementation of pharmacoeconomic analysis and using results for compiling the range list of antibiotics

Keywords: *pharmacoeconomic analysis, the range list of antibiotics, the rational use of medicines, the effectiveness of drug treatment*

Введение

В текущем XXI веке количество изобретенных новых антибиотиков имеют тенденция к уменьшению, а количество штаммов микроорганизмов устойчивых к ним – к увеличению.

Быстрорастущий расход на медицинских услуг является одним из главных проблем глобального мастштаба и этот показатель ощущается особенно острым для нашей страны которой имеет низкий уровень расхода на медицинских и фармацевтических услуг.

Одна из путей преодоления этих трудностей является правильная фармацевтическая политика страны. Для решения этих проблем играет важную роль применения фармакоэкономических исследований, в том числе на широкоприменяемых и дорогостоящих антибиотиков

По итогам совместного отчета ВОЗ и МЗ Монголии расход на антибиотиков составляет 25,3% от общей суммы инвестиции на лекарствах. Нас интересовали вопрос рационального применения выделенных для этой цели суммы, правильность выбора номенклатур применяемых антибиотиков.

Цель работы

Определение некоторых фармакоэкономических показателей на данных потребления антибиотиков в терапевтическом отделении обьединенной больницы г.Дархана в 2008-2013 г.

Задачи работы

1. Вычеслить потребления антибиотиков терапевтического отделения и изложить примерную карту применения антибиотиков на основе данных о стационарных больных
2. Обобщить данных анализа чувствительности к антибиотикам больных из терапевтического отделения, оценить степени устойчивости применных антибиотиков.
3. Обработать данных о потребленных антибиотиков в терапевтическом отделении при помощи методов АВС и СЕА оценки.

Практическое значение работы

В результате фармакоэкономических исследований антибиотиков употребленных в терапевтическом отделений Дарханской обьединенной больницы выясняющих отношение между терапевтическим эффектом и расходом антибиотик получается база данных практического значения для повышения уровня рационального применения антибиотиков и принятия решения организационного характера в этом направлений Лекарственным комитетом больницы.

МЕТОДЫ И МЕТОДИКА РАБОТЫ

Методы и модели работы

Статические данные и данные о расходов лекарственных материалов терапевтического отдела обработани методом дескриптивного анализа.

Необходимая номенклатура антибиотиков для отдела составлена на основе YI перечне основных лекарственных средств Монголии.

Информационная база данных

Информационной базой данных служили следующие документации: статические данные терапевтического отдела, финансовые документы расходов на лекарственных средств, журналы бактериологической лабораторий за 2008-2001гг.

Статическая обработка работы

Для статической обработки использовали програм SPSS16.0, MS Excel.

Результаты были получены методами фармакоэкономических исследовании CEA (Cost- Effectiviness Analysis), ABC анализа.

Результат работы

В результате ABC анализа на статических данных терапевтического отдела выяснено что 53% стационарных больных лечились из за заболевания терапевтической группы J, K_{10-85}, N, которые имели показания применения антибиотиков.

По данным нашего исследования, средний расход на антибиотиков на среднего стационарного больного составляло 6300, на больных вышеуказанных групп 12030.

Обращение отдела к бактериологической лаборатории для определения антибиотикоустойчивости было крайне низким, в исследуемый период были регистрированы 106 случаев. Из них у 38 пациентов обнаружены патогенные микрофлоры, у которых определено устойчивость к 11 видам антибиотиков. Результат анализа антибиотикоустойчивости показало что только у 4 антибиотиков устойчивость было >2 т.е I-intermediate (среднее восприимчивость), S-sensetive (восприймчив) – не наблюдалось и у остальных антибиотиков обнаружено R-resistant (антибиотико устойчивость).

Результаты CEA анализа антибиотиков сделанных на данных эффективности и стоймости антибиотиков показало что применение в лечебной практике Ампицилина, Амоксацилина, Нистатина, Эритромицина, Левомицетина не оправдает расхода на них, а применения Клафорана, Цефазолина, Гентамицина, Кларитромицина оправдает.

Обсуждение работы

По итогам совместного отчета ВОЗ и МЗ Монголии расход на антибиотиков составляет 25,3% от общей суммы инвестиции на лекарствах. По данным нашего исследования расход антибиотиков составляло 16,7% от общей суммы затраченных терапевтическим отделом на лекарств.

Суммарный характер финансовые данных на лекарственных средств не дающие точности по лекарственным группам, отсутствие подобного исследования аймачного и государственного масштаба не дают возможности полного заключения про выбранных проблем и является обьектом для дальнейших исследовании.

Заключение

1. Расход антибиотиков на среднего больного Терапевтического отдела Дарханской обьединенной больницы составляет 6300₮, для больных с назначением антибиотикотерапией 12030₮. Доля антибиотиков в общей сумме отдела затраченных на лекарств составляет 16,7%.
2. Антибиотики с устойчивостью микробов ≤2 доказанных по бактериологическим анализом составляют 63,6% в номенклатуре антибиотиков примененных в отделе.
3. Результаты CEA анализа антибиотиков сделанных на данных эффективности и стоймости антибиотиков показало что применение в лечебной практике Ампицилина, Амоксацилина, Нистатина, Эритромицина, Левомицетина не оправдает расхода на них, а применения Клафорана, Цефазолина, Гентамицина, Кларитромицина оправдает.

УДК 364.3

Оюунцэцэг Д, Ариунцэцэг.Э.

Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального Университета, Дархан, Монголия

ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Oyuntsetseg D., Ariuntsetseg E.

HSUM Darkhan Uul aimag Branch School of Medical Sciences Department of Nursing, Darkhan, Mongolia

STUDY ON THE ASSESSMENT OF BIOLOGICAL AGE IN ELDERLY

The study was aimed at assessing and comparing the biological ages of older people who do regular exercise and those who do not. The study included 60 participants, out of 30 were randomly selected from the older people doing exercises at the "My mongolia" park and the order 30 who do not do exercise were selected in the control group. The statistical analyses were carried out using SPSS 11.0. The participants were 46-84 years old, while mean age was 60.62 ± 2.23. The data shows that among the 30 participants in the random group, 96.60% were younger in biological age, 4.40% were older in biological age. Among the 30 participants in control group, 93.30% were older in biological age and 6.60% were younger in biological age. The relationship between the biological age and the amount of time spend on doing active exercise is identified using Spearman Rang Correlations Coefficient.The fast that R_s=0.9 and (t=31.3) shows that there is a strong correlations between the lower biological age and the amount of time spend doing active exercises. The data present statistical significance (p < 0.01) for biological age between people who do exercise and those who do not.

Key words: *biological age, exercise, older people*

Основания для научного исследования

Всемирная Организации Здравоохроанения (ВОЗ) определила возраст от 45 до 65 лет как средний, от 65 до 74 лет как пожилой, и после 75 лет как старческий. Торая Обайд, бывший исполнительный директор Фонда ООН в области народонаселения, подчеркнул "В настоящее время в мире происходит демографическое старение населения в ускоренном темпе. Сегодня каждый десятый на земном шаре достиг возраста 60 лет или старше, и согласно прогнозам, к 2050-ому году каждый пятый будет старше 60-и. Поэтому мы должны знать не только о нуждах пожилых лиц, проживающих сегодня, но также о потребностях будущих поколений пожилых лиц, чтобы соответственно строить наши планы." Эти слова подтверждают, что демографическое старение стало главной проблемы мироначеления в 21-ом веке. Каждый живой организм начинает постепенно стареть после достижения определенной точки развития. Наукой доказано, что для того чтобы все клетки, ткани и органы в организме человека полностью постарели, износились, и потеряли жизнеспособность требуется 120 лет. Хотя для здоровой и полной жизни важны и нужны все аспекты жизни, включая обшественную, физиологическую и интеллектуальную активность человека, только активные физические упражнения являются основой для здоровья и долголетия. Исследования показывают, что лица регулярно занимающиеся физичекими упражнениями, уделяющие надлежащее внимание своему здоровью и регулярно посещающие медицинские обследования, биологически моложе своих сверстников, а 93 процента из них продолжают работать в возрасте старше 60 лет и сохраняют физическую активность до конца жизни. Поскольку процесс старения существенно отличается для каждого индивидуала, учеными была разработана концепция биологического возраста. Биологический возраст или возраст человеческой активности является главным показателем темпов индивидуального роста, развития и старения организма. По медицинским нормам, разница между биологическим и календарным возрастом человека может составлять ± 5 лет. По данным Национальной Статистической Службы Монголии, опубликованным в 2010 году, средний возраст населения Монголии составляет 68.8 года, 64.9 года у мужчин и 72.2 года у женщин, что означает что за последние 10 лет продолжительность жизни монголов увеличилась

на 5 лет. Эти данные ещё раз подтверждают, что население Монголии интенсивно стареет. Поэтому очень важно, чтобы граждане пожилого возраста имели возможность вести здоровую и активную жизнь.

Цель исследования:

Определить, сравнить и оценить биологический возраст пожилых лиц, занимающихся физическими упражнениями и лиц, не занимающихся физическими упражнениями.

Задачи исследования:

1. Определить биологический возраст пожилых лиц, регулярно занимающихся физическими упражнениями и не занимающихся физическими упражнениями, рассчитать их вес.

2. Установить зависимость между биологическим возрастом и продолжительностью занятий активными физическими упражнениями.

Актуальность исследования

Новизна исследования состоит в том, что данное исследование определяет и сопоставляет биологический возраст пожилых лиц, занимающихся и не занимающихся физическими упражнениями.

Пять. Практическая значимость исследования

Значимость данного исследования заключается в том, что данная работа доказывает, что никогда не поздно начать делать физические упражнения, и что регулярные физические упражнения в течение продолжительного времени приносят эффективный результат.

Шесть. Материалы и методика исследования

В исследовании приняло участие 60 лиц пожилого возраста, включая экспериментальную группу из 30 участников, занимающихся ежедневными активными физическими упражнениями в парке “Моя Монголия”, расположенной в Дархан-Уул аймаке, и которые были выбраны методикой случайной выборки, и контрольную группу из 30 участников, не занимающихся физическими упражнениями. Анкетирование и контролируемые тесты были проведены в период от февраля до апреля 2012 года. Статистическая обработка была произведена с использованием программы SPSS11.0.

Семь. Результаты исследования

В исследовании участвовали пожилые лица в возрасте от 55 до 84 лет. Средний возраст участников был 60.62± 2.23 года. Данные о том, что от 46.60 % участников занимаются физической деятельностью от 1 до 5 лет указывает на рост численности лиц пожилого возраста ведущих активный образ жизни. В группе случайной выборки 76.60% участников пожилого возраста ежедневно занимаются активными упражнениями от 30 минут до 2 часов. Также в группе случайной выборки, состоящей из 30 пожилых лиц было установлено, что у 96.60 процента участников биологический возраст был меньше календарного и у 4.40 процента участников биологический возраст превышал календарный; в то время как в контрольной группе из 30 пожилых лиц у 93.30 процента участников биологический возраст превышал календарный и только у 6.60 процента биологический возраст был меньше календарного. При сравнении было обнаружено, что участников исследования, которые занимались активными физическими упражнениями и у которых биологический возраст был меньше календарного, было на 90% больше тех, кто не занимался физическими упражнениями и у которых биологический возраст был меньше календарного.

Таблица 1 – Зависимость между биологическим возрастом пожилых лиц, занимающихся активными физическими упражнениями, и продолжительностью физических занятии

Продолжительность физических занятии	Число пожилых лиц участвующих в исследовании	Средний биологический возраст (реальное число)
1 – 5 лет	14	10.4 лет
5 – 10 лет	7	12.2 лет
10 – 15 лет	3	18 лет
15 – 20 лет	3	20.5 лет
Более 20 лет	3	27.5 лет

Корреляция между биологическим возрастом пожилых лиц и продолжительностью физической активности была определена коэффициентом корреляций ранга Спирмена, где R_S=0.9 (t= 31.3), что показывает что биологический возраст пожилых лиц в находится в значительной прямой зависимости от продолжительности занятий физическими упражнениями. Также биологический возраст лиц, занимающихся физическими упражнениями, и лиц, не занимающихся отличается со статистической значимостью ($p< 0.01$).

У 96.60% лиц, занимающихся активной физическими упражнениями, биологический возраст был меньше календарного и у 4.40% биологический возраст превышал календарный, в то время как у 93.30% лиц, не занимающихся физическими упражнениями биологический возраст превышал календарный и только у 6.60 % биологический возраст был меньше календарного. Биологический возраст у лиц занимающихся упражнениями был на 90% меньше, чем у лиц физически не активных.

Корреляция между биологическим возрастом пожилых лиц и продолжительностью физической активности была определена коэффициентом корреляций ранга Спирмена, где R_S=0.9 (t= 31.3), что показывает что биологический возраст пожилых лиц в находится в значительной степени зависит от продолжительности занятий физическими упражнениями. Также выявлено, что биологический возраст лиц занимающихся физическими упражнениями и лиц не занимающихся физическими упражнениями отличается со статистической значимостью ($p< 0.01$).

Список литературы:

1. Болд.Ш. Практика здорового образа жизни у монголов. Улаанбаатар. 2008. С.
2. Буджав.Л. Методология и методы статистического анализа в медицинских науках. Улаанбаатар. 2000.
3. Намтай. Б. Чудеса диолголетия и ведения здорового образа жизни. УБ.2006.
4. Одончимэг.Д. Общественное здравоохранение. Дархан. 2008.С.185
5. Оюунханд.Р. Мөнхцэцэг.Ж Занди.Н Первичная медико-санитарная помощь для пожилых граждан. Улаанбаатар. 2010.
6. Цэрэгмаа.Ц, Мөнхцэцэг.Ж. Основы геронтологии и гериатрии. УБ. 2005.
7. Чимэдсүрэн.О. Методология эпидемиологических исследовании. УБ. 2003.
8. Эльсон М.Хаас. Практика оздоровления и очищения организма . УБ. 2004.
9.Найдүү. Ж, Жейн Виллс. Как поддерживать здоровый образ жизни. УБ. 2011.

УДК 347.464

Пантелеева Н.В.

Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, Республика Беларусь

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПРАВОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ДОГОВОРА ПОЖИЗНЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ С ИЖДИВЕНИЕМ

В статье рассматривается предназначение договора как средства социальной защиты уязвимых групп населения в виде оказания помощи по уходу и пожизненному содержанию получателя рентных платежей.

Ключевые слова: *социальная защита, получатель рентных платежей, пожизненное содержание с иждивением.*

Panteleyeva N.V.
Mogilev State University named after AA Kuleshov, Belarus

SOCIAL ASPECTS OF LEGAL CONSTRUCTION CONTRACT LIFETIME SUPPORTE WITH MAINTENANCE

The article discusses the purpose of the contract as a means of social protection of vulnerable groups in the form of assistance for the care and maintenance of life of the recipient of rent payments.

Keywords: *social protection, the recipient of rent payments, life-long maintenance of a dependent.*

Несмотря на то, что договор пожизненного содержания с иждивением является составной частью обязательного права, и нормы, его регламентирующие содержатся в Гражданском кодексе Республики Беларусь, иными словами – это классическая правовая конструкция гражданско-правового договора, он носит ярко выраженную социальную направленность, доверительную (фидуциарную) природу и в качестве предмета предполагает пакет услуг по уходу, которые плательщик рентных платежей оказывает получателю ренты.

В этой связи, договор пожизненного содержания с иждивением имеет существенное значение как сделка, отвечающая социальной политике государства, так как способствует решению задач, связанных с социальной интеграцией пожилых граждан и в том числе инвалидов, которые по разным причинам (отсутствие родственников, либо одиночество, вызванное иными обстоятельствами; преклонный возраст и слабого здоровья в силу возраста, либо по причине инвалидности) не имеют возможности ухаживать за собой самостоятельно, а также не могут изыскать источники дохода, кроме пенсии по возрасту или инвалидности.

Под социальной интеграцией понимается комплекс мер по повышению качества жизни инвалидов и пожилых граждан посредством создания им условий для независимого проживания и эффективного участия в жизни общества. Социальная интеграция объединяет такие мероприятия по медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации инвалидов и пожилых граждан, которые актуальны в качестве существенных условий договора пожизненного содержания с иждивением. В частности, это мероприятия, включающие:

- восстановление жизнедеятельности организма человека и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных вследствие перенесенных заболеваний;

- создание условий по достижению инвалидами и пожилыми гражданами уровня самообслуживания, достаточного для самостоятельного проживания.

Эти меры могут осуществляться самим плательщиком рентных платежей, в качестве которого выступает физическое лицо (не обязательно родственник) или юридическое лицо, уставные цели которого не противоречат подобной деятельности. Учитывая специфический характер услуг отношения между сторонами в договоре пожизненного содержания с иждивением носят доверительный характер. Это означает, что на стороне плательщика рентных платежей вероятнее всего выступает лицо. Находящееся с получателем рентных платежей в близком психо-эмоциональном контакте. Такие отношения обусловлены дружбой или определенной степенью родства, либо это могут быть соседские отношения. И даже когда получатель рентных платежей не имеет родственников и близких, он привязывается к лицу, оказывающему услуги по уходу и замена такого лица на стороне плательщика рентных платежей может быть проблематичной и болезненной. Наличие таких отношений между сторонами дало основание А.П. Сергееву «квалифицировать договор…как договор доверительного (фидуциарного) характера» [4, с. 384]. Отсюда более приемлемо, чтобы на стороне плательщика выступали изначально близкие получателю лица. Но поскольку устойчивой тенденцией последних лет стало увеличение численности пожилых граждан, возросла потребность в представителях социальных служб. Так, в соответствии положениями «Комплексной программы развития социального обслуживания на 2011-2015 годы, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29.07.2010 года в настоящее время в республике проживает около 2,1 млн. пожилых граждан (21,4 процента всего населения страны), 506,7 тыс. инвалидов, 156 тыс. одиноких пожилых граждан, 42,2 тыс. ветеранов Великой Отечественной войны, 25,8 тыс. ветеранов боевых действий на территории других государств, 51,6 тыс. человек из числа лиц, пострадавших от последствий войн. В этой связи Программой о социальной защите и содействии занятости населения на 2016-2020 годы регламентирована система социального обслуживания, которая представлена разветвленной сетью государственных учреждений социального обслуживания, а также рядом негосударственных некоммерческих организаций, оказывающих различные социальные услуги.

В контексте рассматриваемой темы очень актуален опыт Российской Федерации. Так, как указывает Ключникова Я.А. «Многие субъекты Российской Федерации и муниципальные образования разрабатывают социальные программы и создают специальные государственные (муниципальные) службы, оказывающие поддержку таким гражданам путем заключения с ними договоров пожизненного содержания с иждивением. Подобные социальные программы разработаны в Москве и Московской области, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Красноярске, Норильске, Новгороде и других городах. Включение договора пожизненного содержания с иждивением в механизм социальной политики государства позволяет решить не только задачу предоставления помощи социально незащищенным категориям населения, но и задачу формирования государственного и муниципального жилищного фонда» [1].

Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что договор пожизненного содержания с иждивением – это обязательство в силу которого получателю рентных платежей, как правило одинокому пожилому гражданину или инвалиду плательщиком ренты предоставляется пакет услуг, который может носить или носит личный характер в уходе или обеспечении в питании и медикаментах и т.д. очень схожий с характером и сущностью социальной интеграции, что придает договору социальную направленность и делает его элементов государственной политики по социальному обеспечению граждан. Непосредственно договор ренты как средство социальной интеграции в Программе о социальной защите и содействии занятости населения на 2016-2020 годы не заявлен, как в целом не заявлены и иные конкретные средства. Однако такие мероприятия социальной интеграции как восстановление жизнедеятельности организма человека и компенсация его функциональных возможностей, нарушенных вследствие перенесенных заболеваний; создание условий по достижению инвалидами и пожилыми гражданами уровня самообслуживания, достаточного для самостоятельного проживания входят в рамки предмета договора пожизненного содержания с иждивением. Как представляется в этой связи заключение рассматриваемого договора как средства социального обеспечения на государственном уровне не противоречит, и напротив способствует достижению цели и выполнению задач, которые включены в государственные социальные программы Республики Беларусь.

Список литературы:

1. Ключникова, Я. А. Правовое регулирование договора пожизненного содержания с иждивением [Электронный ресурс]: автореф. дис. … канд. юр. наук : 12.00.03. – Режим доступа : http: // lawtheses.com/pravovoe-regulirovanie-dogovora-pozhiznennogo-soderzhaniya-s-izhdiveniem/ (дата обращения 31.10.2016).
2. Об утверждении государственной программы о социальной защите и содействии занятости населения на 2016-2020 годы от 30 января 2016 года, № 73 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2016.
3. Об утверждении комплексной программы развития социального обслуживания на 2011-2015 годы от 29.07.2010 года, № 1126 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2016.
4. Сергеев А.П., Толстой Ю.К. Гражданское право: учебник /А.П. Сергеев, Ю.К. Толстой // М., 1998. – 784 с.

УДК 616-006

Пеев В.А., Горанова-Спасова Р.Н., Радев Е.Н.
Медицинский университет Софии, Болгария

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ - ОЦЕНКА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В статье рассматривается синдром профессионального выгорания с его тремя аспектами и его проявление среди врачей хирургической практики. Представлены данные собственных исследований среди хирургов различных специальностей и врачей анестезиологов трех многопрофильных больниц для активного лечения города Софии Болгарии.

Ключевые слова: *синдром выгорания, хирургическое отделение, врачи.*

Peev V. A., Goranova- Spasova R. N., Radev E. N.
Medical University-Sofia, Bulgaria

BURNOUT SYNDROME- ASSESSMENT AND PREVALENCE AMONG PHYSICIANS FROM SURGICAL UNITS

This article examines the burnout syndrome with its three aspects and its prevalence among physicians working in surgical units. It presents our own research data on surgeons from various specialties and physicians anaesthesiologists from three multi profile hospitals for active treatment in Sofia, Bulgaria.

Key words: *burnout syndrome, surgical unit, physicians.*

Ярким примером того, как профессиональный стресс может оказывать негативное влияние, как на индивида, так и на организацию, является синдром профессионального «истощения», известный также и как «синдром выгорания» (burnout- с англ. «горение», «выгорание»). Профессиональное «выгорание» связано со многими формами профессионального отчуждения, низкой продуктивностью и производительностью труда, снижением удовлетворенности работой. [10] Синдром «выгорания» изначально структурируется как процесс хронического стресса и охватывает, в соответствии с мнением Маслач (1982), три основных аспекта [11]:

- Развитие чувств эмоционального истощения и усталости, которые усиливаются;
- Обезличивание (дегуманизация) - развитие отрицательного, безразличного отношения к зависимым получателям профессиональных услуг; Отношение зависит от конкретных людей, но всегда описывается отсутствие сострадания, которое колеблется от пессимизма и скептицизма до цинизма по отношению к пациентам.
- Отрицательная самооценка, которая приводит к возникновению чувства личной некомпетентности и снижению работоспособности.

Порочный круг формируется путем физического и психического истощения, деперсонализации в смысле дегуманизации и негативного настроя, низкой самооценки, снижения работоспособности и неспособности к самореализации.

Исследователем, работавшим в течение многих лет по проблеме «выгорания», его оценки и генезиса, является Кристина Маслач (Cristina Maslach). Разработанный Маслач и ее сотрудниками способ оценки синдрома выгорания (Maslach Burnout Inventory- MBI) измеряет именно эти три аспекта профессионального выгорания [12]. Синдром эмоционального выгорания является официальным медицинским диагнозом и введен в Международную классификацию болезней (МКБ) - в 10-ой редакции [14], под кодом Z 73.0 - состояние истощения жизненных сил. «Профессиональное выгорание» по классам болезней относится к XXI классу – «Факторы, влияющие на состояние здоровья и контакты со службами здравоохранения» и к группе заболеваний – «Проблемы, связанные с трудностями в поддерживании нормального образа жизни». Введение синдрома выгорания в МКБ позволяет пострадавшим людям пользоваться финансовыми механизмами для компенсации, консультации, психотерапевтического лечения и реабилитации.

Профессии, участвующие в предоставлении услуг или уходе за другими людьми, чаще всего страдают от синдрома выгорания. Синдром выгорания распределяется различным образом среди различных профессиональных групп. Исследования последних десятилетий показали, что он влияет на учителей, фармацевтов, медицинских и санитарных работников, когда специфика требований и условия труда определяют тяжесть проявлений различных аспектов. [5, 6, 7] По данным различных исследований среди медицинских специалистов, профессиональное выгорание составляет от 17% (Garcia Izquierdo, 1991), 30-40% (Henderson, 1984), до 50%. Данные статистики показывают, насколько существенной является эта проблема. [1, 2, 3] Они могут быть интерпретированы в поддержку гипотезы Freudenberger (1983), что синдром выгорания является «заразным» и приобретает характер современной эпидемии. [9]

Работающие в хирургических отделениях трудятся в профессиональной среде, которая характеризуется интенсивностью работы с другими людьми (коллегами и пациентами). Они должны выполнять очень тяжелые обязанности физического плана и часто подвергаются воздействию стрессовых ситуаций. Эксперты по выгоранию из AMA (American Medical Association) отслеживали повышение уровня выгорания среди медицинских работников и сделали ранжирование наиболее пострадавших специальностей. Исследование было проведено среди 6880 врачей и сравнивает состояние проблемы в 2011 г. с 2014 годом. [13] В 2011 г. результаты национального опроса в США показывают, что 45% врачей отвечают критериям выгорания, в то время как в 2014 г. уже 54,4% отвечают, по меньшей мере, одному симптому синдрома. В обоих исследованиях оценка была сделана по MBI. Специальностями с высоким риском являются: общая хирургия и урология.

Цель исследования состояла в том, чтобы определить распространенность синдрома выгорания среди врачей, работающих в хирургических отделениях в трех многопрофильных больницах активного лечения в городе Софии.

Материал и методы. Был проведен опрос для самооценки синдрома «эмоционального выгорания» в соответствии с его тремя аспектами (эмоциональное истощение, деперсонализация и личные достижения), определенными К. Маслач. Для этой цели использовали психометрический тест К. Маслач и С. Джексон - Maslach Burnout Inventory (MBI). Были исследованы 73 врача, работающие в хирургических отделениях, выбранные по принципу лотереи три многопрофильных больницы для активного лечения города Софии – Первая многопрофильная больница для активного лечения Софии ОАО, «Александровская» и Университетская больница им. Царицы Йоанны – ИСУЛ».

Результаты и обсуждение. 1. Социально-демографический профиль опрошенных

Многие авторы усматривают связь между социально-демографическими характеристиками и проявлениями профессионального стресса и синдромом выгорания. Развитие синдрома профессионального выгорания является более типичным у женщин, что объясняется двойным бременем, которое женщины несут в результате совмещения работы и семейных функций. Большую часть наших опрошенных составили мужчины - 71,2%, что объясняется значительным участием врачей- хирургов. Хирургические специальности, в связи с характером работы, предпочтитаются мужчинами.

Возраст и специальности опрошенных представлены на рисунках 1 и 2.

Рис. 1. Возраст опрошенных.

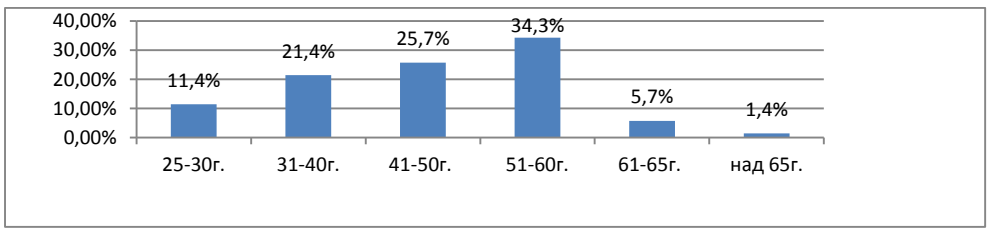
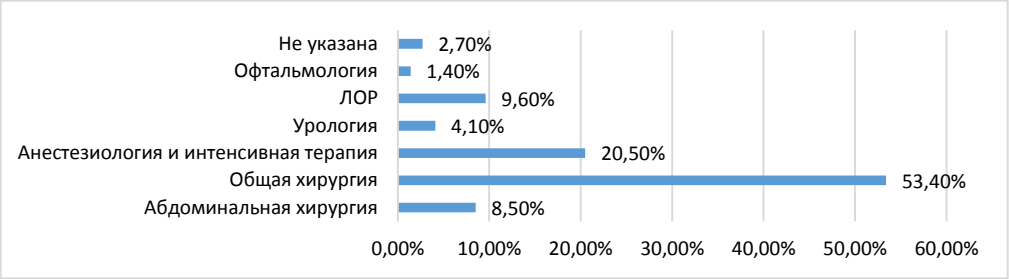


Рис. 2. Специальность опрошенных



53,4% приобрели специальность или специализировали общую хирургию; 20,5% специализируются в анестезиологии и интенсивной терапии, 9,6% специалисты ЛОР, работающие в хирургических отделениях и 8,5% - специалисты в области абдоминальной хирургии. Более половины опрошенных (52,1%) состоят в браке, 6,8% - разведены, 23,3% не состоят в браке, а значительная доля опрошенных (17,8%) не указали свой семейный статус.

2. Результаты исследования по методу Maslach Burnout Inventory- MBI, определяющие тяжесть и уровень профессионального выгорания - в таблице 1.

Табл. Уровни эмоционального истощения, обезличивания и личных достижений опрошенных

Субшкалы MBI	Низкое N, (%)	Умеренное N, (%)	Высокое N, (%)	Всего
Эмоционалное изтощение	19 (32.8%)	14 (24.1%)	25 (43.1%)	58 (100%)
Обезличивание	20 (35.7%)	12 (21.4%)	24 (42.9%)	56 (100%)
Личные достижения	23 (39%)	16 (27.1%)	20 (33.9%)	59 (100%)

В наблюдаемой выборке выявлены чрезвычайно высокие уровни эмоционального истощения (43,1%) и обезличивания (42,9%). 41,5% опрошенных мужчин показывают высокую степень синдрома выгорания по шкале эмоционального истощения и высокую степень по шкале обезличивания (47,5%). В отличие от мужчин, женщины имеют высокую степень выгорания в основном по шкале эмоционального истощения. У 43,8% опрошенных высока степень эмоционального истощения.

Результаты настоящего экспериментального исследования сопоставимы с результатами зарубежных исследователей, что дает основания полагать, что речь идет о глобальной проблеме здравоохранения, которая становится важной для общественного здравоохранения и предполагает принятие мер по ограничению и контролю.

Список литературы:

1. Александрова М., Петрова-Готова Ц., Изява на синдрома на изпепеляването (Burnout syndrome) сред медицинските сестри в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“, 30 научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2012, „Интердисциплинната идея в действие”, (сборник статии), изд. ТЕМТО, София, 2012, ISSN 1313-9134, с.126-131.
2. Кехайов, А. Стратегии за справяне и профилактика на професионалния стрес, Здравна политика и мениджмънт, 2016, том 16, 3, 62-66.
3. Радев, Е. „Трикомпонентна структура на бърнаут-синдрома”, XXXI Научно-технологична сесия, Контакт 2013 г., гр. София, ИНГА, ТЕМТО, гр. София, 2013 г.
4. Радев, Ж. Георгиева, В. Жекова, Ц. Михайлова, Десперсонализация и понижена личностна успешност, синдром на емоционално изчерпване и цинизъм, Тридесет и седма научнотехнологична сесия ИНГА, Сборник изд. «ТЕМТО», София. С 251-255 ISSN 1313-9134
5. Ценова Б. Организационни корелати на бърнаут. В: Сб. Психологични аспекти на условията на труд в организации, ред. Доц. В. Русинова, С., Темпора ЕООД, 2006, 72-77.
6. Belloch Garcia SL, Renovell Farre V, Calabuig Alborch JR, Gomez Salinas L. Theprofessional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. An MedInterna. 2000 Mar; 17(3): 118-122.
7. Bennett S, Plint A, Clifford TJ. Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress:a survey of Canadian hospital based child protection professionals. Arch Dis Child. 2005Nov;90(11):1112-6.
8. Canovas EE, Estudio de prevalencia, factores de riesgo del Síndrome de Burnout y encuesta de satisfacción laboral en personal sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia, Universidad de Murcia, Departamento de psicologia social, Thesis Doctoral, 2015.
9. Freudenberger, H. J. Burnout: Contemporary issues,trends, and concerns. – In: B. A. Farber (Ed.). Stress and Burnoutin the Human Service Professions. New York, Pergamon Press, 1983, 23-38.
10. Hallsten , L. Burning out: a framework. In: W. B. Schaufeli,C. Maslach and T. Marek (Eds.). Professional Burnout: RecentDevelopments in Theory and Research. Washington, DC, Taylor& Francis, 1993, 95-112.
11. Maslach C. (1998) A multidimensional theory of burnout. In Theories of OrganizationalStress, ed. C.L. Cooper, pp. 68-85. Oxford, UK: Oxford Univ. Press.
12. Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory manual (3rded.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
13. Shanafelt, Tait D. et al., Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014, Mayo Clinic Proceedings, 2015, Volume 90 , Issue 12 , 1600 - 1613
14. WHO – World Health Organization. The ISD-10 classification of mentaland behavioral disordes. Geneva: WHO, 1992.

УДК 37.018

Петков П. Г., Трендафилова А. Т.
Медицинский университет, Факультет общественного здравоохранения, Софии, Болгария

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ЧЕРЕЗ ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

Интеракция является взаимодействием и взаимовлиянием между людьми в процессе их общения. Она может быть компонентом интер-персональной коммуникации или части образовательных технологий. Одним из аспектов интерактивного обучения является коммуникация между участниками в педагогическом взаимодействии. Профессия врача и медицинскокого специалиста социальная профессия и не может осуществляться без коммуникативной компетентности.

Ключевые слова: *интеракция, интерактивные методы обучения, педагогическое общение, педагогическое взаимодействие, коммуникативная компетентность.*

Petkov P.G., Trendafilova A.T.
Medical University, Department of Public Health, Sofia, Bulgaria

FORMATION OF COMMUNICATIVE COMPETENCE OF HEALTH PROFESSIONALS THROUGH INTERACTIVE TEACHING METHODS

Interaction is interaction and reciprocal between people in their communication. It can be a component of inter-personal communication or part of educational technologies. One of the aspects of online learning is communication between participants in the pedagogical collaboration. The profession of doctor and specialist medicinskokogo social profession and could not be exercised without communicative competence.

Keywords: *communication, interactive teaching methods, pedagogical communication, pedagogical interaction, communicative competence.*

Педагогическое взаимодействие реализуется через педагогическое общение, у которого есть три компонента:

- коммуникация (обмен информации);
- интеракция (междуличностное взаимодействие);
- перцепция (взаимное восприятие и взаимопонимание).

В процессе общения коммуникация и интеракция возможны, когда существует третий компонент-перцепция.[4]

Интерактивные методы обучения /ИМО/ основываются на конструктивистической образовательной парадигме, в силу чего обучение является активным конструированием новых знаний учащимся через интеграцию новой со старой информацией. В таком случае преподавали перестают быть единственным источником информации. Другие особенности ИМО есть реальная /динамическая/ учебная атмосфера, перманентная обратная связь, интердисциплинарный подход, саморефлексия и самооценивание. Так как интерактивное обучение предполагает работу в команде, шум является нормальным сопутствующим явлением – результатом дискуссий в группах. Основным моментом для решения этой проблемы является хорошее планирование методов и деятельностей, уточнение правил и норм еще в начале занятия, как и адекватные инструкции преподавателя.[2]

Специфические особенности учебного процесса в медицинском университете дают основание, чтобы гуманизация общения рассматривалась в трех направлениях:

- общение преподавателей со студентами/субъект-субъектные взаимоотношения/;
- коммуникация с пациентами;
- коммуникация медицинских специалистов между собой.

Есть три основные стиля педагогического общения – автократический, либеральный, демократический. При автократическом стиле преподаватель навязывает свои взгляды на студентов, а при либеральном стиле отношения преподаватель – обучаемые свободные и нерегламентированные. Эффективным стилем педагогического общения является тот стиль, при котором есть соответствие с индивидуальными особенностями преподавателей и обучаемых, учебные цели достигнуты, субъкты удовлетворены, соблюдается дистанция. Демократический стиль педагогического общения отвечает на эти условия. Размещение обучаемого в центре процесса обучения стимулирует его творческое мышление и самоанализ, доверие означает веру в возможностях каждого обучаемого и демонстрацию положительных ожиданий к нему.[4]

В своем исследовании Т. Попов распределяет причины слабой коммуникации в две группы. Первая группа причин относится к субъектам в образовательном процессе – незаинтересованность или неуверенность в себе у студентов, отсутствие педагогического мастерства у преподавателей и др. Вторая группа причин являются организационными – отсутствие времени, большое число студентов, монологические формы и методы обучения. Барьеры в общении могут быть и этносоциокультурными, индивидуальными, ситуационными и др.[3]

Обратная связь является очень важной при интерактивном обучении.

Для студентов ее значение выражается в :

- получении своевременной помощи при проблемах и трудностях;
- своевременной коррекции обучения;
- развитии самокритичности и реальной самооценки;
- мониторинге учебного прогресса студентов.

Анализ коммуникативных компетенций при обучении медицинских специалистов является предметом рассматривания разными научн,ми дисциплинами. Они анализируются психологией и социологией, семиотикой, философией, как и разными прикладными науками. Каждая человеческая деятельность, из которой можно сделать материальную или психологическую пользу для отдельной личности или для группы людей может считаться важной.

Медицинская практика как любая человеческая деятельность связана с осуществлением коммуникационного процесса. В медицинском образовании иновационные процессы динамически развиваются. Это со своей стороны выдвигает на передний план необходимость в формировании медицинских специалистов, которые отвечали бы требованиям общества потребностям населения в здоровье. Нарастает также и необходимость в переменах, которые гарантировали эффективность образовательного процесса и удовлетворенность его субъектов достигнутыми результатами. Чтобы это стало реальностью, надо избегать такой преподавательской деятельностью, которая связана только с воспроизводством знаний и опыта. Преподаватели должны обучать студентов анализу и синтезу, творческому мышлению, критическому суждению и др. Вот поэтому проблема формирования коммуникативной компетентности у медицинских специалистов через интерактивные методы является настолько важной и актуальной на современном этапе их обучения. Будущим медицинским работникам нужно преодолеть неподготовленность справиться с разными ситуациями, которые предлагают медицинская практика и реальная жизнь.[1]

Основания для приложения интерактивных методов, через которые формируется коммуникативная компетентность у медицинских специалистов связаны с новой образовательной парадигмой – создание Европейского пространства для высшего образования и высокого качество педагогического процесса. Будущую коммуникацию, которую будут осуществлять медицинские кадры, имеет за свою цель не только информировать пациента об его состоянии, но и помочь ему адаптироваться к новому для него положению, обусловленному болезнью. Это может осуществиться тогда, когда образование медицинского персонала включает знания и умения, которые помогли бы социальной адаптации больного к его заболеванию.

С другой стороны образование будущих медицинских работников связано с усвоением значительной в своем объеме и сложности научной информации из различных дисципленарных областей. Из-за этой причины, для того, чтобы формировались коммуникативные умения, интерактивные методы и технологии играют очень важную роль.

Интерактивные методы очень разнообразны. Самые подходящие для студентов в Высшей медицинской школе следующие: ситуационные / казус, разрешение инцидента, имитационно-моделирующие игры – по ролям, деловые / и дискуссионные методы / дискуссия, обсуждение, дебаты, атака мозга/. От чего обуславливается большое разнообразие ситуационных методов? Оно обуславливается как различными целями и задачами образования, так и богатым диапазоном реальных ситуаций в практике. Ситуационные методы имеют очень важное значение для овладения знаний и умений обучаемыми, для более высокого уровеня информированности и компетентности преподавателей для развития коммуникативных умений обучаемых и обучающих. Их роль значительна и при формировании клинического мышления. Не надо забывать, что одной из основных функций медицинского специалиста является реализация коммуникации с пациентом.

Традиционное обучение тесно связано с репродуктивным усвоением знаний. В этом случае взаимодействие между учителем и учеником - тип "субъект- объект" и не предоставляют больших возможностей для активной позиции стажеров. Продуктивное взаимодействие в учебном процессе подразумевается в партнерстве и диалоге, который выражается в одинаковой деятельности участников и превращает будущих медицинских работников из объекта в объекте настоящей образовательной деятельности. Деятельность и приобретение коммуникативной компетентности путем осуществления различных интерактивных методов в будущих медицинских специалистов как необходимое условие для успешного обучения определяются следующими закономерностями:

- более высокая активность студентов способствуют более высокой эффективности и качеству подготовки, а также для формирования коммуникативной компетенции;
- эффективность обучения и мотивация студентов, а также и условия для формирования коммуникативной компетенции стимулируют их для более высоких достижений;

Необходимо обеспечить большую свободу, право выбора и мнения студентов.[5]

Список литературы:

1. Балканска, П., Приложна психология, изд. „Булвест 2000", София, 2013г.
2. Гюрова, В., и съавт., Интерактивността в учебния процес, изд. „Агенция Европрес", София, 2006г.
3. Попов, Т., Студентът като субект на обучението, ИИК „Везни", София, 2006г.
4. Попов , Т., и съавт. , Медицинска педагогика , учебник за студентите от ФОЗ , изд." Екс-прес" , Габрово , 2010 г.
5. Шестакова, Н., Развитие коммуникативной компетенции студентоф медицинского училища в практическом обучении, Екатеринбург, 2010г.

УДК 379.85

Петров А.А.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНЫЙ ТУРИЗМ КАК ФАКТОР ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ

Статья посвящена основным проблемам социального туризма. Выделены основные условия формирования социальных услуг в индустрии туризма. На примере Республики Бурятия представлены основные виды социального туризма.

***Ключевые слова**: социальный туризм, туристские дестинации, слабозащищенные социальные слои и группы.*

Petrov A.A.

East Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL TOURISM AS A FACTOR OF IMPROVEMENT OF THE NATION

The article deals to the basic problems of social tourism. The basic conditions for the formation of social services in the tourism industry. On the example of Republic of Buryatia presents the main types of social tourism.

***Keywords:** social tourism, tourist destinations, poorly protected social strata and groups.*

Усиление глобализации, информатизации и интернационализации в обществе связано с появлением на рынке туристских услуг новых групп потребителей. Необходимость в познании себя, окружающего мира, выявление межкультурных связей, и в итоге определение собственной этнокультурной идентичности является первостепенной потребностью каждого человека, а в современном обществе становится актуальной проблемой [1].

Спрос на туристские услуги увеличивается с каждым годом. Но обеспечить доступность туристского отдыха всем желающим невозможно без разработки и осуществления ряда конкретных мер на государственном уровне: принятие законодательных и нормативных актов, создание социальной инфраструктуры, обеспечение систем и механизмов поддержки малообеспеченных слоев населения, подготовка работников системы социального туризма и т.д. [4]

Социальный туризм – это вид туризма (познавательный, курортный, экологический, сельский и т.д.), расходы на который частично или полностью оплачиваются туристу из финансовых источников, предназначенных на социальные нужды [2].

Место социального туризма на рынке туристских услуг необходимо определить такими условиями как:

- решение социальных и культурных задач, способствующих уважению и развитию человека,
- наличие государственного или частного института или организованной группы людей, принимающих меры для преодоления или уменьшения препятствий,
- отсутствие финансовых средств, инвалидность, личная или семейная изоляция, снижение подвижности,
- отсутствие дискриминации по социальным признакам,
- стремление обеспечить гармоничную интеграцию социального туризма в местную среду.

Социальный туризм определяет уровень социальной напряженности и влияет на благополучие социального климата в обществе. При должном внимании к данному виду туризма между различными социальными группами сглаживаются противоречия и конфликты [5].

В качестве приоритетных видов социального туризма выделены: детско-юношеский; самодеятельный (спортивно-оздоровительный); лечебно-оздоровительный; экологический и культурно-познавательный; семейные путешествия; туризм для молодежи и ветеранов; туризм для инвалидов; туристские поездки по Республике Бурятия зарубежных соотечественников, международные обмены по линии социального туризма.

Популяризация и развитие социального туризма в Республике Бурятия ведет к развитию туристских дестинаций с помощью денежных вкладов государства.

В Законе Республики Бурятия от 21 ноября 1995 года № 210-1 «О туризме» сказано: «К полномочиям органов государственной власти по созданию благоприятный условий для развития туризма в Республике Бурятия относится реализация мер по поддержке приоритетных направлений развития туризма в Республике Бурятия, в том числе социального туризма, детского туризма и самодеятельного туризма» [3].

На участников социального туризма Республики Бурятия распространяются льготы по размещению, питанию и отдыху. Социальные функции реализуются в рекреационных мероприятиях, направленных на сохранение и укрепление здоровья, восстановление жизненного тонуса, что способствует гармоничному развитию человека и его творческому самовыражению.

К основным трудностям и проблемам, с которыми сталкиваются учреждения социального туризма можно отнести:

1. Создание материальной базы социального туризма;
2. Разработка законодательной, нормативной и методической базы;
3. Обучение персонала, предлагающего информационные и психологические услуги отдыхающим в системе социального туризма;
4. Определение форм оказания материальной помощи клиентам социального туризма;
5. Соответствие услуг социального туризма растущим стандартам качества обслуживания.

Таким образом, общество и государство должно определить приоритетным направлением заботу о социально слабозащищенных слоях и группах. Главной задачей социального ориентированной экономики Республики Бурятия является деятельность по социальной защите и заботе всех слоев общества и по выработке стратегии эффективной социальной политики. Одним из важнейших направлений деятельности органов исполнительной власти является регулирование занятости и стимулирование высококвалифицированного и производительного труда, увеличения национального дохода и, как следствие, развитие социального туризма.

Список литературы:

1. Антонов В.И., Очирова О.А. Российская идентичность как фактор национальной безопасности в фокусе современных миграционных процессов: региональные особенности и противоречия // В сб.: Обеспечение национальной безопасности России в современном мире. Мат. Междунар. научно-практ. конференции. Иркутск: Изд-во БГУ, 2016. С. 253-260.
2. Жукова М.А. Индустрия туризма: менеджмент организации. – М., 2002. – С.43-61
3. Закон Республики Бурятия «О туризме» от 21 ноября 1995 года № 210-1. Ст. 3.1
4. Путрик Ю.С. Становление и развитие государственной политики Российской Федерации в области туризма: 1991-2007. – М., 2007.

5. Петрова А.А. Социокультурные основания этнической идентичности в условиях глобализации // Вестник ВСГУТУ, №2, 2015г. – С. 183-187

УДК 379.85

Петрова А.А.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ТРАДИЦИИ И ОБЫЧАИ КАК ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТНОПОВЕДЕНИЯ

В статье определены институциональные основы традиционности и уникальности этноповедения субкультурных образований. На примере языка и экосознания бурят выявляются условия формирования и развития традиций и обычаев как форм институционального моделирования.

Ключевые слова: *традиции, обычаи, институциональное моделирование, этнокультурная идентичность.*

Petrova A.A.
East Siberian State University of Technology and Management,Ulan-Ude, Russia

TRADITIONS AND CUSTOMS OF A PARTICULAR INSTITUTIONAL ETHNIC BEHAVIOR

The article defines the institutional framework of tradition and uniqueness ethnic behavior subcultural formations. The examples, the Buryat language and environmental awareness identified conditions for the formation and development of traditions and customs as a forms of institutional modeling.

Keywords*: traditions, customs, institutional modeling, ethno-cultural identity*

Оптимальные правила социальной интеракции выявляются исходя из политических, экономических, миграционных, культурных и природных факторов социальных процессов[1]. Совершая социальные действия, индивид руководствуется определенными законами институциональных паттернов (образцов, схем-образов, шаблонов). Одним из методологических вариантов решения проблемы установление ценностных ориентиров (таргетирования) ключевых правил является институциональное моделирование[5]. Социальные агенты институциональных стратегий направляют поток дескриптивной (описательной) информации, организуют социальное окружение, влияют на основные поведенческие мотивы, регулируют социальное взаимодействие.

Глобализация и социокультурная ситуация в современном мире привели к изменению роли традиции и обычаев в жизни общества. Нивелирование культурных различий, появление массовой культуры с предрасположенностью к унификации, упрощению, стратегия космополитизма и мобильности приводят человека к отсутствию привязанности к одной социальной и культурной среде и потребностимиграционных движений. Изучение и сохранение культурного наследия приобретает особую ценность в условиях поиска новых ценностных и культурных ориентиров, осознания новых границ своей этнокультурной идентичности.

Основой институционального подхода является наблюдение за социальным поведением участников интеракции. По-мнению М.Ю.Барбашина предполагается, что этноповедениепредставляет собой рутинные поведенческие алгоритмы в виде следования традициям и обычаям. Благодаря выявлению отклонений от нормы, от образцов поведения, поддаются изучению устойчивые традиционные основы общественного уклада жизни. Невозможно предусмотреть все действия социальных акторов и интерпретировать рефлексивные желания всех участников взаимодействия. Существование людей идущих в разрез с «нормальным», «допустимым» поведением приводит к общественному недовольству, критике, консолидирует группы, определяя рамки идентификации. От устаревших, неэффективных традиций и норм общество пытается избавиться и формируется обновленная идентификация. В основе новой идентичности в большинстве случаев лежат институциональные исключения, недавно противопоставляемые привычным нормам. Формализация данных исключений определяет новое социальное поведение и социальные правила.

Язык является одним из значимых факторов этнокультурной идентичности. Выбор основного языкового кода бурятским титульным этносом характеризовался нарушением «традиций предков», отклонением от нормы владения родным языком, что представляет собой институциональное исключение.

Экосознание и экосамосознание сформировалось у каждого народа, живущего в своеобразных природно-климатических и иных социально-исторических условиях, по-разному.[2]Экокультура выступает как регулятор человеческого поведения и его природоохранительной деятельности. [3] Например, буряты всегда стремились жить в согласии с природой и выработали своеобразную форму этноэкологической традиции как части уникальной культуры. Суть этой философии и мировоззрения состоит в том, что человек есть дитя природы, ее разумная и живая частица, что помогало находить гармонию во взаимодействии с окружающим миром, накладывал табу, внутренний запрет на действия, наносящие среде обитания незаживающие раны.

По традиционным поверьям заповедные места объявлялись святыми, таким образом сохраняли необходимую гармонию между человеком и природой. Кочевой образ жизни, скотоводство как специфический вид деятельности бурятского народа породил определенную форму обуви с загнутым вверх носком. Нежелание грубой и жесткой обувью «поранить землю» дало возможность в условиях степной ветровой эрозии не привести к огромному ущербу для природы.

Этнокультурная идентификация способна стимулировать развитие культуры народов, активно влиять на создание новых духовных ценностей и широкое распространение исторического фонда культуры, поддерживать интерес к созданным на протяжении всей истории народов литературным памятникам, произведениям искусства, обычаям, обрядам, а также формировать и развивать качества и характеристики, составляющие содержание экологического сознания и самосознания [4].

Итак, межэтнические различия в поликультурном пространстве определяются исторически сложившейся иерархией в системе ценностных ориентаций разных народов. Главными факторами этнокультурной идентичности являются: социально-исторический фактор, эколого-хозяйственный фактор, язык и религия. Именно выделение данных основ этничности помогает осмыслить проблему этнокультурного сознания, с учетом детерминирующей роли общества, культуры и семьи.

Формирование этнокультурного человека, сочетающего в себе системные знания в области традиций и обычаев, национальной культуры, а также позитивное эмоциональное отношение к ней, гармоничное национальное самосознание, ориентацию на этнокультурные духовные ценности, толерантность и способность к межэтническому диалогу, возможно лишь при функционировании традиционной системы семейного воспитания.

Список литературы:

1. Барбашин М.Ю. Инситуциональная теория этничности // Этнографическое обозрение. – 2016. - №3. – С.112-124
2. Очирова О.А. Образовательная и экологическая культура бурят: целерациональный и ценностно-рациональный опты жизнедеятельности // Вестник ВСГУТУ. 2013. №5 (44). С. 172-176.
3. Очирова О.А. Ценностно-рациональный опыт жизнедеятельности и экологическая культура бурят // Культура жизни и жизнь в культуре. -Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2013. -С. 113-115.
4. Петрова А.А. Социокультурные основания этнической идентичности в условиях глобализации // Вестник ВСГУТУ, №2, 2015г. – С. 183-187
5. Ostrom E. Background on the Institutional Analysis and Development Framwork// Policy Studies Journal. 2011. Vol.39 (1). P.7-27

УДК 37.013.42:316.624-053.2

Плиско Е.Ю., Бараник В.
Донбасский государственный педагогический университет, г. Славянск, Украина

СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

В статье рассматривается общая методика работы социального работника и педагога по социальному обеспечению и социально-педагогическому сопровождению детей с девиантным поведением.

Ключевые слова: *социально-педагогическое сопровождение.*

Plisko E., Barannik B.
Donbass State Pedagogical University, Slavyansk, Ukraine

SOCIAL SECURITY AND SOCIAL AND EDUCATIONAL SUPPORT FOR CHILDREN WITH DEVIANT BEHAVIOR

The article deals with the general methodology of the work of the social worker and teacher of social security and social-pedagogical support of children with deviant behavior.

Keywords*:social and educational support.*

На сегодняшний день очень актуален вопрос социально-педагогического сопровождения развития человека в целом. Особенно актуален вопрос социального обеспечения и педагогического сопровождения такой категории населения как дети с ненормативным поведением или дети с проявлением девиантного поведения.

Написано очень много трудов, как отечественных так и зарубежных ученых, об изучении и исследовании девиантного поведения различных возрастных групп детей. Но тематика именно социального обеспечения детей с девиантным поведением и тематика социально-педагогического сопровождения этой категории клиентов социальными работниками встречается довольно редко.

Исследователи, занимающиеся проблемой сопровождения в педагогике, рассматривают ее преимущественно с трех позиций: как процесс; как метод; как систему профессиональной деятельности специалистов.

Раскроем содержание понятия "сопровождение".

Сопровождение - есть совокупность последовательных действий, позволяющих ребенку максимально эффективно реализовать обучение и воспитание.

При подходе к сопровождению детей с проявлением девиантного поведения, как к одному из методу, понимается способ практического осуществления социально-педагогического сопровождения, обеспечивающий создание условий для принятия участниками образовательного пространства оптимальных решений в ситуациях школьного взаимодействия.

С позиции профессиональной деятельности сопровождение является объединением специалистов разного профиля, осуществляющих непосредственно сам процесс сопровождения. Иначе говоря, сопровождение выступает как комплекс, система, особая культура поддержки естественного развития детей и помощи им в решении задач воспитания и социализации.

Когда к возрастному кризису ребенка прибавляются социальные и педагогические проблемы, социальным педагогам, социальным работникам, учителям и воспитателям необходимо оказывать поддержку, защищать права ребенка, активизировать его ресурсы. Что и будет непосредственно процессом социально-педагогического сопровождения.

Так как этот процесс имеет многофункциональный характер, который обеспечивает целостное развитие личности и имеет временную протяжённость, необходимо определить комплексное сопровождение процесса развития растущего человека находящегося в сложной жизненной ситуации.

По времени, сопровождение начинается с момента попадания ребёнка (по теме нашего исследования это ребенок с девиантным поведением) в поле зрения социально-педагогических служб и заканчивается его выходом из жизненно-трудной ситуации.

Комплексный характер сопровождения заключается в том, что он включает в себя ряд взаимосвязанных и дополняющих друг друга видов деятельности команды специалистов, обеспечивающих: правовую защиту; социальную помощь; педагогическую поддержку; психологическое сопровождение индивидуального развития; социальное воспитание; обучение навыкам социальной компетентности.

При этом комплексное сопровождение ребёнка как система социально-педагогической помощи, предполагает:

- Сочетание и взаимопроникновение социального, правового и психолого-педагогического аспектов данной деятельности;
- Междисциплинарный характер согласованных подходов и командных действий педагогов с подключением специалистов из разных ведомств и служб;
- Широкий спектр различных видов деятельности, направленных как на решение актуальных проблем развития ребёнка, так и на предупреждение возникновения данных явлений;
- Особый вид помощи ребёнку и его семье в решении сложных проблем, связанных со становлением подрастающего человека не только в образовательном процессе, но в других принципиальных сферах его жизнедеятельности;
- Использование индивидуального и дифференцированного подходов в выявлении и решении проблем его личностного и социального развития.

Сопровождение - это комплексный метод, в основе которого лежит единство четырёх функций: диагностики проблемы; информации о путях возможного решения проблемы; консультации на этапе принятия и выработки плана решения проблемы; первичной помощи при реализации плана решения.

Педагогическое сопровождение (поддержка, помощь, обеспечение и защита) необходима субъекту для успешной социальной адаптации и выбора оптимальных решений в различных ситуациях, связанных с личностным, жизненным и профессиональным самоопределением.

Социальное сопровождение осуществляется с учётом того, что личность является членом сообщества, по отношении к которому педагогическое сопровождение состоит в том, чтоб подросток успешно адаптировался к условиям современного общества.

Основные направления деятельности социального работника в рамках системы социально-педагогического сопровождения детей с девиантным поведением - это оказание помощи в решении следующих проблем: формирование здорового образа жизни; личностные проблемы развития подростка; выбор маршрута личностного развития; преодоление затруднений в социальной адаптации.

Подытожив, можно сказать, что социально - педагогическое сопровождение имеет комплексный характер, основой которого является системный ориентационный подход. Что включает в себя различные направления, среди которых выделяются профилактическое и реабилитационное, которые, в свою очередь, отличаются разнообразием форм и методов, направленных на то, чтобы поставить девиантное поведение под социальный контроль.

Список литературы:

1.Воспитание трудного ребенка: Дети с девиантным поведением / под ред. М.И. Рожкова. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 240 с.
2. Клейберг Ю.А. Девиантное поведение в вопросах и ответах / Ю.А. Клейберг. – М.:НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 304 с.
3. Макартычева Г.И. Коррекция девиантного поведения. Тренинги для подростков и их родителей / Г.И. Макартычева. – СПб.: Речь, 2007. – 368 с.
4. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л.Я. Олиференко, Т.И. Шульга. - М.: Дар, 2007.- 371 с.
5. Хомич А.В. Психология девиантного поведения / А.В. Хомич. - Ростов н/Д: Феникс, 2006.- 358 с.

УДК 159.942:159.922.63

Поковба Т.П.
Науковий керівник – к.психол.н., доцент Марценюк М.О.
Мукачівський державний університет, м.Мукачево, Україна

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ЛЮДЕЙ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

В статье рассматриваются вопросы психологических особенностей емоциональной сферы людей преклонного возраста. Описываются особенности возрастных изменений емоциональной сферы, проблема эмоционального старения.

***Ключевые слова**: эмоциональноестарения, эмоции, старость, психическая дезадаптация.*

Pokovba T.P
Mukachevo state university, Mukachevo, Ukraine

THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EMOTIONAL SPHERE OF ADVANCED AGE PEOPLE

This article discusses the psychological characteristics of emotional sphere of advanced age people. It describes the features ofage changes of the emotional sphere and problems of emotional aging.

***Key words:**emotional aging, emotions, aging, psychological disadaptation.*

Зі старістю пов'язані специфічні зміни в емоційній сфері людини, які проявляються в некерованому посиленні мимовільних реакцій (сильному нервовому збудженні), схильності до безпричинного суму, сльозливості. У більшості людей з'являється тенденція до ексцентричності (дивацтва), знижується чутливість, здатність знаходити вихід зі складних ситуацій, вони часто заглиблюються у свої думки, переживання, тривоги.

Емоційна реакція особистості на настання старості може бути різною. Найпоширенішими є такі типи пристосування до неї:

- конструктивна позиція. Людина приймає старість як природне явище, як факт, що завершує ЇЇ професійну кар'єру. Вона оптимістично ставиться до життя, шукає розваг і контактів з людьми, готова допомогти їм, розсудливо сприймає наближення смерті;

- залежна позиція. Властива людям, які протягом життя не цілком довіряли собі, були слабовольними, пасивними. Старіючи, вони активно шукають допомоги, визнання, не одержуючи їх, почувають себе нещасливими;

- захисна позиція. Формується в людей з підвищеною здатністю до спротиву обставинам, ізоляції від них. Вони не прагнуть до зближення з іншими, відмовляються від допомоги, замикаються в собі, приховують свої почуття та переживання, а старість сприймають з обуренням і ненавистю;

- позиція ворожості до світу. Полягає у сварливості, схильності звинувачувати навколишніх і суспільство у своїх життєвих негараздах. Такі люди підозрілі, агресивні, нікому не вірять, не хочуть ні від кого залежати, відчувають відразу до старості, намагаються більше працювати;

- позиція ворожості до себе і негативного ставлення до свого життя. Виражається в пасивності, втраті інтересів й ініціативи, поганому настрої і фаталізмі. Такі люди почувають себе самотніми та непотрібними, а своє життя вважають невдалим. До смерті вони ставляться як до порятунку від існування [2].

Емоції - це те єдине, що завжди має залишатися молодим. Проте, з віком людські емоції набувають все більш сумний відтінок. Дитина щаслива більше, ніж підліток, підліток - більше, ніж дорослий, а той, у свою чергу, щасливіше старого. Тому в старості емоційні розлади розвиваються частіше, ніж в дитячому віці.

Незважаючи на те що в цілому люди з віком отримують все менше задоволення, емоційне старіння відбувається не паралельно зі старінням клітин. Молода людина може бути емоційно старою, а старий (літній) чоловік - молодим. Деякі молоді люди 20-річного фізичного віку в емоційному відношенні подібні старим. Зате, деякі старі люди в емоційному відношенні є молодими. Молоді люди повинні бути насторожі, щоб в емоційному відношенні не старіти передчасно.

Передчасне емоційне старіння починається тоді, коли ми захаращуємо центр пам'яті болісними переживаннями [4].

Емоції людини, згідно досліджень Б. Г. Ананьєва, - це перш за все переживання нимипевних життєвих ситуацій; їх емоційно забарвлене ставлення до дійсності і до самого себе, це сукупність почуттів, пов'язаних з оточуючими подіями.

Щодо старіння емоційної сфери, то серед вчених до сих пір не існує єдиної думки. З одного боку, виявлені біохімічні зрушення, які у міру старіння можуть більш часто проявлятися у виді депресивних і тривожних станів, а з іншого –вченими не виявлено суттєвої зміни вищих емоцій у людей літнього віку, хоча і підкреслюється поліморфізм їх емоційної характеристики.

Люди похилого віку, зазвичай, схильні до негативних емоцій, в основі яких лежать різні фізіологічні та соціально-економічні фактори. Ці реакції породжують стрес, який в свою чергу веде до зниження мозкового метаболізму. Виникає церебральна ішемія, яка прискорює загибель нейронів і підсилює ступінь психічної дезадаптації.

Провідна діяльність в старості може бути спрямована або на збереження особистості людини (підтримка і розвиток його соціальних зв'язків), або на відокремлення, індивідуалізацію і «виживання» його як індивіда на тлі поступового згасання психофізіологічних функцій. Обидва варіанти старіння підпадають під дію законів адаптації, але забезпечують різну якість життя і навіть її тривалості. У літературі найбільш повно описаний другий варіант старіння, при якому вікові зміни проявляються в якісно своєрідній перебудові організму зі збереженням пристосувальних функцій на тлі їхнього загального спаду. Ця стратегія передбачає поступову перебудову основних життєво важливих процесів і в цілому структури регуляції функцій з метою забезпечення збереження індивіда, підтримки або збільшення тривалості життя. Таким чином, «відкрита» система індивіда перетворюється в «закриту». У літературі вказується, що відносна закритість в психологічному плані контуру регуляції в старості проявляється в загальному зниженні інтересів і домагань до зовнішнього світу, егоцентризмі, зниженні емоційного контролю, «загостренні» деяких інших особистісних рис, а також в нівелюванні індивідуальних якостей особистості. Багато в чому ці особистісні зміни обумовлені обмеженістю інтересів старої людини на самій собі. Нездатність старої людини що-небудь робити для інших викликає у неї почуття неповноцінності, поглиблюються дратівливістю і бажанням сховатися, чому сприяє неусвідомлюване почуття заздрощів і провини, яке згодом переростає в байдужість до оточуючих.У цьому випадку картина емоційних переживань набуває специфічного старечого забарвлення, що є характерним для сенсорної депривації. Поступова втрата значущих глибоких соціальних зв'язків виявляється в двох найважливіших особливостях психічного життя: зниження поведінкового контролю і «виснаженні» чутливості[1].

Емоційне життя літніх людей суттєво змінюється. У них частіше виникають негативні переживання, які здебільшого пов'язані із пристосуванням до старості й наближенням смерті. Специфіка емоційної сфери людини в старості багато в чому визначається підсумком кризи, що переживається ними, в період закінчення трудової діяльності [2].

Наявність даної кризи підтверджується більшістю дослідників старості. Однак найбільш точно, на наш погляд, він розглянутий у роботі М. В. Єрмолаєва. Відповідно до неї, під час даної кризи людина усвідомлено або неусвідомлено здійснює вибір своєї стратегії старіння. Перша стратегія передбачає можливість подальшого прогресивного розвитку особистості людини. Вона здійснюється при тенденції людини як до збереження старих, так і до формування нових сфер соціальних зв'язків, що дають йому можливість відчувати свою суспільну користь. Друга - прагнення людини насамперед зберегти себе як індивіда, тобто здійснити перехід до діяльності, спрямованої на «виживання» його як індивіда на тлі поступового згасання психофізіологічних функцій. Зрозуміло, що можливість розвитку при такій стратегії обмежена. Однак більшість робіт з психології старості присвячено тільки другий стратегії старіння.

Науковці відзначають, що, на жаль, багато досліджень старості грунтуються на вивченні її через хвороби і фіксують тільки явища інволюції, залишаючи без уваги еволюційні процеси. Існує тенденція механічного перенесення даних таких досліджень на всіх літніх людей. Однак це неприпустимо. Виділені стратегії старіння занадто різні, а тому забезпечують різну якість і задоволеність життям, супроводжуються різноманітними емоціями [4].

Список літератури:
1.Краснова О.В. Социальная психология старения: Учеб. пособие для студ. ВНЗ /О.В. Краснова, А.Г.Лидерс. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 288 с.
2.Вікова психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ / Савчин М.В., Василенко Л.П. - К. : Академвидав, 2005. - 360 с.
3. Хухлаева О.В. Психология развития: молодость, зрелость, старость: Учеб. пособие для студ. ВНЗ /О.В.Хухлаева - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 208 с.
4. Эмоциональное старение естественная тенденция [Электронный ресурс]URLhttp://www.up-life.ru (дата обращения 9.11.2016).

УДК [331.107.8:140.8]:37.014.5

Поляков В.А.
Международная научная школа Универсологии, Международный Союз Академий Универсологии, г. Одесса, Украина
Колесник М. А.
Международная научная школа Универсологии, Общественный научно-исследовательский Центр универсальных технологий развития человека, Черниговский национальный педагогический университет имени Т.Г.Шевченко, г.Чернигов, Украина

СИСТЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ (СИОС) В ОБРАЗОВАНИИИ: НА ПУТИ К ИННОВАЦИОННОМУ МЫШЛЕНИЮ

В статье рассматриваются вопросы формирования причинно-системного мировоззрения на основе универсальных законов природы посредством включения в систему общественного самоуправления.

Ключевые слова: *мировоззрение, мышление, универсальность.*

Poliakov V. A.
International Scientific School of Universology, International Union of Academies of Universology, Odessa, Ukraine
Kolesnyk M. O.
International Scientific School of Universology,Public scientific research centre "Universal technologies for man's sustainable development T.G. Shevchenko National pedagogical university of Chernihiv, Ukraine

CIVIL SELF-GOVERMANT IN EDUCATION: TOWARDS INNOVATIVE THINKING

The article discusses a number of issues pertaining to the development of students' causal-systemic thinking on the basis of universal laws of nature via self-governmental activities.

Key words: *worldview, thinking, universality.*

В современное технологическое время превалирует и технологичность терминов, которая довольно часто приводит к отождествлению понятий. Например, понятие "инновационное мышление" часто ассоциируют с новейшими техническими средствами виртуального качества, которые есть порождением цивилизации на запрос времени. Насколько необходимо это делать, или же вообще опасно? Сколько настоящих идей остается на сегодняшний день не востребованными и не реализованными в силу факторов, которые обуславливают, к сожалению, не соответствующий задачам эпохи уровень нашего сознания и не развитое достаточно умение видеть причинно-следственные святи [1, 2].

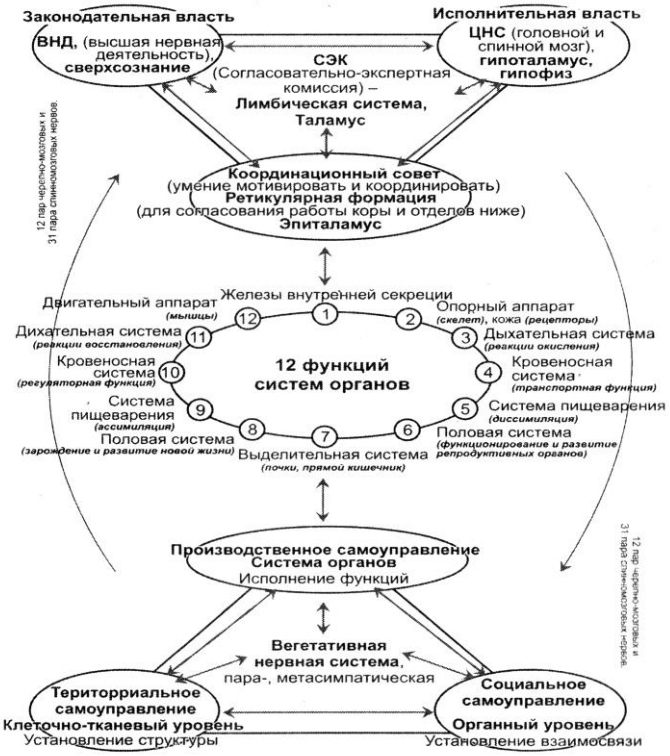


Рис.1. Модель СиОС и модель функционирования организма.

Мы знаем, что полноценное развитие происходит, когда задействованы все сферы проявления человека. Считается, что именно такая многогранность обеспечивает формирование целостного видения процессов и явлений, которые происходят в мире. Итак, точнее будет сказать, что инновационное мышление скорее следует связать с многогранностью проявления, с ярким самовыражением в творчестве и коллективном сотрудничестве, рождением ценностей и целей своего развития, видением своего образа будущего. От такой позиции следует перейти к универсальности построения любой системы жизни и увидеть целесообразность системного мышления, которое будет отображать суть причинно-следственных связей в системах "человек - природа - общество", "человек - природа - вселен-

ная". Таким образом, в основе развития мышления нового времени (как отображение изменений научной парадигмы нового времени) должно стать понимание цельности иерархических и синергетических связей [4], чтобы в прогрессе цивилизации мы не стали отвечать концептуальной метафоре, которая доминирует в картине мира, присущей сегодня человечеству на манер Ламетри "человек-машина" и не превратились в "человек-компьютер", а все же реально оценили значение слова "духовность" в повседневной и обычной работе над самим собой, когда эволюция сознания человека и развитие виртуального мира не являются тождественными понятиями.

В этой связи возникает необходимость рассмотреть подробнее ту среду, в которой возможна эволюция сознания человека, а значит – его развитие. Подобной эволюционной средой будет являться система общественного самоуправления (СиОС), как изначально задающая параметры развития и предлагающая эволюционные стимулы в коллективной стратегии во взаимодействии человека с миром. Сегодня важно увидеть необходимость в новых образовательных программах, которые бы открыли способность и инициативу личности в поиске нестандартных решений в системе коллективного, общественного и международного творчества, сотрудничества [3]. Низкая эффективность СиОС обуславливается именно отсутствием таковых.

Для демонстрации процессов СиОС обратимся к естественным наукам [3]. В эволюции систем жизни природу «интересуют» не конфликты, а само развитие, поскольку, по закону иерархичности, развитие больших систем жизни будет стимулировать развитие меньших, которые в них включены, и наоборот. Если конфликты, которые можно рассматривать как влияние изменяющихся факторов среды на живые организмы, приводят к развитию, т.е. стимулируют его, то это есть эволюционно значимым. В эволюционной биологии существует понятие - эффект бутылочного горлышка. **Эффект бутылочного горлышка** - сокращение генофонда (т.е. генетического разнообразия) популяции вследствие прохождения периода, во время которого по различным причинам происходит критическое уменьшение её численности, в дальнейшем восстановленное. Популяция организмов в буквальном смысле «проходит» через «бутылочное горлышко», активно адаптируясь и вырабатывая эффективные в сложившихся условиях среды качества.

Согласно теории пульсирующей Вселенной создается стимул к преодолению зависимости от условий, которые сложились, т.е. внутренняя благоустроенность системы (снижение энтропии) в процессе ее развития. Упорядоченность вызывает повышение внешней активности (энтальпии), и возникает феномен интеграции, который приводит к образованию нового уровня энергии развития. Если рассмотреть физику явлений, то снижение энтропии и повышение интеграционных процессов приводит к повышению теплоотдачи, а значит – возрастающему излучательному эффекту (повышению энтальпии).

На сегодняшний день есть необходимость говорить о понимании вхождения в большую систему жизни, об общечеловеческих ценностях, потому стоит вопрос организации системы непрерывного образования (СНеО). Поскольку существует неразрывность СНеО и СиОС, то при внедрении модели СиОС мы сможем наблюдать процесс, когда будет стимулироваться творчество личности. Это возможно только при условии включения самой личности в систему СиОС.

Таким образом, человек достигает определенной степени системного миропонимания, иначе говоря - формируется его причинно-системное мировоззрение и системно-логическое мышление. В этом и заключается эволюционное значение модели СиОС – как аналогия стремления к интеграции (самоорганизации) всех живых систем (рис.1).

В частности СиОС раскрывает условия практической деятельности человека, который не замыкается только на фазе познания (постоянный анализ), а переводит эти знания в практику, как пример применения знаний (синтеза). Так формируется новое видение лидера в новом времени - лидера положительных изменений, что является лидером совершенно иного качества. Таким образом, мы получаем эволюционный продукт СиОС. Возвращаясь к изначальной проблеме определения инновационности мышления, стоит говорить об обновлении прежде мировидения, а точнее – его полный переворот от прагматично-технического направления на духовно-мировоззренческое, где инновацией бы считалась инициатива человека в его взаимодействии с миром, а не пассивное состояние наблюдателя виртуальной «действительности».

Список литературы.

1. Поляков В.А. Гносеология релятивизма и теория относительности сознания / В.А.Поляков. – М.: НИИ ЦПиФИ, 1999. – 108с.
2. Поляков В.А. Моделирование системы общественного самоуправления. – Минск: ВЭВЭР, 2000. – 172с.
3. Поляков В.А., Колесник М.А. Причинно-системный биогенез: монография. – Кировоград: ТОВ «Полиграф-Сервис», 2016. – 144 с.
4. Пригожин И., Стенгерс И. Время, хаос, квант: К решению парадокса времени / И.Пригожин, И.Стенгерс – М.: Прогресс, 1994. – 265 с.

УДК159.98:37.015.324-057.874

Понкратьева И.Г., Чирикова А.С.
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

ПСИХОДИАГНОСТИКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ

В статье рассматриваются проблемы дезадаптации детей младшего школьного возраста в современной образовательной школе.

Ключевые слова: *школьная дезадаптация, психодиагностика, учащиеся младших классов, уровень мотивации к учебной деятельности*

Ponkratjeva I.G., Chirikova A. S.
Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

PSYCHOGNOSIS OF SCHOOL DEADAPTATION OF PUPILS

The article considers problems of deadaptation of children of elementary-school age in modern education school.

Key words: *school deadaptation, psychognosis, pupils of elementary-school age, level of motivation to learning activity.*

В современной образовательной школе вопрос о влиянии мотивации учения на уровень школьной дезадаптации без преувеличения может быть назван центральным, так как мотив является источником деятельности и выполняет функцию побуждения и смыслообразования. Младший школьный возраст благоприятен для того, чтобы заложить основу для умения, желания учиться, т.к. современные ученые считают, что результаты деятельности человека на 20-30 % зависят от интеллекта, и на 70-80 % – от мотивов[1].

Деятельность без мотива или со слабым мотивом либо не осуществляется вообще, либо оказывается крайне неустойчивой. От того, как чувствует себя учащийся в определенной ситуации, зависит объем усилий, которые он прилагает в своей учебной деятельности. Поэтому важно, чтобы весь процесс обучения вызывал у ребенка интенсивное и внутреннее побуждение к знаниям, напряженному умственному труду[3].

С целью изучения уровня мотивации учащихся младших классов к учебной деятельности нами была проведена методика для определения школьной мотивации Н.Г. Лускановой. Данная методика состоит из 10 вопросов, на которые должен ответить учащийся. За каждый ответ ученика выставляется оценка, в итоге оценки суммируются, и по количеству баллов определяется уровень школьной мотивации[2].

В исследовании приняли участие 30 учащихся 1 класса в возрасте 6-7 лет. Результаты проведенного исследования показали, что высокий уровень мотивации к учебной деятельности наблюдается у 4 учащихся (13%), хороший уровень – у 7 человек (23%), положительное отношение к учебе проявляют 10 человек (35%), у 5 человек (16%) наблюдается низкий уровень школьной мотивации, у 4 учащихся (13%) – негативное отношение к школе, школьная дезадаптация.

Результаты исследования можно представить в виде диаграммы, представленной на рисунке1:

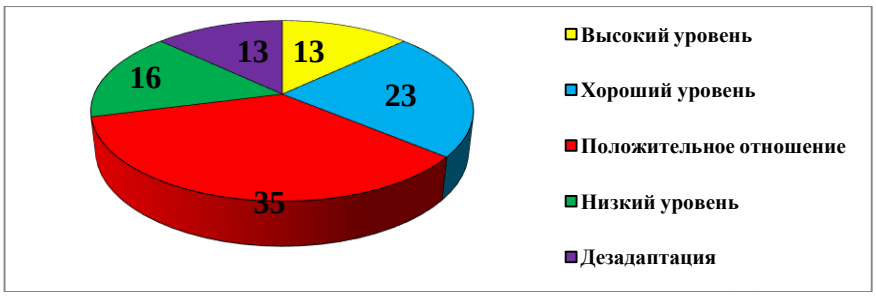


Рисунок 1 – Уровни мотивации учащихся к учебной деятельности (%)

Из рисунка 1 видно, что у 13% учащихся ярко выраженными являются познавательный мотив, стремление наиболее успешно выполнять все предъявляемые школой требования. Ученики четко следуют всем указаниям учителя, добросовестны и ответственны, сильно переживают, если получают неудовлетворительные оценки. 23% учащихся успешно справляющихся с учебной деятельностью. 35% учащихся проявляют положительное отношение к школе, но школа привлекает таких детей внеучебной деятельностью, такие дети достаточно благополучно чувствуют себя в школе, однако чаще ходят в школу, чтобы общаться с друзьями, с учителем. Им нравится ощущать себя учениками, иметь красивый портфель, ручки, тетради. Познавательные мотивы у таких детей сформированы в меньшей степени, и учебный процесс их мало привлекает. 16% учащихся посещают школу неохотно, предпочитают пропускать занятия. На уроках часто занимаются посторонними делами, играми. Испытывают серьезные затруднения в учебной деятельности. Находятся в состоянии неустойчивой адаптации к школе. У 13% учащихся наблюдается школьная дезадаптация. Такие дети испытывают серьезные трудности в обучении: они не справляются с учебной деятельностью, испытывают проблемы в общении с одноклассниками, во взаимоотношениях с учителем. Школа нередко воспринимается ими как враждебная среда, пребывание в которой для них невыносимо. Часто плачут, просятся домой. В других случаях ученики могут проявлять агрессию, отказываться выполнять задания, следовать тем или иным нормам и правилам. Часто у подобных школьников отмечаются нервно-психические нарушения.

Таким образом, у большинства учащихся младших классов (71%) наблюдается высокий и хороший уровень мотивации к школе, положительное отношение к учебе, что свидетельствует об успешной адаптации учащихся к школе, о присутствии познавательных мотивов и заинтересованности к учебной деятельности. Однако у 13% учащихся наблюдаются признаки школьной дезадаптации.

С целью определение уровня дезадаптации учащихся 1 класса нами использовалась методика определения уровня дезадаптации учащихся первого класса Л.М.Ковалевой, Н.Н.Тарасенко. Методика состоит из 46 утверждений, 45 из которых касаются возможных вариантов поведения ребенка в школе, а один – участия родителей в воспитании.

В исследовании принял участие учитель 1 класса, так как данная методика адресована учителям начальной школы. Учитель оценивал поведение 5 учащихся 1 класса с разными уровнями успеваемости: высоким, достаточным, средним, удовлетворительным и низким.

Результаты вычисления коэффициента дезадаптации показали, что 2 учащихся (40%) имеют нормальный уровень школьной дезадаптации, 1 учащийся (20%) – средний уровень. Серьезная степень школьной дезадаптации наблюдается у 2 человек (40%). Результаты представлены на рисунке 2.

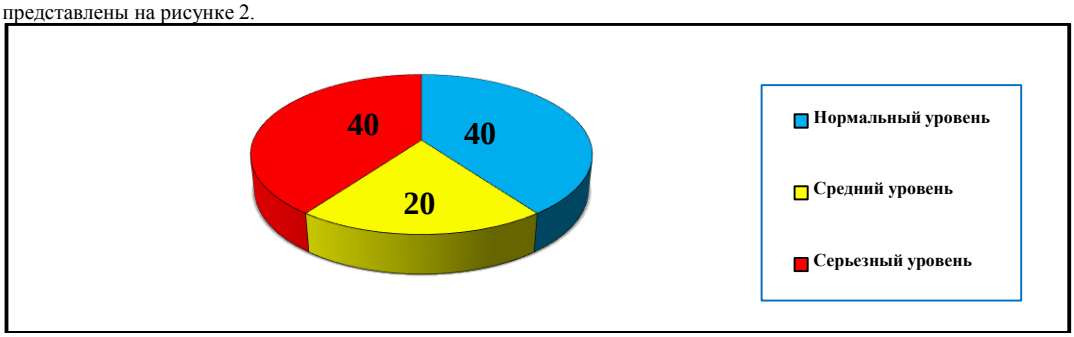


Рисунок 2 – Уровни школьной дезадаптации (%)

Анализ полученных результатов показывает, что нормальный уровень школьной дезадаптации наблюдается у учащихся с высоким и достаточным уровнями школьной успеваемости, средний уровень – у учащихся со средним уровнем успеваемости. Серьезная степень школьной дезадаптации наблюдается у учащихся с удовлетворительным и низким уровнями школьной успеваемости.

Таким образом, на проявление и развитие школьной дезадаптации оказывает влияние уровень мотивации к учебной деятельности, уровень успеваемости учащихся 1 класса, а также снижение уровня школьной мотивации служит показателем школьной дезадаптации учащегося, а его повышение – признаком положительной динамики в обучении и развитии ребёнка, что соответствует более лёгкой адаптации.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что адаптированными к школе является 71% учащихся, принявших участие в исследовании. Это позволяет им чувствовать себя комфортно в школьной среде. Такие учащиеся положительно относятся к школе, предъявляемые требования воспринимают хорошо, учебный материал усваивают легко, внимательно слушают указания и объяснения учителя. 29% учащихся отрицательно относятся к школе, у них часто возникают жалобы на нездоровье, доминирует подавленное настроение, учащиеся нарушают дисциплину, объясняемый учителем материал усваивают фрагментарно.

Результаты исследования показывают, что мероприятия по профилактике школьной дезадаптации учащихся младших классов является очень важным направлением в работе учреждения образования.

Список литературы:

1. Османова, Г.А. Стойкая школьная дезадаптация и ее преодоление // Журнал «Известия ДГПУ – Сер. «Психолого-педагогические науки». – Махачкала, 2010. – № 4. – С. 68-74.
2. Хрипкова, А.Г. Адаптация организма школьников к учебным и физиологическим нагрузкам – М.: Педагогика, 2003. – 326 с.
3. Чиникайло, С.И. Психолого-педагогическое сопровождение адаптации младших школьников – Мн., БГМУ, 2005. – 56 с.

УДК 377.5

Попов Т., Михайлова Ц., Гаров С.
Медицинский университет Софии, Болгария

АРТ-ТЕРАПИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

В последние годы арт-терапия в социальной сфере появляется в качестве новой специальности и является одним из самых надежных средств для эффективной работы

Ключевые слова: *социальная работа; ресоциализация; Арт-терапия*

Popov T., Mihaylova T., Garov S.
Medical University of Sofia, Bulgaria

ART THERAPY IN SOCIAL

In recent years, art therapy in the social sphere will appear as a new specialty and is one of the most reliable means for effective work

Keywords: *social work; resocialization; Art Therapy*

Новые тенденции в сфере труда в образовательных учреждениях на основе гуманизации образовательного процесса исключают насилие и наказание, а такое деперсонализацию лица под каким-либо номером.

Основная цель образовательной деятельности состоит в ресоциализации и преодолении вредных привычек, искажения характера и поведения, на основе развития новых отношений, качеств личности и поведенческих навыков.

В начале XXI века арт-терапия или лечение через искусство по праву считается уникальным явлением. Время, когда все больше людей нуждаются в комплексном лечении. Не только в лечении в истинном смысле, но в широком спектре профилактических мероприятий, в поиске и в эффективном внедрении новых и альтернативных форм и средств действий, направленных на улучшение их физического и психического здоровья.

Первоначально арт-терапия возникает как терапевтическое средство, особенно по отношению к психиатрическим пациентам. Постепенно она расширяет круг и сферы клиентов (больных и здоровых лиц), которые подвергаются арт-терапевтическому воздействию через формы и техники того или иного вида искусства. Становиться необходимым ее использование в качестве терапевтического и профилактического средства. Сегодня она успешно решает не только чисто медицинские, но и педагогические, психологические и социальные проблемы у некоторых отдельных лиц или групп людей. Большая эффективность обнаруживается при ее применении в лечении и реабилитационных мероприятиях, а также как корректирующее средство.

Применение различных форм арт-терапии в социальной работе имеет и прямые медицинские цели, но они подчинены общей цели воспитания - социализации и гармонизации личности. Основной целью во многих случаях является повторное приобщение лиц к условиям общественной жизни или их ресоциализация. В таких случаях существует прямая направленность на конкретные психокоррекционные и психопрофилактические задачи воспитательной работы с определенным контингентом с асоциальным поведением. Речь идет о людях с неудачной социализацией и ресоциализацией, а также с отклонениями (девиацией) поведения. Во многих случаях с проявлениями правонарушений. Такие лица, как правило, оказываются втянутыми в криминальную среду или являются бездомными. Во многих случаях у них наблюдаются известные психопатические настроения, эмоциональная нестабильность, особенности воли и характера, ряд негативных привычек как результат их образа жизни, низкий уровень образования, отсутствие образования, низкий уровень социальных и нравственных понятий. Часто наблюдается и низкое развитие интеллекта, отсутствие мотивации к обучению и работе. Кроме того, легкая внушаемость, восприимчивость к чужому (вредному) воздействию. Вот почему такими людьми легко манипулировать и часто они становятся участниками различных антиобщественных преступных действий. Во многих из этих случаев наблюдается деградация личности и маргинализация. Это показывает, что грань между хулиганским поведением, агрессией и насилием, вымогательством и совершением преступления слишком узка. Часто у таких людей наблюдается т. наз. самоагрессия. Кроме того, проявления алкоголизма, наркомании, проституции, приобщения к различным сектам и др. В целом, большинство этих несовершеннолетних являются бездомными и кормятся попрошайничеством, воровством и проституцией.

Одна часть этого контингента попадает в воспитательные учреждения - интернаты, с целью их перевоспитания, ресоциализации и обучения, приобщения к профессии и трудовой деятельности, а также вовлечения в социальную и общественную жизнь.

Другие - отбывают наказание за совершенные преступления. Если они несовершеннолетние, то их помещают в специальные учебные заведения закрытого характера. В этих учебных заведениях воспитательная работа имеет свою специфику, соответствующую специфике контингента.

Новые тенденции в работе этих учреждений основаны на гуманизации воспитательного процесса, исключающие насилие и наказание, а также и деперсонализацию лица под каким-то номером. Основным стремлением является отношение к воспитанникам, как к личностям с их потенциалом позитивного развития. Таким образом, используются современные инструменты и методы воспитательной работы как катализаторов людей к самообразованию, самовыражению, создавая новую мотивацию, новые социальные привычки, обучая различным навыкам. Особенно важным является приобретение положительного чувства собственного достоинства, уважения к себе, уверенности в себе, эмоционального отношения и позитивного опыта. Естественно, что основной целью воспитательной деятельности является ресоциализация и преодоление вредных привычек, деформации характера и поведения на основе развития новых отношений, личностных качеств и поведенческих навыков.

Воспитательная деятельность в этих учреждениях непосредственно направлена и на приобретение целого ряда практических навыков, привычек и выявление неожиданных интересов и талантов.

В качестве чрезвычайно эффективного инструмента воспитания и перевоспитания является арт-терапия с ее разновидностями и различными областями искусства. Ее приложение помогает решать ряд проблем, связанных с психическим здоровьем воспитанников – как отдельных лиц, так и групп. Так как мы знаем, что у многих из наших клиентов граница между клиническими и воспитательными проявлениями (в поведенческом плане) часто относительна и едва заметна. Доказано, что для людей с определенными психическими расстройствами, невротическими и психическими заболеваниями и ненормальным поведением арт-терапия является особенно эффективной и хорошо применимой. Ее приложение приводит к ряду положительных результатов в психическом состоянии и стабилизации поведения клиента. В воспитательных учреждениях также встречаются люди с определенными функциональными расстройствами нервной системы, с невротизацией, с явными особенностями темперамента и характера. Поэтому, в таких случаях арт-терапии наряду с образовательными и социальными аспектами, служит и в медицинских целях или, по крайней мере, для профилактики здоровья. Это проистекает из социальных проблем в обществе и ряда неудач в развитии и судьбе многих молодых людей и несовершеннолетних.

В последние годы арт-терапия появляется в социальной сфере в качестве новой специальности и, как представляется, является одним из самых надежных средств эффективной работы.

Существует утвержденный опыт работы с заключенными, наркоманами, алкоголиками, маргиналами, бедными, безработными, бездомными мужчинами и женщинами, а также – опыт социальной работы с беженцами в различных регионах мира, живущими в лагерях; с людьми, находящимися в экстремальных ситуациях, переживших стихийные бедствия, насилие, человеческие трагедии и многое другое.

Обычно, по разным причинам – объективным и субъективным, контакты с такими людьми осуществить очень трудно. Было установлено, что с помощью искусства и участия отдельных лиц в различных формах творчества эти барьеры преодолеваются спонтанно и создают условия для социальных сетей и педагогического взаимодействия. Существующие контакты между педагогом (социальным работником, арт-терапевтом) и соответствующим индивидом расширяются и при общении, и при позитивных взаимоотношениях с другими товарищами по группе. Таким образом, создаются естественные группы для терапевтической и социальной работы при помощи различных арт-терапевтических средств и форм.

Основными принципами при использовании арт-терапии для данного контингента клиентов являются: вера в собственные силы и возможности для положительного развития и право на выбор деятельности. Таким образом, в большинстве случаев, мы стремимся к выявлению определенных наклонностей и даже талантов. Это определяет использование различных форм арт-терапевтической деятельности, акцентируя на использовании различных жанров: изобразительного искусства, прикладной деятельности, терапии музыкой, литературного творчества, движений и танца, а также многого другого.

Участие индивидов в различных формах художественного творчества (в учебных заведениях – в секциях по различным искусствам) является чрезвычайно эффективным средством неформального общения с произведениями искусства и оказывает целенаправленное положительное влияние на психику и поведение этих лиц. Главное, оно подчеркивает важность эмоциональных стимулов и состояний, которые вызывает искусство и положительных переживаний и чувств, которые вызывают занятия индивидов художественной деятельностью.

Использование средств искусства в воспитательной работе обеспечивает связь между эмоциональными переживаниями, познавательной деятельностью и социальной компетентностью.

Список литературы:

1. Практикум по арт-терапии, под ред. А. Копытина, Санкт-Петербург, 2000г.
2. Попов Т., Терапия и профилактика чрез изкуство, София, 2004, стр. 154-162

УДК 316.61

Попов Е.В., Лагойда Н.Г.
Бурятский государственный университет, г. Улан-удэ, Россия

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В статье анализируется роль трудовой деятельности в социализации лиц с интеллектуальной недостаточностью. Представлены данные социологического исследования на базе автономного учреждения социального обслуживания «Баргузинский психоневрологический интернат».

***Ключевые слова**: лица с интеллектуальной недостаточностью, социальные учреждения психоневрологического профиля, трудовая деятельность*

Popov, E.V., Lagojda N.G.
Buryat state university, Ulan-ude, Russia

WORK AS A FACTOR OF SOCIALIZACII PERSONS WITH INTELLECTUAL INSUFFICIENCY

the article examines the role of work in socialization of persons with intellectual insufficiency. The data of sociological research on the basis of autonomous social service agencies "barguzin psychoneurological boarding house.

***Keywords:** persons with intellectual insufficiency psychoneurological profile, social institutions, work.*

По данным федеральной службы государственной статистики на начало 2015 года в российской федерации зарегистрировано 65,1 тыс. Человек с интеллектуальной недостаточностью.[1] численность инвалидов с интеллектуальными и психическими отклонениями среди населения страны неуклонно возрастает.

В республике бурятия на начало 2013 года количество лиц с интеллектуальной недостаточностью составляло 3055 человек, в 2014 году 2966, а в 2015 году уже 3296 человек. [2] из этого следует, что количество лиц с интеллектуальной недостаточностью в 2015 году по сравнению с 2013 годом выросло на 241 человек, а по сравнению с 2014 годом на 330 человек.

Психоневрологические интернаты, как учреждения реабилитационного типа, могут и должны осуществлять пролонгированную социализацию лиц с интеллектуальной недостаточностью, начало которой положено в детских домах-интернатах. В социализации лиц с интеллектуальной недостаточностью, находящихся в стационарных учреждениях психоневрологического профиля, трудовая занятость играет особо важную роль. Социализирующая особенность труда отражается в вовлечение лиц с интеллектуальной недостаточностью в трудовую деятельность наряду с развитием моторики и подчинено задачам развития интеллекта и общего психического развития, накоплению и расширению социального опыта.

Трудовая деятельность как один из путей социализации лиц с интеллектуальной недостаточностью, в связи с этим приобретает особую значимость. В процессе труда одновременное «включение» интеллектуальных предпосылок и моторики, занятие осознанной, результативной деятельностью формирует личность, воздействует на ее социализацию, проторяет путь к интеграции инвалидов в общество[3].

Актуальность исследования определяется также характерным для всего мира процессом гуманизации отношений между всеми элементами социальной структуры общества. Поэтому создание оптимальных условий для успешной социализации данной категории граждан является важнейшей социально-экономической и политической задачей всех государственных и общественных структур.

Результаты нашего исследования будут способствовать совершенствованию социализации лиц с интеллектуальной недостаточностью на основе инновационных подходов, адекватных современному состоянию социальной науки и социальной практики.

группа инвалидов, изученная в ходе исследования, представляет собой совокупность лиц с задержкой интеллектуального развития, что выражается в недоразвитости мышления, памяти, внимания, статодинамических функций. Эти явления в значительной степени ограничивают жизнедеятельность инвалидов и предполагают необходимость приложения определенных усилий для их социализации и интеграции в общество.

среди изученного в ходе исследования контингента лиц с интеллектуальной недостаточностью преобладали лица молодого возраста, большая часть общего контингента (74,3%).

установлено, что трудовые навыки у лиц с интеллектуальной недостаточностью формируются медленно, и, тем не менее, отмечается постоянное наращивание способностей самостоятельно выполнять трудовые операции с увеличением длительности пребывания .

Специально проведенный анализ отдельной группы инвалидов, находящихся в баргузинскомском психоневрологическом интернате (168 чел.) И постоянно участвующих в трудовой деятельности, показал, что если при небольшом сроке пребывания (до 3-х лет) 51,9% инвалидов нуждались в помощи при выполнении трудовых операций, то при длительности пребывания инвалидов в этом учреждении - до 10 лет число этих лиц снизилось до 22,2%.

Эффективность овладения трудовыми навыками зависит не только от продолжительности пребывания больных в психоневрологическом интернате, но и от их социализирующих мероприятий, которые проводятся в этом учреждении.

В процессе занятия трудовой деятельностью у лиц с интеллектуальной недостаточностью формируются мотивы участия в труде: желание быть в коллективе, возможность общения, привлекательность труда, моральное поощрение, материальное вознаграждение и др.

Изучение обследованных лиц с интеллектуальной недостаточностью с этой точки зрения в различных возрастных группах показало, что у инвалидов молодого возраста первое ранговое место занимает соревновательный мотив (97,5% ответов), второе (96,7%) - возможность общения. Примерно в равной степени отмечены и другие социально-значимые мотивы: материальное вознаграждение (93,1%), поощрение (92,8%), привлекательность труда (92,3%).

Полученные данные отражают эффективность, результативность социализации, проводимой в психоневрологическом интернате, и свидетельствуют о необходимости дальнейшего вовлечения инвалидов в трудовую деятельность.

Для лиц с интеллектуальной недостаточностью, находящихся в стационарных учреждениях психоневрологического профиля, трудовая занятость играет особо важную роль с точки зрения их социализации. Пребывание этой категории инвалидов в интернатном учреждении делает невозможным получение доступа к полноценному общению со здоровым окружением. Особенности стационарного учреждения заключается еще и в том, что в нем крайне беден выбор видов трудовой занятости и проведения досуга. Общение ограничивается контингентом больных (инвалидов) с психическими расстройствами. Все это при условии длительного, многолетнего пребывания лиц с интеллектуальной недостаточностью в такой обстановке сдерживает их психическое развитие. В связи с этим встают задачи обращения к трудовой занятости данной категории инвалидов с учетом возможностей социализирующего воздействия труда.

Список литературы:
1. Федеральная служба государственной статистики 2015 год: [электронный ресурс] www.gks.ru (дата обращения :16.12.2015)
2. Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по республики бурятия 2015 год: [электронный ресурс] www.burstat.gks.ru (дата обращения: 26.12.2015)
3. Жигарева н.п. особенности трудовой реабилитации инвалидов в психоневрологическом интернате // н.п.жигарева. Психология инвалидности: хрестоматия / сост. О.в. краснова. – м. : мпси; воронеж : модэк, 2011. – с. 326–336.

УДК 369 (476)

Приходько Ф.С.
Белорусская государственная сельхозакадемия, г. Горки, Беларусь

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СПАДА

В статье анализируется социальная политика в условиях экономического спада: рынок труда и занятость; поддержка семьи; пенсионное обеспечение; социальное обслуживание населения.

***Ключевые слова**: безработица, трудовая занятость, пенсия, социальная защита, социальная политика.*

Prihodko F. S.
Belarusian state agricultural academy, Horky, Belarus

ABOUT SOME FEATURES OF SOCIAL DEFENCE OF POPULATION OF BELARUS IN THE CONDITIONS OF CUTBACK OF ECONOMIC ACTIVITY

In the article social politics is analysed in the conditions of cutback of economic activity: labour-market and employment; support of family; pension system; social maintenance of population.

***Key words:** unemployment, employment, pension, social protection, social policy.*

В настоящее время Беларусь сталкивается с серьезными вызовами, связанными с проявлениями экономического кризиса в стране. Так, если в 2010 году белорусский ВВП вырос на 7,7 %, в 2011 – на 5,5, в 2012 – на 1,7, то в 2014 году – только на 1,6 %. В 2015 году в Беларуси этот показатель уже снизился на 3,9 %. Продолжил он падение и в 2016 году. Ситуация в сфере занятости и безработицы изменилась. Значительно увеличилось количество обращений в службу занятости за содействием в трудоустройстве. Следствием экономического спада стал также рост вынужденной неполной занятости на производстве.

Белорусское государство предпринимает определенные усилия, чтобы поддержать нуждающихся нетрудоспособных граждан, а также тех, кому по объективным причинам трудно справиться самостоятельно со сложившимися тяжелыми обстоятельствами. В стране создана и функционирует система содействия занятости не только для безработных, но и для всего населения. Она действует, опираясь на сформированный Общереспубликанский банк вакансий, включающий сведения о наличии вакансий у нанимателей. Налажено обучение безработных: ежегодно службой занятости направляется на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации около 10 тыс. безработных. Это привело к некоторым положительным сдвигам. Уровень зарегистрированной безработицы на конец сентября 2016 г. составил 0,9 процента к численности экономически активного населения (на конец сентября 2015 г. – 1 процент). Коэффициент напряженности на рынке труда республики снизился с 1,6 на 1 октября 2015 г. до 1,1 безработных на одну вакансию на 1 октября 2016 г.

Однако в сложившихся обстоятельствах нужны более решительные меры. Отвечающим ситуации решением был бы пересмотр программы помощи по безработице. В частности, назрело повышение пособия по безработице до 100-150% прожиточного минимума. На сегодняшний день бюджет прожиточного минимума в среднем на душу населения составляет около 1,5 млн. рублей, в то время как пособие по безработице – 400 тысяч рублей. Это значит, следует увеличить пособие по безработице с 20 до 200 долларов, что поддержит наиболее уязвимые группы безработных, особенно в малых городах и сельской местности.

Предусмотрены меры поддержки малому и среднему бизнесу. Определены формы и порядок содействия службой занятости безработным в организации предпринимательской и ремесленной деятельности. Особая значимость сегодня придается работе с нанимателями. Стимулируются те, кто создает новые рабочие места для трудоустройства граждан.

Традиционно приоритетом социальной политики государства выступает семья. Меры поддержки семей с детьми постоянно совершенствуются. Кардинально новая – семейный капитал – введена с 1 января 2015 года Указом Президента Республики Беларусь [1]. Теперь при рождении (усыновлении) третьего или последующих детей семья приобретает право на получение безналичных денежных средств в размере 10 000 долларов. Государством оказывается поддержка семьям, осуществляющим строительство или реконструкцию жилья. Молодым и многодетным семьям оказывается финансовая поддержка в погашении задолженности по не льготным кредитам, выданным банками на строительство (реконструкцию) или приобретение жилья, при наличии троих и более несовершеннолетних детей – в размере 50 бюджетов прожиточного минимума. Молодые семьи, имеющие двоих несовершеннолетних, имеют право на получение льготных кредитов на строительство (реконструкцию) или приобретение жилых помещений. Молодым семьям, имеющим двоих несовершеннолетних детей, проценты за пользование этими кредитами в течение срока их погашения установлены в размере 5 процентов годовых. Молодым семьям при рождении (усыновлении, удочерении) первого и (или) второго ребенка предоставляется финансовая поддержка государства в погашении задолженности по льготным кредитам в следующих размерах: при рождении (усыновлении, удочерении) первого ребенка – 10 процентов от суммы задолженности по выданным кредитам; при рождении (усыновлении, удочерении) второго ребенка – 20 процентов от суммы задолженности по выданным кредитам.

Поэтому не случайно в 2015 году в Беларуси достигнут самый высокий показатель рождаемости за всю суверенную историю – на свет появилось более 119 тыс. детей. Важнейшей задачей предстоящего пятилетия остается дальнейшее развитие семейной политики, строящейся на поддержке государства, с одной стороны, и активной позиции семьи – с другой.

Сегодня в Беларуси пенсии выплачиваются более 2,5 млн. человек, из них свыше 80 % – это пенсионеры по возрасту. Размеры пенсий поддерживаются на социально приемлемом уровне, соответствующем финансовым возможностям государства. Удельный вес расходов на выплату пенсий в последние годы составляет порядка 10 % ВВП. Своевременность и полнота социальных выплат нуждающимся государством обеспечиваются. При этом необходимо ограничить возможности для реализации иждивенческих установок. Принимаемые в последние годы меры позволяют на практике реализовать принцип, что пенсия должна зарабатываться. Так, постепенно усиливается зависимость пенсии от стажа. В частности, в 2014 и 2015 годах минимальный период работы с уплатой обязательных страховых взносов для назначения трудовой пенсии увеличен с 5 до 15 лет. Для тех, кто не имеет стажа, возраст для обращения за социальной пенсией повышен на 5 лет [2, с. 54-55].

В современных условиях экономического спада возрастает роль системы государственной адресной социальной помощи (ГАСП). Единовременные социальные пособия предоставляются семьям (гражданам), оказавшимся по объективным причинам в трудной жизненной ситуации, нарушающей нормальную жизнедеятельность, при условии, что их среднедушевой доход составляет не более 1,5 величины бюджета прожиточного минимума. Назначается один раз в течение календарного года.

Неотъемлемой частью социальной защиты населения страны является система социального обслуживания. Благодаря ей нуждающиеся нетрудоспособные граждане с учетом индивидуальных потребностей могут быть обеспечены доступными социальными услугами. На учете в 146 территориальных центрах социального обслуживания населения Беларуси состоит около 1,8 млн. граждан, более 18 тыс. наших пожилых сограждан проживает в 80 домах-интернатах для престарелых и инвалидов [2, с. 56].

Целью социальной политики в Республике Беларусь в настоящий период экономического спада является создание условий, позволяющих каждому трудоспособному человеку собственным трудом и инициативой обеспечить свое личное и семейное благосо-

стояние, а нетрудоспособным и нуждающимся гражданам – тем, кто по независящим от них причинам оказался в тяжелой жизненной ситуации, обеспечить необходимую социальную поддержку.

Список литературы

1. О дополнительных мерах государственной поддержки семей, воспитывающих детей: Указ Президента Республики Беларусь, 9 декабря 2014 г., № 572 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www. pravo.by/main.aspx?guid=3961&p0=P31400572. – Дата доступа: 16. 10.2016.

2. Щёткина М.А. Поощрять сильных, защищать слабых / М.А. Щеткина // Беларуская думка. – 2015. – № 9. – С. 49–57.

УДК 377.5

Приходько Н.И., Корчуганова В.В., Крецан З.В.

Кузбасский региональный институт повышения квалификации и переподготовки работников образования, г. Кемерово, Россия

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА

В статье рассматриваются современные требования к психолого-педагогической компетентности социального педагога и некоторые пути ее совершенствования.

Ключевые слова: *психолого-педагогическая компетентность, профессиональный стандарт, социальный педагог.*

Prikhodko N.I., Korchuganova V.V., Kretsan Z.V.

Kuzbass regional Institute of improvement of professional skill and retraining of educators, Kemerovo, Russia

PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL COMPETENCE OF THE SOCIAL TEACHER

The article considers the modern requirements for psycho-pedagogical competence of the social teacher and some ways of its improvement.

Key words*: psycho-pedagogical competence, professional standard, social worker.*

Развитие системы образования РФ на современном этапе зависит от многих условий полноценной реализации его концептуальных положений, но одним из важных является готовность педагогов к изменениям, диктуемым ситуацией развития психолого-педагогических наук и в целом общества, а также социальным заказом государства.

Отсюда вытекает проблема соответствия должному уровню кадров, способных полноценно работать сегодня в образовательной системе и конкурировать на рынке труда. Задачи, поставленные Федеральными государственными образовательными стандартами общего образования возможно решать в полном объеме только высокопрофессиональным специалистам, обладающим достаточным уровнем общей образованности и специальных знаний, уровнем развития культуры, нравственности, интеллекта, творчества, социальных качеств и, конечно, психолого-педагогической компетентности.

Эти требования относятся ко всем педагогам. Но, если речь идет о социальных педагогах, акцент ставится на профессиональной компетентности в связи с неустойчивостью социальной ситуации, обострением социально-экономических проблем, социальным неравенством в образовательной сфере и другими следствиями кризиса в стране и реформ образования в России в последнее десятилетие.

Действительно, социальный педагог, грамотно и своевременно обращаясь к нормативной базе и использованию документов, соблюдает единство требований, предъявляемых к ребёнку и подростку в школе и в семье [3]. Однако, осуществляя социальную адаптацию детей учётных категорий, разрабатывая и реализуя индивидуальные программы социально-педагогической помощи и коррекции, он обеспечивает педагогическое наблюдение за содержанием воспитания и образования детей малообеспеченных и социально незащищенных слоев населения.

Не вызывает сомнений, что одной из предпосылок нарушения взаимоотношения ребёнка и подростка с окружающей средой, в том числе и школьной, называют социальное неблагополучие, которое обуславливает возникновение отклонений в психическом развитии [3]. Для того, чтобы своевременно принять меры по адаптации и осуществлению адекватной педагогической коррекции, предотвратить или смягчить эти нарушения, социальный педагог должен обладать достаточной *психолого-педагогической компетентностью* (далее – ППК).

На наш взгляд, сказанное выше подтверждает необходимость постоянного повышения уровня психолого-педагогической компетентности социального педагога. Согласно разработанным Профессиональным стандартам (далее – профстандарт) профессиональная успешность определяется ориентацией должностного лица на получение знаний, использование новых технологий, наличием активной жизненной позиции, умением проектировать свою профессиональную деятельность.

Сегодня профессиональный стандарт «Педагог», охватывая педагогическую деятельность в сфере образования, содержит описание функций педагога, требования к ППК и прочие характеристики [2]. В настоящее время на сайте Минтруда России размещен проект специального профстандарта, специалиста в области воспитания, т.е. социального педагога. И если, как указано в профстандарте, социальный педагог занимается, в первую очередь, предоставлением социально-психологической помощи семьям с детьми, оказавшимся в кризисной жизненной ситуации, то он должен обладать глубокими знаниями по педагогике и психологии. Обратимся к содержанию ППК [4].

1. Организация социально ценной деятельности среди воспитанников или учеников основывается на умении находить общий язык с детьми и подростками разных возрастных периодов; различных уровней социальной адаптации, не исключая девиантное, делинквентное, суицидальное поведение.

2. Установление нравственно здоровых и гуманных отношений определяется наличием коммуникативной культуры во взаимодействии с родителями и учителями для обеспечения психологического комфорта каждому ребенку и подростку.

3. Решение социально-психологических проблем и интеграции в социум детей и подростков из «неблагополучных» семей требует владения такими психолого-педагогическими компетенциями как, применение диагностических методик и их интерпретация; осуществление коррекционно-развивающей деятельности с учетом гендерных особенностей; проведение диагностики отклонений в функционировании «неблагополучных» семей; определение возможности проведения мероприятий по социально-психологической реабилитации.

Каждая трудовая функция – комплекс необходимых умений и навыков, в основе которых – обязательные знания нормативно-правовых документов и сформированные способности вести самостоятельно документацию по: выявлению и учету семей, находящихся в сложной жизненной ситуации; выявлению семейного неблагополучия и оценке фактов насилия в семье; определению потребности и организации психологической помощи; организации и оказанию адресных психолого-педагогических, социально-правовых и медико-социальных видов поддержки и сопровождения нуждающихся семей; оценке эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Вышеперечисленное объединяется одним понятием – компетентность. И если термин «к*омпетенция»* применительно к профессиональному образованию – *способность применять знания, умения и практический опыт для успешной трудовой деятельности,* то психолого-педагогическая компетентность социального педагога определяется как *совокупность общечеловеческих и специфических профессиональных установок, позволяющих ему осуществлять психолого-педагогическую помощь, поддержку и сопровождение* [34]. В частности, именно ППК позволяет ему справляться с непредвиденными ситуациями, возникающими во взаимодействии с детьми и родителями, разрешая которые, он способствует уточнению, совершенствованию, практическому воплощению задач развития детей и подростков, сохранению их душевного равновесия.

На наш взгляд, структура ППК социального педагога может быть представлена следующими компонентами: *когнитивный* (знания в области психолого-педагогических наук), *деятельностный* (профессиональные умения), *личностный*-профессионально-личностный (личностные качества и профессиональные ценностные ориентации). Учитывать полученные базовые знания (возрастные,

индивидуально-психологические и гендерные особенности), формировать навыки адекватной коммуникации и мн. др. учится социальный педагог в ходе практической деятельности, самообучения, «заимствования опыта», в процессе повышения квалификации (формальном и неформальном). Наиболее приемлемые пути развития ППК - это работа в методических объединениях, творческих группах, участие в психологических тренингах, ученичество и наставничество; освоение психологических технологий, школы передового опыта и взаимодействие с педагогом-психологом. Следовательно, в основе повышения ППК лежит многомерная система обучения, включающая развитие знаний, способностей и навыков в трех сферах: мышления (что я хочу знать); ощущения, мотивации (для чего я буду учиться); профессиональной деятельности и практического применения полученных знаний (что я хочу сделать). Эффективность путей развития ППК находится в прямой зависимости *от осознания* самим социальным педагогом необходимости повышения ее уровня [1].

Итак, завершая рассмотрение ППК социального педагога, хотелось бы отметить следующее. Его деятельность – сложна и многогранна, предполагает не только владение знаниями, но и творческое отношение к работе, постоянный поиск новых методов и форм работы, высокий уровень толерантности, глубокую осведомленность в психолого-педагогических аспектах. Именно это позволит ему постоянно находиться в процессе саморазвития.

Список литературы:

1. Вертилецкая И.Г. Самообразование как источник индивидуального роста педагога // [Текст] Педагогическая мастерская. - № 6. 2004. С. 19-20.
2. «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)» Приказ Минтруда России №544н от 18 октября 2013 г. [Электронный ресурс] URL: www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/129/
3. Повышение профессиональной компетентности специалистов по социальной работе [Электронный ресурс] URL: / http://studopedia.ru/7_120905_povishenie-professionalnoy-kompetentnosti-spetsialistov-po-sotsialnoy-rabote.html
4. Профессиональный стандарт специалистов области воспитания (проект) [электронный ресурс] /Режим доступа : http://irost45.ru/uploads/content/file/prof_standart_specizlist_v_oblasti_vospitania.pdf

УДК 328

Протасов Е. Т.
Бурятская *государственная сельскохозяйственная академия* **имени В. Р. Филиппова, Улан-Удэ, Россия**

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И ВЫДВИЖЕНИЕ ЖЕНЩИН В ОРГАНЫ ВЛАСТИ БУРЯТИИ В 1950 – 1980 ГОДЫ

Рассматриваются вопросы кадровой политики партийных и государственных органов власти Бурятии с учетом гендерных факторов. Выдвижение женщин в управленческие структуры являлось проявлением социальной политики государства.

Ключевые слова: *тенденции кадровой политики, женщины в органах власти.*

Protasov E.T.
Buryat state agriculturalAcademy named after V. R. Filippov, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL POLICY AND THE ADVANCEMENT OF WOMEN THE AUTHORITIES OF THE REPUBLIC OF BURYATIA IN 1950-1980 YEARS

Discusses the personnel policy of the party and State authorities of the Republic of Buryatia with a gender perspective. Advancement of women in governance structures was a manifestation of the social policy of the State.

Keywords: *trends of personnel policy, women in the organization no power.*

Формирование и становление партийных и государственных органов власти и управления страны представляют длительный период, в котором имелись как этапы усиления, так и ослабления его влияния. Начиная с 1918 – 1920 годов в РКП(б) происходит становление системы постоянно функционирующих специальных учреждений. Для 1920-х годов внутри партии характерно сосуществование двух тенденций – демократизации и бюрократизации деятельности коммунистов. Первая характеризовалась стремлением усилить роль партийного актива, коллегиальных органов партии в принятии решений. Вторая проявлялась в расширении и совершенствовании структуры партийного аппарата.

Необходимо отметить, что к концу 1920-х годов партийные органы и их аппарат постепенно сумели сконцентрировать в своих руках основные функции по управлению экономическим и социальным развитием советского общества. Основными направлениями работы являлись социально-экономическое, организаторское, идейно-теоретическое, политико-воспитательное. Для осуществления данных функций была необходима особая структура аппарата партийных органов. Иерархия организованных комитетов ВКП(б)-КПСС от районного до центрального была представлена из упорядоченной совокупности отраслевых и функциональных звеньев – комиссий, отделов, секторов, групп.

В 1930 – начале 1950-х годов принципы кадровой политики органов КПСС характеризовались сочетанием традиций и обновляющихся подходов. Работа с кадрами в довоенный и послевоенный период проводилась на основе сталинских рекомендаций о подборе, расстановке и воспитании партийных, советских работников. В концентрированном виде они были представлены в отчете XVIII съезду партии 10 марта 1939 года. Тем не менее с начала послевоенного периода проявляется укрепление аппарата органов КПСС, стремление к ослаблению хозяйственной номенклатуры. В этих целях происходит ускоренное обновление аппарата, поскольку значительная часть работников в условиях «кадрового голода» военного времени были поспешно призваны на партийную работу и уже не соответствовали требованиям мирного времени, созидательного этапа с иными задачами.

Выполняя постановление ЦК КПСС от 2 августа 1946 года «О подготовке и переподготовке руководящих партийных и советских работников» в стране образованы ряд региональных высших партийных школ и организована система девятимесячной переподготовки партийно-советских работников, пересматриваются требования к уровню образования и теоретической подготовке будущих партийных и советских работников, улучшается работа с резервом, совершенствуется работа с основной номенклатурой, повсеместно увеличивается учетно-контрольная номенклатура, отдается предпочтение местным работникам при выдвижении на партийную работу [1, С. 29]. С целью подготовки кадров городского и районного масштаба создавались партийные школы с двухгодичным сроком обучения. Из сибирских региональных центров право организации таких заведений получили города Иркутск, Томск, Кемерово, Новосибирск, Барнаул, Красноярск.

Отличительной чертой рассматриваемого периода в системе подготовки партийных кадров становится стремление соединить процесс профессионального обучения с приобретением производственных навыков. В законченном виде эта задача была сформулирована на XX съезде партии: «Необходимо перестроить подготовку кадров с тем, чтобы наряду с глубоким изучением марксистско-ленинской теории слушатели овладевали основными знаниями в области производства, а слушатели высших партийных школ помимо высшего марксистского образования получили бы практические знания в объеме техникума по одной из отраслей промышленности или сельского хозяйства» [2, С. 109].

Во второй половине 1960-х годов в основных отраслях экономики республики работало 34,5 тысячи специалистов. 12,5 тысяч из них имеют высшее и 22 тысячи – среднее, главным образом специальное образование. Из этого числа в промышленности работало около 9 тысяч специалистов – инженеры и техники различных отраслей. В сельском хозяйстве трудились около 4,5 тысяч специалистов. Это агрономы, зоотехники, ветврачи, механики и другие специальности. Самая многочисленная армия специалистов в социальной сфере – 5700 человек, что явилось проявлением социальной политики советского государства. Во многом это стало возможным в основном благодаря развитию и работе сети высших и средних учебных заведений в республике, готовивших народному хозяйству тысячи специалистов [3, Л. 4]. Поэтому имевшаяся многотысячная армия специалистов представляла резерв, откуда областная парторганизация черпала руководящие кадры для всех отраслей.

Важное значение для повышения уровня работы с кадрами имели решения майского (1966 г.) пленума Бурятского обкома КПСС, который обсудил вопрос «Об улучшении работы по подбору, расстановке и воспитанию руководящих кадров в областной партийной организации». Внося этот вопрос на рассмотрение настоящего пленума, – говорил первый секретарь обкома А. У. Модогоев в докладе, – бюро обкома исходило из того, что для успешного претворения в жизнь решений XXIII съезда партии требуется, прежде всего, серьезно улучшить работу с кадрами. Необходимо внимательно проанализировать состояние дела подбора и воспитания кадров в областной партийной организации, смело вскрыть недостатки, чтобы их быстрее устранить, поднять работу с кадрами на уровень тех требований, которые предъявляет партия [4, Л. 3]. «Вместе с тем, – отмечалось в докладе, – необходимо признать, что нынешний уровень работы по подбору, расстановке и воспитанию руководящих кадров в областной партийной организации еще не отвечает новым задачам коммунистического строительства, вытекающим из решений XXIII съезда партии. Работа с руководящими кадрами еще не стоит в центре внимания бюро обкома и райкомов партии. Бюро и отделы обкома, горкома и райкомы КПСС не всегда глубоко изучают и хорошо знают деловые и политические качества работников, не проявляют достаточной заботы о создании и систематической работе с резервом, при выдвижении того или иного работника редко советуются с первичными партийными организациями, не всегда учитывают мнение коммунистов и товарищей по работе. В результате на руководящие посты иногда поспешно выдвигаются слабые организаторы, политически незрелые и неподготовленные работники» [5, Л. 5].

Как известно, кадровая политика партии и государства была направлена на выдвижение женщин на руководящие посты и в аппарат. Это было вызвано как обстоятельствами политико-пропагандистского характера (демократизация советского общества, осуществление на практике равноправия, активизация женского движения), так и сугубо прагматическими соображениями (расширение сферы применения женского труда в условиях научно-технической революции, подготовка женщин к руководящей деятельности в особых условиях) [6, С. 14].

Женщины составляли в среднем 51 процент общей численности всех занятых в экономике, а среди специалистов с высшим и средним образованием их 62,1 процента [7, С. 64]. Увеличилось число женщин в выборных органах Советов. Это депутаты местных Советов, Верховного Совета Бурятской АССР и Верховных Советов СССР и РСФСР от Бурятии, представители в исполнительных органах власти. В табл. 1 отражены показатели каждого десятилетия в год проведения выборов республиканского парламента, формирования правительства и исполкомов всех уровней. При этом позитивная динамика проявлялась постепенно и последовательно.

Таблица 1 – Количественный состав женщин в представительных и исполнительных органах Бурятии [8], в %

Органы государственной власти	1938	1947	1955	1963	1975	1985	1990
Местные Советы депутатов	29,7	31,2	32,6	33,8	35,1	36,4	16.7
Верховный Совет Бурятской АССР	30,9	31,4	33,2	33,4	33,6	37,8	10,4
Депутаты от Бурятии в составе Верховных Советов СССР и РСФСР	18,3	19,67	19, 6	27,3	27,3	28,1	15,2
Члены Правительства	-	-	6,6	6,6	11,7	11,7	-
Заместители министров, председателей госкомитетов	9,6	12,3	17, 7	26,8	32,9	33,5	27,3
Председатели исполкомов городских и районных Советов	-	-	-	4,6	4,6	-	-

В составе партийных комитетов всех уровней доля женщин составляла 25–30 %. В стране в 1960 – 1970-х годах женщины составляли около 10 % номенклатуры, в Бурятии – 6 % [9, Л. 44] (табл. 2).

Таблица 2 – Количественный состав женщин в партийных органах Бурятии [10], в %

Наименование должностей	1938	1947	1950	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990
Секретари ОК КПСС	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
Заведующие отделами ОК КПСС	-	-	-	-	-	11,1	-	-	-	-
Первые секретари ГК, РК КПСС	-	-	-	-	-	4,6	-	4,6	4,6	-
Вторые секретари ГК, РК КПСС	4,8	6,6	4,8	4,8	9,6	9,2	9,2	13,8	13,8	12,9
Третьи секретари ГК, РК КПСС	9,6	12,7	9,6	9,6	24	28,8	33,6	38,2	41,4	38.7
Председатели исполкомов городских и районных Советов	-			-	-	4,6	4,6	-	-	-

В Бурятской АССР только Л. Ч. Нимаева в 1988 году была избрана секретарем обкома партии, а первыми секретарями райкомов в городе Улан-Удэ работали Л. В. Антонова и И. А. Антакшинова. Членами Правительства республики за весь советский период были председатель Госплана Л. Я. Егорова, руководители министерств местной промышленности и здравоохранения М. Ф. Завгородняя и Л. Д. Мадыева. Заместителями министров и председателей госкомитетов трудились 27 женщин.

Вместе с тем взятый курс на трансформацию места и роли КПСС в политической системе, передачу региональной власти Советам привел внутрипартийную кадровую политику к кризису и деградации. Отток квалифицированных функционеров из партийного аппарата в конце 1980-х – начале 1990-х годов, отсутствие мотивации к управленческой деятельности в структурах КПСС стали важными причинами ее политического завершения деятельности.

Список литературы:

1. Коновалов А. Б. Формирование и функционирование номенклатурных кадров органов ВКП(б)-КПСС в регионах Сибири (1945–1991). Автореферат дис … докт. ист. наук. Кемерово, 2006.
2. XX съезд КПСС. Стенографический отчет. Т. 1. М., 1956.
3. ГАРБ. Ф. 1. Оп. 1. Д. 7351. Л. 4.
4. Ф. 1. Оп. 2. Д. 93, Л. 3.
5. Ф. 1. Оп. 1. Д. 7351. Л. 5.
6. ЦХСД (Центр хранения современной документации). Ф. 5. Оп. 89. Д. 5.
7. Бурятская АССР за 50 лет. Статистический сборник. Улан-Удэ: Бурятское кн. изд-во, 1967. С. 64.
8. Подсчитано автором: ГАРБ. Ф. Р. 475. Оп. 6. Д. 274. Л. 76–77; Ф. 1. Оп. 2. Д. 48. Л. 23; Ф. 1. Оп. 1. Д. 10998. ЛЛ. 13–17, Д. 10859. ЛЛ. 9–20.
9. Ф. 1п. Оп. 1. Д. 7525. Л. 44.
10. Подсчитано автором: ГАРБ. Ф. 1. Оп. 1. Д. 10911.

УДК 328

Протасов Е. Т.

Бурятская государственная сельскохозяйственная академия имени В. Р. Филиппова, Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ БУРЯТИИ И ЭВОЛЮЦИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ (1960 – 1980)

Рассматриваются вопросы экономического и социального развития Бурятской АССР в условиях новой системы планирования и экономического стимулирования с учетом преобразований в системе исполнительных органов власти.

Ключевые слова: *хозяйственная реформа, органы власти и управления, экономическое развитие.*

Protasov E. T.
Buryat state agricultural Academy named after V. R. Filippov, Ulan-Ude, Russia

SOCIO-ECONOMIC DEVELOPMENT OF BURYATIA AND EVO-LUCIE EXECUTIVE AUTHORITIES (1960-1980)

Addresses the issues of economic and social development of the Buryat-skoy ASSR in the new planning system and economic incentives, taking into account the changes in the system of executive authorities.

Keywords: *economic reform, elections and governance, economic development.*

Взяв курс на намеченные экономические преобразования в 1964 – 1965 годы органы государственной власти и управления Советского государства развернули целенаправленную работу по их реализации. В сфере промышленного производства упразднялась территориальная система управления, то есть совнархозы. Руководство отраслями передавалось созданным министерствам, возрастала роль государственных комитетов. Были образованы Госкомитет по науке и технике СССР, Госснаб СССР, Госкомцен СССР. Все это создавало лучшие условия для развития научно-технического прогресса. Однако главным для промышленности оставался курс на развитие и внедрение экономических методов руководства, на самостоятельность предприятий, уменьшение административного регулирования их деятельности.

На основании постановлений Совета Министров СССР и РСФСР, а также решений Верховного Совета и Совета Министров Бурятской АССР в республике в ноябре 1965 года были вновь созданы министерства пищевой, топливной промышленности, лесного хозяйства, бытового обслуживания, управления промышленности строительных материалов и другие ведомства. На министерства и управления возлагались ответственные задачи по квалифицированному, конкретному руководству предприятиями и обеспечению динамичного развития всех отраслей производства [1, с. 530]. На бюро обкома партии и в Совете Министров республики были утверждены составы коллегий министерств [2, л.198–199].

Необходимо отметить, что в «переходный период» с января 1965 года по декабрь 1966 года было принято 19 постановлений Верховного Совета и Указов Президиума Верховного Совета Бурятской АССР, 25 постановлений и распоряжений Совета Министров республики, 7 постановлений пленумов и бюро областного комитета партии по вопросам упразднения совнархозовских структур, образованию отраслевых министерств, новых управлений, переименованию исполкомов городских и районных Советов, а также функционально-структурной перестройки региональной экономики. Названные органы власти республики приняли более 110 постановлений и распоряжений по кадровым назначениям различных должностных лиц.

Соответствующие кадровые вопросы решались также посредством рассмотрения на бюро обкома партии согласно его основной номенклатуры. Во главе вновь образованных министерств, государственных комитетов, а ранее действовавших органов исполнительной власти были утверждены опытные руководители. Это Н. Е. Медведев, М. Ф. Завгородняя, Н. И. Бизюкин, В. Б. Саганов, Н. В. Бутуханов, Л. Д. Мадыева, С. С. Дмитриев, В. Ф. Лысов, И.Д. Черняков, В. А. Волкови С. Ф. Иванов (КГБ) [3, л. 82]. Это также относится к первым лицам производственных объединений и управлений К. А. Восканьянц (Бурятское управление строительства), Г. А. Алексеев (УКС при Совете Министров), И. И. Болдогоев (Рыбакколхозсоюз), В. Б. Танхаев (Управление снабжения и сбыта), Н. И. Миханьков (Управление строительных материалов), Ц. Д. Булдаев (Управление связи), Г. М. Бурдинский (Сибэлектромонтаж), Г. Ф. Маслов (Бурятремстрой) [4, л. 18]. В марте 1966 года в системе исполнительных органов власти республики функционировало 11 министерств, 4 государственных комитета.

Первым из предприятий на новую систему хозяйствования перешел с 1 июля 1966 года завод «Теплоприбор», затем по новой системе начали работать на Улан-Удэнской тонкосуконной фабрике, Тимлюйском цементном заводе, основных цехах ЛВРЗ, Улан-Удэнской ТЭЦ, с января 1967 года – завод «Электромашина», Улан-Удэнское отделение железной дороги, предприятия управления «Бурятэнерго». Так, завод «Теплоприбор», выпуская приборы теплового контроля и регулирования технологических процессов, внедрил хозяйственный расчет во всех цехах, участках и инженерно-технических службах, настойчиво проводил работу по совершенствованию системы внутризаводского планирования, научной организации труда, бездефектного изготовления продукции и сдачи ее с первого предъявления, внедрения технической и производственной эстетики, повышения культуры производства. Коллективу Локомотивовагоноремонтного завода за достижение высоких производственных показателей в течение 1966 и 1967 годов пять кварталов подряд вручались переходящие Красные знамена совета Министров СССР и ВЦСПС, а также Министерства путей сообщения и ЦК профсоюза работников железнодорожного транспорта [5, л. 28].

За 1966 – 1970 годы были построены и начали действовать Холбольджинский угольный разрез, новые цеха приборостроительного завода, Илькинский авторемонтный завод, Баргузинская автоматическая дизельная электростанция, завод силикатного кирпича, макаронная фабрика, молочные заводы [6, л. 6]. Продолжилось строительство Селенгинского ЦКК, Гусиноозерской ГРЭС, завода металлических мостовых конструкций. Введен в эксплуатацию малый Холбольджинский угольный разрез и начато строительство Гусиноозерской ГРЭС мощностью 1,2 млн. квт. Дальнейшее развитие получили жилищное строительство, культурно-бытовое обслуживание трудящихся, торговля, здравоохранение, наука, народное образование, печать, радио и телевидение.

Республика досрочно, 11 декабря 1970 года выполнила пятилетний план по выпуску промышленной продукции, объем которой за годы пятилетки возрос на 64,6 процента, производительность труда – на 46 процентов, прибыль – 3,6 раза. Основные производственные фонды возросли в 1,3 раза, выполнены задания по производству большинства важнейших видов продукции [7, С. 5]. Успешно выполнялись принимаемые ежегодные социалистические обязательства работников промышленной и сельскохозяйственной групп отраслей и по отдельным отраслям.

Реализация хозяйственной реформы потребовала определения правового положения министерств СССР, а также инициатива Председателя Совета Министров СССР А. Н. Косыгина обусловили внесение уточнений и дополнений в статус министерств, в основы организации и деятельности возросшего числа штабов отраслей. В Постановлении Совета Министров Союза СССР от 10 июля 1967 года «Общие положения о министерствах СССР» представлено понятие министерства и его системы, определена цель деятельности, задачи, ответственность и место министерств в системе управления [8, с. 193–203]. В документе отмечено, что министерства являются центральными органами государственного управления по осуществлению руководства соответствующей отраслью народного хозяйства, несут ответственность перед государством и народом за состояние отрасли. В качестве центрального органа они строят свои отношения с одноименными министерствами республик и подведомственными предприятиями как отношения подчиненности. Развивают отрасли с учетом деятельности и не подведомственными им предприятиями, выпускающими такую же продукцию. Каждая отрасль развивается с учетом условий комплексного развития макроэкономики. Поэтому, каждый штаб отрасли при возникновении межотраслевых вопросов должен согласовывать свои действия с другими министерствами и организациями. Новое положение предоставляло право издавать совместные министерские приказы и инструкции, а также совместные постановления. Так, например, расширилась практика принятия совместных постановлений отдельных министерств с ВЦСПС, ЦК ВЛКСМ, а также другими организациями различных уровней. Это диктовалось актуальными проблемами и задачами социально-культурного, воспитательного, мобилизационного характера и другими вопросами.

Принимая во внимание значимость рассмотренного нормативного акта, в Бурятии подготовили аналогичный документ. 6 сентября 1979 года Верховным Советом республики принят Закон Бурятской АССР «О Совете Министров Бурятской АССР» [9, с. 102], в котором нашли отражение примерно те же постановочные вопросы. Несколько ранее Совет Министров республики принял постановление от 10 сентября 1976 года № 346 «Об утверждении положения о порядке работы Совета Министров Бурятской АССР и его аппарата» [10, с. 120]. 11 марта 1970 года было утверждено «Положение об Управлении Делами Совета Министров Бурятской АССР» [11, с. 129]. Важное значение имели Закон Союза СССР «О Совете Министров СССР» 5 июля 1978 года [12, с. 131–144], Постановление Совета Министров СССР 20 августа 1987 года «О совершенствовании работы в Совете Министров СССР и структуре его аппарата» [13, с. 144–149]. Все эти правовые акты, безусловно, способствовали повышению эффективности работы исполнительных органов власти.

По мнению известного советского политика и экономиста, члена-корреспондента АН СССР и РАН В. А. Медведева «Восьмая пятилетка была, пожалуй, последним успешным периодом социально-экономического развития страны. Темпы экономического развития … оказались даже несколько выше, чем в предшествующие годы … . В дальнейшем экономическое развитие стало быстро и неуклонно ухудшаться. Два последующих пятилетних плана, включая их социальные программы, оказались сорванными. Экономическая реформа не принесла ожидаемого результата, прежде всего потому, что продолжала сохраняться старая, неэффективная модель экстенсивного развития» [14, с. 315].

Таким образом, в рассматриваемом периоде представлен плодотворный, эффективный этап советской государственности, наполненный яркими политическими и экономическими событиями и процессами. Органы государственной власти и управления вносили значительный вклад в дело становления и развития социалистической экономики и культуры, в укреплении государства, повышение благосостояния народа. Последовательность преобразований властных структур отражает общие закономерности развития Советского государства. С увеличением масштабов хозяйственного и социально-культурного строительства предъявлялись возрастающие требования к уровню управления. С корректировкой задач и функций государства в различные исторические периоды менялись и содержание деятельности государственных учреждений, стиль работы, уточнялись функции, полномочия, вырабатывались обновленные подходы управленческой деятельности. Вместе с тем отказ от решения структурных проблем в народнохозяйственном комплексе сыграл решающую роль в кризисе советской индустрии, начавшемся примерно с середины 1970-х годов.

Список литературы:

1. Очерки истории Бурятской организации КПСС. Улан-Удэ: Бурятское кн. изд-во, 1970. 612 с.
2. ГАРБ. Ф. 1п. Оп. 1. Д. 7661. Л. 127–132; Д. 7661. Л. 198-199.
3. Ф. 1п. Оп. 1. Д. 7362. Л. 82.
4. Ф. 1п. Оп. 1. Д. 7367. Л. 18.
5. Ф. 1п. Оп. 1. Д. 7508. Л. 28.
6. ГАРБ. Ф. 1п. Оп. 1. Д. 7827. Л. 6.
7. Ф. 1п. Оп. 1. Д. 7827. Л. 5.
8. Свод законов СССР. Т. 1. М., Известия. 1985. С. 193–203.
9. Собрание действующего законодательства Бурятской АССР. В 2-х т., Т. 1. Улан-Удэ, Бурятское кн. изд-во, 1981. 628 с.
10. Там же. С. 120.
11. Там же. С. 129.
12. Свод законов СССР. Т. 1. М., Известия. 1980. 659 с.
13. Там же. С. 144–149.
14. Хайтун С. Д. Номенклатура против России. Эволюционный тупик. М., Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2014. 629 с.

УДК 591.69-99

Раимкулов К.М., Усубалиева Ж.М., Абдыжапаров Т.А., Тойгомбаева В.С., Куттубаев О.Т.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, г. Бишкек, Кыргызстан

СТРУКТУРА ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИРОВАННОСТИ СОБАК В ЭНДЕМИЧНЫХ ПО ЭХИНОКОККОЗАМ РАЙОНАХ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

В статье рассматриваются результаты проведенного копрологического исследование фекалий 550 и патологоанатомическое вскрытие 104 собак в 11 населенных пунктах Алайского и Чон-Алайского районов Ошской области. Установлена пораженность собак яйцами Taenia species при копрологическом исследовании – 10,3±1,2%, при патологоанатомическом вскрытии - 24±4,1%. Выявлены синантропные очаги альвеококкоза.

Ключевые слова: *альвеококкоз, вскрытие, инвазированность.*

Raimkulov K.M., Usubalieva J.M., Abdyjaparov T.A., Toigombaeva V.S., Kuttubaev O.T.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

PARASITIC STRUCTURE INFESTATION DOGS IN ENDEMIC AREAS FOR HYDATID DISEASE OF OSH REGION

This article is devoted to the guestions of the scatological study of feces 550 and 104 dog's mortem autopsy in 11 populated localities in Alai and Chon-Alai district of Osh region. Installed affected dogs eggs Taenia species with scatological study 10,3±1,2% at autopsy - 24±4,1%. Identified synanthropic center of alveococcosis.

Key words: *alveococcosis, dissections, invasion.*

Актуальность. В Кыргызской Республике в последнее десятилетие отмечен подъем заболеваемости эхинококкозом на 2 раза. В 2015 году число случаев эхинококкоза (899 сл) выросло в 1.5 раза по сравнению с 2005 годом (611). При этом, отмечается достаточно высокий удельный вес заболеваемости детей до 14 лет с колебаниями от 21,3% в 2015 году до 54,2% в 2002 году.

Особую озабоченность вызывает заболеваемость населения альвеококкозом. Количество прооперированных больных в 2015 году достигло до 235 случаев тогда как в 2005 году их всего было 22, а из них детей до 14 лет - 37. Отмечается рост инвазированности среди лиц молодого возраста, с удельным весом 65-75 %.

Ситуация по заболеваемости эхинококкозами в Ошской области неблагополучная и случаи инвазии регистрируются во всех административных территориях.

За 2015–год по области было зарегистрировано 393 больных эхинококкозами с интенсивным показателем 33,4. Из 393 больных у 218 был эхинококкоз, 150 альвеококкоз. В 2014-году было выявлено 266 случаев с интенсивным показателям 23,8. При этом в 193 случаях был диагностирован эхинококкоз и 73 альвеококкоз. Необходимо отметить рост альвеококкоза в 2,0 раза в 2015-году по сравнению с 2014-году (6,2 и 13,3 соответственно).

Территориями риска эхинококкозов являются Алайский район с удельным весом – 37,4% и интенсивным показателем 212,2, затем идут Чон-Алайский - 5,6% - 83,2, Кара-Суйский район 23,7% - 25,0, Кара-Кулджинский – 4,6% - 21,4, Узгенский – 12,2% - 18,8, Ноокатский - 11,5% - 17,7, Араванский – 5,1% - 17,1.

Случаи заболевания эхинококкозом регистрировались среди всех возрастных групп, однако группой риска были лица в возрасте 21–30 (20,0%) и 7-14 лет (18,8%). Всего за анализируемый период заболело 96 детей до 14 лет, составив 24,4% от всех заболевших.

В Алайском районе Ошской области в 2015-году всего на диспансерный учет было взято 147 эхинококкозных и альвеококкозных больных, против 70 в 2014-году. Из 147 больных 22 с эхинококкозом и 125 альвеококкозом.

Рост заболеваемости эхинококкозами обусловлен, во-первых, высокой численностью собак [1,4]. По данным Алайской районной Государственной инспекции по ветеринарной и фитосанитарной безопасности при Правительстве Кыргызской Республики в районе числится более 7500 собак, это означает, что в Алайском районе на 8 человек приходится одна собака. Однако их истинное число, по-видимому, намного больше, так как не все собаки находится на официальном учете.

В Алайском районе по официальным данным инвазированность собак эхинококкозами не отмечается. Однако, заболеваемость людей свидетельствует о высокой инвазированности собак и широком паразитарном загрязнений окружающей среды [5].

Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы является - изучение инвазированности собак эхинококкозами в 11 населенных пунктах Алайского и Чон-Алайского районов Ошской области КР.

Материалы и методы исследования. Гельминтологические исследования проводили методом полного и неполного вскрытия по К.И. Скрябину и по приказу МЗ КР № 2 от 11.01.2010 г. [3].

Гельминтологическое вскрытие дефинитивных (собак) хозяев осуществляется согласно инструкции по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями чумы, холеры и сибирской язвы, Москва, 1967 г. [2]. Материалом для исследования служили фекалий 550 собак и патологоанатомические вскрытия 104 собак в 8 населенных пунктах Алайского района и в 3 населенных пунктах Чон-Алайского района Ошской области. Методы исследования копрологический, патологоанатомический и статистический.

Результаты и обсуждение. Из 550 обследованных собак инвазированными оказались 151 или 27,4±1,9%. Структура выявленных паразитов состояла из Toxocara canis - 8%, Toxascaris leonina - 3,8%, Taenia species – 10,3%, Trichocephalus vulpis – 0,7%, Alaria alata – 0,5%, Dipylidium caninum – 7,3%, Mesocestoides lineatus – 0,7%, Storgylato – 0,18%, Trichocephalus trichiurus – 0,36%. Удельный вес инвазированности различными гельминтами варьирует от 16% в селах Чон Кара-Кол Алайского района и Дароот-Коргон Чон-Алайского района до 50% в с. Гулчо Алайского района.

Данные, полного гельминтологического вскрытия кишечника и копрологических исследований, свидетельствуют о высокой пораженности собак Taenia species, что согласуется с данными исследований проведенных различными авторами.

Таблица 1 - Данные копрологических исследований фекалий собак

Населенные пункты	Кол. иссл. собак	Из них инвазировано с различными гельминтами		Из них инвазировано зйцами Taenia species	
		Абс.число	%	Абс. число	**%**
Гулчо	50	28	56	10	20
Чон Кара-Кол	50	19	38	13	26
Кичи Кара-Кол	50	7	14	3	6
Сопу-Коргон	50	6	12	4	8
Ак-Босого	50	10	20	3	6
Сары - Таш	50	8	16	2	4
Дароот - Коргон	50	8	16	0	0
Кашка-Суу	50	7	14	6	12
Ачы - Суу	50	7	14	5	10
Сары - Могол	50	8	16	6	12
Талды - Суу	50	13	26	5	10
Всего:	**550**	**121**	**22,0 ±1,7**	**57**	**10,3 ±1,2**

Как видно из таблицы № 1, из 550 собак ивазированными Taenia species оказались 10,3±1,2%. Из 11 обследованных населенных пунктов наиболее пораженными оказались собаки из сел Чон Кара-Кол и Гулчо Алайского района, где инвазированность обследованных животных составила 26,0±1,8% и 20,0±1,7% соответственно и низкий удельный вес инвазированности выявлен в селе Сары-Таш Алайского района – 4±0,8%. А в селе Дароот-Коргон Чон-Алайского района у всех обследованных собак Taenia species не выявлена.

Следует отметить, что при копрологическом исследовании моноинвазия выявлена у 92 животных (ЭИ – 16,72%) и - микст инвазии у 22 (ЭИ - 4,0%). Моноинвазия представлена Taenia species, микст инвазии представлены: Toxocara canis ЭИ – 8,0%; Trichocephalus vulpis и Toxascaris leonina ЭИ – 4,5% и Dipylidium caninum ЭИ – 7,3%.

Исследование проб фекалий собак показали, что наибольшая экстенсивность инвазии отмечена у безнадзорных собак – 78,2%; зараженность собак, содержащихся в домашних условиях, достигала 21,8%.

Уровень инвазированности во всех 11 селах был примерно одинаков. Как видно из таблицы № 3, из 104 обследованных собак Echinococcus granulosus были ивазированны 10,5±3,0%, а Echinococcus multilocularis – 13,4±3,3%. В 11 обследованных селах наиболее пораженными Echinococcus granulosus оказались собаки из Сары-Таш и Чон Кара-Кол Алайского района, где инвазированность обследованных животных составила 33,3% и 12,5% соответственно и в селе Кашка-Суу Чон-Алайского района – 14,5%.

По данным полного гельминтологического вскрытия кишечника 104 собак инвазировано с различными гельминтами 53 – 50,9±4,9%.

Данные эпидемиологического анализа свидетельствуют, что большинство альвеококкозных больных зарегистрировано в населенных пунктах Чон-Кара-Кол, Кичи-Кара-Кол и Сопу-Коргон Алайского района и Кашка-Суу, Ачы-Суу Чон-Алайского района.

Полученные данные свидетельствует о более высокой информативности патологоанатомических вскрытий кишечника по сравнению с копрологическими исследованиями фекалий. Так, во всех селах патологоанатомическое вскрытие от 1,5 до 2 раз больше выявляла инвазированность в сравнении с копрологическим исследованием.

Выводы:

1. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой инвазированности собак во всех исследованных селах Алайского и Чон-Алайского районов Ошской области, что ведет к массивному паразитарному загрязнению окружающей среды, а также формированию синантропных очагов, что создает риск заражения эхинококкозом и альвеококкозом населения этих сел.

2. Копрологические исследования 550 собак выявила инвазию у 151 с 9 видами гельминтов. С Taenia species инвазировано 10,3±1,2% собак, территориями риска явились селы Чон Кара-Кол и Гулчо Алайского района, где инвазированность обследованных животных составила 26,0% и 20,0% соответственно.

3. По данным патологоанатомических вскрытий выявлена 50,9±4,9% инвазированных, из которых 10,5±3,0% Echinococcus granulosus и 13,4±3,3% Echinococcus multilocularis. Территориями риска явились селы Сары-Таш и Чон Кара-Кол Алайского района, где инвазированность обследованных животных составила 33,3±4,6%, 0% и 12,5±3,2% и 12,5±3,2% соответственно и в селе Кашка-Суу Чон-Алайского района 14,2±3,4%, 29,5±4,4%.

Список использованной литературы:

1. Абдыжапаров Т.А. Роль грызунов в формировании природных очагов альвеококкоза на территории высокогорных пастбищ Кыргызской Республики //Автореф. дис…. канд. биол. наук. 03.00.19. – Бишкек, 1997. – 19с.
2. Инструкция по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями чумы, холеры, сапа, мелиоидоза, натуральной оспы, сибирской язвы. //Москва. 1967.
3. Приказ МЗ КР «Об усовершенствовании системы эпинадзора за паразитарными болезнями № 2 от 11.01.2010 г.
4. Раимкулов К.М. Современная ситуация распространенности паразитарных заболеваний среди собак и лисиц на территории Нарынской области // Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, - 2008. - № 1. - С. 88-95.
5. Раимкулов К.М. Эпизоотическая оценка собак как основных источников альвеококкоза в Кыргызстане // Здравоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2008. - №4. – С. 96-100.

УДК 364.07

Ринчино Б.А.
«Центр социальной поддержки населения» Отдел социальной защиты населения по Курумканскому району, с. Курумкан, Республика Бурятия, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ В КУРУМКАНСКОМ РАЙОНЕ

В статье представлена организация социальной поддержки семей с детьми в Курумканском районе
Ключевые слова: *социальная поддержка, социальная работа, семья, дети.*

Rinchino B.A.
The Department of Social Welfare of Kurumkanskiy District, Kurumkan, Russia

SOCIAL SUPPORT OF FAMILIES WITH CHILDREN OF KURUMKANSKIY DISTRICT

The article presents social support of families with children of Kurumkanskiy District
Keywords: *social support, social work, family, children.*

Социальная поддержка семей с детьми зародилась много столетий назад, еще во времена первобытных общин. На протяжении многих веков семья была субъектом и объектом социальной помощи. С XX в. семья формировалась как целостный объект социальной работы, где стали учитываться проблемы семей с детьми и появляться новые меры по заботе и их поддержке.

Переход к рыночной экономике вызвал трансформационные процессы во всех сферах, институтах российского общества и оказал влияние на условия социальной жизни в целом. Проявления кризисных процессов в институте семьи содействовали ослаблению семейных связей, снижению ответственности у части родителей за содержание и воспитание детей, и, как результат, появлению такого явления как беспризорность и безнадзорность детей, росту социального сиротства. На сегодня у нас республике 87% детей-сирот – это дети при живых родителях. Это действительно очень серьезная проблема и поэтому одной из главных задач является – развитие института семьи, укрепление семейных уз, пропаганда здорового образа жизни среди населения, повышение духовной культуры и нравственности общества. Ведь семья – ячейка общества, во все времена и во все эпохи она существовала, и от того, насколько сильна будет семья в российском государстве, так и будет государство расцветать и крепнуть. Республика Бурятия в 2015 г. по суммарному коэффициенту рождаемости в Сибирском федеральном округе заняла 3-е, в РФ – 26-е место. Это говорит о том, что в республике созданы все стимулирующие мероприятия для того, чтобы женщина чувствовала себя защищенной и рожала детей.[2]

Надо сказать, что у нас в республике создана комплексная система социальной защиты населения, отвечающая современным потребностям общества. Финансирование из бюджетов всех уровней на обеспечение социальной поддержки различных категории граждан и предоставление социальных услуг населению в районе составляет более 81,03 млн рублей. Более 8800 граждан или 61% жителей района являются получателями социальных выплат. Реализуются меры демографической политики государства, направленные на поддержку семей с детьми. Так, за 2015 г. на выплату субсидии малообеспеченным семьям профинансировано 8 500 тыс. руб. на 369 получателей. Ежемесячные пособия на детей предоставляются 1 780 получателям, денежная выплата многодетным семьям осуществляется 340 семьям. Компенсацию за сады получают 462 семьи, дети которых посещают детские сады. Компенсация на лекарства детям в возрасте до 6 лет из многодетных семей выплачена 51 получателю. С 2013 г. 90 многодетных семей получили земельные участки под строительство жилого дома, на очереди состоят еще 15 семей.

Впервые в Курумканском районе в декабре 2015 г. произведена выплата на приобретение жилья семье с шестью детьми на сумму более 2 млн руб., в очереди состоит одна семья.

С 2013 г. началась выплата республиканского материнского (семейного) капитала в сумме 50 тыс. руб., и по настоящее время 179 многодетных малообеспеченных семей реализовали это право.[5]

В Курумканском районе с 2011 г. действует проект «Социальный контракт», участие в котором принимает уже 11 семей. Семья получает поддержку в виде крупного рогатого скота (КРС) в обмен на обязательства «встать на ноги», обрести работу и вести здоровый образ жизни. Условием для получения помощи является наличие сенокосных угодий, наличие стайки и отсутствие в собственности КРС. Первый приплод в возрасте 2 лет передается новой семье, а корова остается в собственности участника.[4]

Значительные финансовые средства направляются на поддержку замещающих семей. С 2014 г. меры социальной поддержки в оплате твердого топлива и ЖКУ распространены на приемные семьи, воспитывающие 3 и более детей, данную выплату получают 11 приемных родителей. На сегодня в районе получают выплаты 41 опекунская семья и 25 приемных семей.[7] В соответствии с Законом Республики Бурятия от 10.12.2010 г. № 1830-IV[3] гражданам, усыновившим (удочерившим) после 1 января 2011 г. на территории РБ детей-сирот и детей, оставшимся без попечения родителей, выплачивается единовременное пособие в размере 250 тыс. руб. С 2012 г. производится единовременная выплата в размере 10 тыс. руб. детям-сиротам при увольнении с военной службы и матерям при рождении первого ребенка. С целью увеличения количества детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, устроенных в замещающие семьи, введены новые меры социальной поддержки семей. С 1 июля 2015 г. проиндексированы на 5% пособия на содержание детей в опекунских и приемных семьях. На 31.12.2015 г. ежемесячная денежная выплата на содержание опекаемого (приемного) ребенка составляет 5040 руб. Принята новая мера социальной поддержки приемных семей, согласно которой с 1 июля 2015 г. в случае принятия на воспитание в семью 5 и более приемных детей размер вознаграждения приемному родителю увеличивается на 24025 руб.[5] На 01.11.2016 г. данную доплату получают у нас в районе 2 семьи с 14 детьми.[6]

В Курумканском районе продолжается программа по обеспечению жильем детей-сирот. В 2013 г. сданы 2 дома на 8 квартир, а в декабре 2014 г. еще 3 двухквартирных дома, в 2015 г. – 2 четырехквартирных дома. Таким образом, за последние три года обеспечены жильем 22 ребенка-сироты.[5]

Большое внимание в республике уделяется организации летней оздоровительной кампании для детей из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В 2016 г. в Курумканском районе охвачено 790 детей, что составило 66,4% от общего количества детей, вышеназванной категории.[6]

По данным отдела социальной защиты населения по Курумканскому району на 01.01.2016 г. на учете состоят 29 неблагополучных семей (в них 85 детей), в т.ч. 11 семей, находящихся в социально опасном положении (в них 24 ребенка). Данный показатель снижается, так на 01.11.2016 г. в районе неблагополучных семей насчитывается 28 с 83 детьми, семей в социально опасном положении – 7 с 14 детьми.[6]

Работа с семьями заключается в патронаже неблагополучных семей (не менее 2 раз в год), семей в социально-опасном положении (не менее 4 раз в год), посещение семей по сигналам. Во время проведения патронажа специалисты проводят осмотр жилищно-бытовых условий семьи, беседы с членами семьи о надлежащем исполнении родительских обязанностей, о необходимости правильного распределения времени и средств, о здоровом образе жизни. Дают консультации по различным интересующим вопросам, оказывают содействие в сборе документов (детское пособие, субсидии, предоставление земельных участков многодетным, инвалидам). Оказывают помощь в трудоустройстве, льготное предоставление путевок в лагеря детям и подросткам из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации. При необходимости оказывается содействие в направлении на консультацию к психологу, больных алкоголизмом на консультацию к врачу-наркологу. Так, в медиапроекте «С чистого листа» приняло участие 5 человек, которые прошли лечение в республиканском наркологическом диспансере.[5]

В 2016 г. российской общественной медалью «За любовь и верность» награждена семья Цыремпиловых Буянто Дабаевича и Цыдымы Батуевны, которые состоят в браке 33 года, вырастили и достойно воспитали 6 детей и 6 внуков.[6]

Республиканской медалью «За верность родительскому долгу» награждена семья Евреевых Михаила Будаевича и Жигжимы Дугаровны, которые живут в браке более 50 лет и воспитали 11 детей. Награды вручены 8 июля 2016 г. на торжественном мероприятии, посвященном Дню семьи, любви и верности в г. Улан-Удэ.[6]

Таким образом, основная задача социальной поддержки семей с детьми заключается в дальнейшем развитии и совершенствовании имеющихся форм поддержки со стороны отдела социальной защиты населения, государственных, республиканских и местных органов управления для решения социальных проблем семей, стимулировании активизации их собственных сил для изменения неблагоприятной жизненной ситуации.

Список литературы:

1. Быкова, Т.А. Развитие системы социальной защиты населения в Республике Бурятия: перспективы, новые технологии / Т.А. Быкова // Социальная работа. – Улан-Удэ: МСЗН РБ, 2015. – №2. – С.4-8.
2. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства социальной защиты населения Республики Бурятия на 2017-2019 гг. [Электронный ресурс]:URL:http://minsoc-buryatia.ru/plan/programms (07.06.2016)
3. Закон Республики Бурятия от 10.12.2010 г. № 1830-IV «О единовременном пособии гражданам, усыновившим (удочерившим) на территории Республики Бурятия детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»
4. Отчет о выполнении условии социального контракта // Текущий архив отдела социальной защиты населения. – Курумкан: ОСЗН по Курумканскому району, 2011-2016.
5. Отчет о деятельности отдела социальной защиты населения по Курумканскому району за 2015 год // Текущий архив отдела социальной защиты населения. – Курумкан: ОСЗН по Курумканскому району, 2015.
6. Отчет о деятельности отдела социальной защиты населения по Курумканскому району за 9 месяцев 2016 года // Текущий архив отдела социальной защиты населения. – Курумкан: ОСЗН по Курумканскому району, 2016.
7. Отчет о статистических данных по детям-сиротам на 01.09.2016 г. отдела опеки и попечительства администрации МО «Курумканский район» // Текущий архив администрации МО «Курумканский район», 2016.

УДК 364.044.26

Рогова А.М.

Санкт-петербургский университет технологий управления и экономики, Санкт-Петербург, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА СО СТУДЕНТАМИ В ВУЗЕ: ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

В статье говориться о специфике становления и развития социальной работы в вузе со студентами. Рассмотрены проблемы теории и практики социальной работы в вузе

Ключевые слова: *социальная работа с молодежью, государственная молодежная политика, студенчество, социальные проблемы*

Rogova A M

Saint-Petersburg university of technologies management and economic

SOCIAL WORK WITH STUDENTS IN UNIVERSITY: PROBLEMS OF THEORY AND PRACTICE

This article about social work with students in university. Author tells about development ,directions and problems social-young in university.

Keywords: students, social work with young people, social problems, state young politic

Социальная работа со студентами является одним из направлений реализации государственной молодежной политики. В различных нормативно-правовых документах и стратегии развития молодежной политики указывается, что главной целью молодежной политики является создание условий для успешного функционирования системы жизнеобеспечения молодого поколения и института семьи, повышения качества жизни детей, подростков и молодежи.[3]

Социальную работу с молодежью можно разделить на два больших направления: 1) социальная работа с различными возрастными и социальными группами, 2) социальная работа с особыми группами, то есть с социально-незащищенными и социально-дезадаптированными.

Специалисты отмечают, что от качества молодежи во многом зависит успешность социально-экономического развития регионов и страны в целом.

Социальная работа с молодежью проводиться в различных учреждениях социального обслуживания, учреждениях образования, досуговых учреждениях. Однако, учитывая специфику российских условий (низкая информированность о деятельности социальных служб, низкая степень доверия), следует развивать мобильную социальную работу, то есть развитие социально-молодежной работы в местах, где есть молодежь, в различных сферах ее жизнедеятельности. Одним из направлений такой работы должно стать развитие социальной работы в вузе со студентами.

Следует констатировать, что при анализе проблем молодежи слабо выявлены особенности с различных социально-демографических групп. Студенчество как социальная группа остается наиболее слабо изученной. В эмпирических социологических исследованиях студенчества чаще все изучались ценностные ориентации, уровень культуры, в то время как социальные потребности, проблемы, социальное самочувствие изучены слабо. Из наиболее значимых проблем студенчества указываются лишь бедность, плохие условия проживания (в общежитии). Особое внимание привлекает проблема совмещения учебы и трудовой занятости в условиях реформирования высшего образования .[2]

В то же время мировой опыт и многочисленные эмпирические исследования показывают, что студенчество является наиболее активной и мобильной молодежной социальной группой. Таким образом, поддержка студенчества и развитие его потенциала должно стать ведущим направлением молодежной работы в вузе.

Анализируя практический опыт, можно выделить следующие направления социально-молодежной работы: 1) трудоустройство – студенческие биржи труда, молодежные стройотряды содействуют трудовой занятости студентов в период летних каникул, 2) поддержка социально-незащищенных и малоимущих студентов – различные социальные выплаты студенческим семьям, студентам без попечения родителей, 3) развитие СНО – участие студентов в конференциях, семинарах, конкурсах, 4) культурный досуг – организация экскурсий, проведение КВН, праздников, иных культурно-массовых мероприятий, студенческий театр, 5) патриотическое воспитание – участие в социальных акциях, в мероприятиях, посвященных Великой Отечественной войне. 6) спортивные мероприятия и Дни здоровья. Отдельное внимание следует уделить кураторству – работу по социальной адаптации и социальному сопровождению студентов, особенно на младших курсах.[1]

При достаточно большом объеме мероприятий в вузе студенческая социальная работа находиться в стадии развития и институциализации. Не все мероприятия носят регулярный характер, нет отдельных нормативно-правовых актов, регламентирующих социальную работу студентов как самостоятельное направление. Наблюдается и существенные различия в мероприятиях в зависимости от вузов. Нет единой концептуальной научно-обоснованной и методической базы социальной работы со студентами в вузе.

На основании вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1)Социальная работа в вузе требует дальнейшего осмысления и развития. 2) Студенчество как объект и субъект социальной работы необходимо изучить описать с целью выявления запросов, потребностей, самочувствия. 3) необходимо развитие концептуально-правовых основ социальной работы в вузе для дальнейшей детализации и развития.

Список литературы:

1. Рогова А.М. Кураторство как модель социальной работы со студентами в вузе// Проблемы социальной работы с молодежью и молодежная политика: история, теория, практика: Материалы Всероссийской научно-практической конференции.-Ч2 - Спб:ФГБОУВПО «СПБГУТД», 2011. С.109-111
2. Самсонова Т.И Трудовая занятость студенческой молодежи // Социальные приоритеты молодежной политики: матер Всероссийск. Научно-практической конференции. Спб,22-23ноября 2012 год. – Спб:ФГБОУВПО «СПБГУТД», 2012. С192-193

3.Слуцкий Е.Г, Сапова Н.И., Кострикин А.В, Кондратьева Я.В. Социальная работа с молодежью. Уч пособие/ под ред проф. С.М.Климова и проф.Слуцкого Е.Г.. – СПб.: Общество «Знание» Спб и Лен.обл., 2004, С35-36

УДК 364.3

Романова С.С.
Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Малышок»

ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬИ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ

В статье рассматриваются формы и методы социально-педагогической деятельности используемые при организации сопровождения замещающих семей в период адаптации.

Ключевые слова: *социально-педагогическая деятельность, замещающая семья, социальное сопровождение, адаптации, патронаж.*

Romanova S.S.
Centre of assisting children left without parent's support" Malishok "

FORMS AND METHODS OF SOCIALLY –PEDAGOGICAL ACTIVITY WHEN SUPPOTING ADAPTING FAMILIES DURING ADAPTATION PERIOD

The article deals with the forms and methods of socially-pedagogical activity to support the organization of adopting families during adaptation period.

Key words: *socially-pedagogical activity, adopting family, support, adaptation, patronage.*

Сопровождать - значит проходить с кем-либо часть
его в пути в качестве спутника или провожатого.
Н.Осухова.

Миссия замещающей семьи, в том числе и профессиональной, заключается в том, чтобы дать ребенку модель близких принимающих отношений, отличающуюся от тех моделей, которые он наблюдал ранее. Адаптация в новой семье процесс двусторонний, т.к. привыкать друг к другу приходится и ребенку, оказавшемуся в новой обстановке, и взрослым - к изменившимся условиям. Социально-педагогическая деятельность с замещающей семьей – это целенаправленная деятельность по созданию необходимых условий для оптимального функционирования приемной семьи и развития детей. Основными задачами социального сопровождения являются: эффективное использование имеющихся ресурсов для оптимальной и быстрой адаптации приемной семьи и приемного ребенка с целью решения проблем последней; оказание помощи приемной семье для того, чтобы в будущем она могла решать проблемы, возникающие в основном путем мобилизации собственных ресурсов; обеспечение партнерских отношений между приемной, социальной службой, другими государственными и общественными организациями для комплексного обеспечения прав приемного ребенка.

В настоящее время на сопровождении Службы сопровождения Центра находится 80 замещающих семей, из них:

- базовое сопровождение -76 семей, самостоятельно решают проблемы, нуждаются в разовых консультациях;
- активное сопровождение - 42 семьи получают консультативную помощь, психологическую помощь и другие виды помощи;
- кризисное сопровождение - 5 семьи, кроме консультаций проведена диагностическая работа, проводятся тренинги на восстановление детско-родительских отношений, идет работа со школой.
- экстренное сопровождение.

Одной из долгосрочных форм работы с приемной семьей является патронаж. Патронаж – одна из форм работы специалиста по взаимодействию с семьей, представляющая собой посещение приемной семьи на дому с диагностическими, контрольными, адаптационно-реабилитационными целями, позволяющая установить и поддержать длительные связи с приемной семьей, своевременно выявлять ее проблемные ситуации, оказывая незамедлительную помощь. Патронаж дает возможность наблюдать приемную семью в ее естественных условиях, что позволяет получать больше информации. Проведение патронажа требует соблюдение ряда этических принципов: принципа самоопределения приемной семьи, добровольности принятия помощи, конфиденциальности, поэтому следует информировать приемную семью о предстоящем визите и его целях. В первый год посещения раз в квартал, второй год - раз в полугодие, последующие годы – 1 раз в год.

Например, неоднократно посещаются приемные семьи, воспитывающие детей-инвалидов, с целью ведения мониторинга, своевременного разрешения ряда социально-правовых вопросов, освоить необходимые навыки по уходу и развитию ребенка.

Во время посещения специалист по социальной работе заполняет карту социально-педагогического обследования состояния и развития ребенка в приемной семье на 8 страницах и отмечает динамику развития ребенка, выявляет проблемы, консультирует, дает рекомендации.

Специальными методами в социально-педагогической деятельности с замещающими семьями выступают: социальное сопровождение, консультирование при выезде и по телефону, реализация психотерапевтической функции, медиация, тренинг, метод ведения случая (экстренное сопровождение).

Социальное сопровождение - это комплексный метод, обеспечивающий создание условий для принятия решений в сложных жизненных ситуациях Сопровождение включает: диагностику проблемы; информацию о способах решения проблемы; консультацию на этапе принятия решения и разработку плана действий; первичную помощь при реализации плана Основной принцип сопровождения \"Не навреди\ обеспечь условия, оказать помощь самому себе\". Этот метод используется при патронаже, при экстренном обращении замещающих родителей, по обращению органов опеки.

Реализация психотерапевтической функции – метод снятия уникальности ситуации, используется при каждом общении с приемным родителем.

Медиация - методика посредничества при разрешении конфликта - это создание атмосферы, при которой люди могут открыться, найти общий язык и выработать свои собственные решения. Встречаются следующие конфликтные ситуации: в детском саду между родителями и воспитателем, в школе между родителями и учителем, между приемным родителем и приемным ребенком - подростком.

Тренинг - это обучение опытом Обучение опытом предусматривает, присутствующие имеют возможность поделиться и обменяться между собой своими знаниями и проблемами, а также поработать вместе для поиска решения. Данный метод очень эффективен при организации групповой формы работы с семьями при школе родительского мастерства. Родители формируются в группы по схожести решаемых проблем, возрасту детей, по времени проживания детей в семье.

Консультирование - это процесс диалога. Темы консультаций систематически повторяются в каждой семье в период адаптации

- Трудности периода адаптации ребенка в новой семье.
- Режим дня дошкольника.
- Режим дня школьника.
- Психолого-педагогические проблемы замещающей семьи в процессе адаптации.
- Благоприятный климат в замещающей семье - основа физического и психического здоровья.
- Показатели неблагополучия ребенка.
- Поощрение и наказание.

-Преодоление проблем взаимоотношений приемных детей со сверстниками, учителями.
- Социально-педагогические проблемы замещающей семьи.
- 1001 способ формирования привязанности.
- Возрастные особенности и организация личного пространства ребенка.
- Воспитание самостоятельности и саморегуляции.
- Деструктивное поведение.
- Развитие навыков коммуникации и умение выстраивать отношения.
- Типичные ошибки воспитания в приемной семье.
- Коррекции и восстановление ресурсов приемных родителей и семьи.

Специалистами службы сопровождения разрабатывается и апробируется технология по формированию устойчивых безопасных и принимающих отношений взрослого к ребенку в период адаптации. Как показывает практика, именно эти отношения являются и основным «лекарством, позволяющим корректировать исходные представления ребенка о себе и мире и успешнее адаптироваться в приемной семье.

Ребенок научается устанавливать близкие и доверительные отношения с окружающими только в том случае, если взрослые последовательно и целенаправленно стараются установить такие отношения с ребенком, несмотря на все возникающие в ходе этого сложности [И.А. Алексеева, И.Г. Новосельский, с. 160]. Именно эти отношения помогают взрослому более продуктивно выходить из проблемно-конфликтных ситуаций и даже их не допускать.

Успешным результатом адаптационного сопровождения замещающих семей являются сформированные устойчивые безопасные принимающие отношения, обеспечивающие стабильное положение ребенка в замещающей семье, которое гарантирует соблюдение его права на семью, позитивную социализацию и нормальное будущее.

Список литературы:

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причина. Последствия. Помощь.. – М.; национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2010 – 460 с.
2. Джудит С. Райнус, Рональд Н. Хьюз. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска. – М.; Эксмо, 2009, - 288 с.,
3. Ослон В.Н., Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. – М.; Генезис, 2006. – 368 с.

УДК 364.3

Рутовский Я.А.

Отдел фармакологии и токсикологии в неотложной медицинской помощи, Институт акушерства и неотложной медицинской помощи, медицинский факультет Университета Жешув, Жешув, Польша

Отдел лабораторной диагностики в здравоохранении, факультет здравоохранения, Словацкая Республика

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ДЕТЕРМИНАЦИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ

Rutowski J. A.

Department of Pharmacology and Toxicology in Emergency Medicine, Institute of Midwifery and Emergency Medicine, Faculty of Medicine, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

Department of Laboratory Diagnostic in Health Care, Faculty of Health, KU in Ružomberok, Ružomberok, Slovak Republic

LABORATORY DIAGNOSTIC OF CHRONIC MERCURY INTOXICATION BY DETERMINATION IN THE PERIPHERAL BLOOD OF RED CELLS PARAMETERS AND COUNT OF PLATELETS

Determination of basic haematological parameters and counts of platelets in peripheral blood samples obtained from workers exposed chronically to mercury vapours and controls were performed. Long-term occupational exposure to mercury influenced quantitative changes in the red blood cells in the peripheral blood manifested by the increased values of RBC and HCT together with decreased in urine mercury concentration dependent manner of MCV and MCH, but with not statistically significant influences on mean values of platelets (PLTs).

Key words: *Erythrocytes, Platelets, Mercury, Biomarkers of exposure*

INTRODUCTION

A common target for toxicity mercury compounds can be erythrocytes, methylmercury accumulates in erythrocytes at a concentration 20-times more that in plasma. Erythrocytes might be an important target of mercury because of after inhalation elemental mercury vapour is rapidly accumulated into erythrocytes and undergoes oxidation to the mercuric ion (Hg^{2+}) by catalase. Orally absorbed methylmercury is preferentially distributed into erythrocytes (~90%) and slowly turns into Hg^{2+} through demethylation in the spleen and liver [1,2]. The results of former studies have shown an independent association between the mercury concentration in the body and procoagulant activity, with changes surface of erythrocytes, increased thrombin generation and endothelial cell adhesion in a consequence higher the risk of cardiovascular diseases [3,4,5,6,7]. Erythrocytes can contribute to hemostasis and thrombosis through procoagulant activation via PS exposure (induce phosphatidylserine (PS) translocation to the external surface of the erythrocyte cell membrane) and microvesicle (MV) generation [8,9,10]. Endogenous thrombogenic substances such as arachidonic acid, lysophosphatidic acid, and thromboxane are known to induce PS exposure on erythrocyte surfaces [3,11]. The overall vascular effects of mercury include oxidative stress, inflammation, thrombosis, vascular smooth muscle dysfunction, endothelial dysfunction, dyslipidemia, immune dysfunction, and mitochondrial dysfunction [20]. Hg^{2+} in millimolar concentrations of have been reported to induce shape changes and hemolysis in erythrocytes [12]. Exposure to concentrations of Hg^{2+} as low as 0.25 μM can induce shape changes and procoagulant activation in erythrocytes [9,12]. From other hands exposure to mercury vapours caused not only hemolytic effect but also elevation of iron serum concentration was observed and this effect could be as a results of hemolysis of erythrocytes by mercury [13,14]. Recent studies have shown that metals, including iron, copper, chromium, and vanadium undergo redox cycling, while cadmium, mercury, and nickel, as well as lead, deplete glutathione and protein-bound sulfhydryl groups, resulting in the production of reactive oxygen species as superoxide ion, hydrogen peroxide, and hydroxyl radical. As a consequence, enhanced lipid peroxidation. DNA damage, and altered calcium and sulfhydryl homeostasis occur [15]. Therefore it seemed to be interesting to determinate the basic haematological parameters (erythrocyte number and their indices) and counts of platelets in peripheral blood of men chronically exposed to mercury vapours (workers occupationally exposed to mercury vapours at the production of chloride during the mercuric electrolysis method) and to find out whether or not the effects of long-term or/and higher occupational exposure to mercury vapours are reflected with changes in these parameters.

MATERIAL AND METHODS

The study was carried out in 83 males aged 21-60 years (Mean=41.2±SD=10.7) with a history of exposure to metallic mercury from 0.6 to 37 years (Mean=16.1±SD=10.6) involving chlorine production by the method of mercury electrolysis. These group of exposed workers to mercury vapours were divided into three groups depending on the duration of exposure: I. 30 males aged 21 to 54 years (31.8±9.0) with a short history of exposure to Hg^0 from 7 months to 9 years (4.2±2.8); II. 18 males aged 28 to 60 years (47.76±3.9) with a history of exposure to Hg^0 from 10 to 20 years (14.5±3.3) and III. 35 males aged 42 to 60 years (50.5±4.0) with a long-time history of exposure to Hg^0 from 21 to37 years (27.5±4.0). Of these, 20 (68%), 12 (69%) and 21 (59%), respectively, were smokers. Group of 83 workers exposed to mercury vapours were also divided into three groups depending on the degree of exposure manner, measured as urinary mercury concentration: 1/. 32 males with < 50 μg Hg/l and with a history of exposure to Hg^0 7 months to 37 years; 2/. 41 males with 51-150 μg Hg/l and with a history of exposure to Hg^0 7 months to 35 years and 3/. 10 males with >150 μg Hg/l (range:155-260) with a history of exposure 7 months to 37 years (mean=9.0). Of these, 20 (63.6%), 25 (61.6%) and 6 (60%) respectively, were smokers. The control group comprised 36 males aged 22 to 55 years (80.6% were smokers) aged 28-55 years (Mean=38.2±SD=10.5) not exposed to any chemical compounds or harmful physical factors. All workers were subjected to medical examination to rule out people with diseases which might have affected their immune status. Alcoholics, persons regularly taking drug

and convalescents after infectious diseases were exempt. The air for determination of metallic mercury concentrations was taken with fixed samplers from area samples. The air sampling was localized in the work environment in two points of this place, according to the principles of stationary measurements [16]. The air was sampled during 20 minutes by using a pump (the speed of sampling was 0.18 $m^3 \times h^{-1}$). The air samples were taken in two different working places 6 times on morning work shifts, during work time of subjects exposed to mercury vapours. Aspirated air samples were flown to the reaction vessel, which contained 50 ml of 1% $KMnO_4$ solution in 10% H_2SO_4. The aspirated metallic mercury was here oxidated to Hg^{2+}. After 20 minutes of air sampling, the $KMnO_4$ excess by using hydroxylamine hydrochloride was reduced. Thereafter Hg^{2+} ions were reduced to metallic Hg^0, by using stannous chloride ($SnCl_2$) and then Hg^0 was removed by aeration and determined by using the atomic absorption spectrometer Coleman Mercury Analyzer Mas-50, Perkin-Elmer USA, in λ=253.7 nm. "Maximum permissible concentration" of metallic mercury is 0.05 mg/m^3. The mercury content in urine and blood was determined by a method similar to that of determination in air samples, by atomic absorption spectrometer. The urine and blood samples were mineralized with $KMnO_4$ in acid medium and the excess of the oxidizing agent was reduced with hydroxylamine hydrochloride. Thereafter the samples were reduced with $SnCl_2$ in the aeration vessel and the liberated mercury was removed by aeration. Urine was obtained between 8^{00} and 11^{00} a.m. for the determinations of total mercury. The mercury concentration was expressed in µg/l urine of specific weight 1.024 g. Collecting urine samples was made to avoid external contamination. The urine mercury concentration reaches maximum levels at night and morning hours and minimal levels in the afternoon and therefore sampling time was in the morning hours. Blood samples for mercury determination were obtained from fasting subjects from an antecubital vein in the morning hours together with blood samples for determination of creatinine [17]. The detection limit of the analytical procedure of determination of mercury in urine was 10 µg/l and in blood was 4 µg/l. Laboratory investigations: determination of the basic haematological parameters as [hematocrit (HCT) [%], haemoglobin (HGB) concentration [g/100ml], erythrocyte (RGB) [$x10^{12}$/l] number in blood, mean red cell hemoglobin (MCH) [pg], mean red cell haemoglobin concentration (MCHC) [%], mean red cell volume (MCV) [μm^3] and counts of platelets (PLT)] in peripheral blood samples obtained from workers and controls were performed. These haematological parameters of the peripheral blood were determined using AVL 808 haematological counter, following the manufacturer`s instructions in group of 86 males 21 to 60 years old (Mean=41,2) with a history of occupational exposure to metallic mercury vapours from 7 months to 37 years (Mean=16,3) and in 36 males without this exposure. The results were subjected to normal distribution analysis by Shapiro-Wilk Gaussian decomposition test. Thereafter, the results indicating normal distribution, without or after logarithmic conversion, were subjected to statistical analysis by Cochran-Cox C test or Student's *t* test. Analysis of variance (ANOVA) amongst all groups and comparison between the exposed groups were also calculated.

RESULTS

Air analysis conducted regularly since 1983 have demonstrated that the maximal permissible concentration was exceeded by the mean Hg^0 particularly from 1.1 to 1.5 times. In relation, however, to the maximal Hg^0 concentrations in these years the MPC was exceeded respectively 6.5; 6.0; 3.8; 4.2; 2.8 times. The shift time weighted averages (TWA) determined before research were 0.028 mg $\times m^{-3}$. The mean urinary levels of mercury in group of all 83 males aged 21-60 years (mean=41.2 years) occupationally exposed to mercury vapours from 7 months to 37 years (mean=16.3 years) were 81.4±65.1 µg/l (in range 20-260) and in blood 16.3±7.0 µg/l (in range 4-72). In the group of 30 males exposed to Hg^0 from 7 months to 9 years mean levels of Hg^0 were in urine 113.3±78.5 µg/l (in range 20 to 260) and in blood 15.5±15.8 µg/l (in range 4-72); in the group of 18 males exposed to Hg^0 from 10 to 20 years mean levels of Hg^0 were in urine 77.5±56.5 µg/l (in range: 20-220) and in blood 18.9±18.8 µg/l (in range 4-60) and in the group of 35 males exposed to Hg^0 from 21 to 37 years mean levels of Hg^0 were in urine 55.1±26.5 µg/l (in range 20-110) and in blood 15.0±11.1 µg/l (in range 4-60). The concentrations of mercury in urine and in blood in the control group of non-exposed workers were also determined. Both concentrations (in urine and in blood) in the control group were low, below the sensitivity border of the mercury method determination (concentrations in urine were below 10 µg/l and in blood below 4 µg/l). In group of 83 workers exposed to mercury vapours divided into three groups depending on the degree of exposure manner, measured as urinary mercury concentration were: 1/. 32 males with < 50 µg Hg/l [Mean=30.5±10.7 µg Hg/l (in range: 20-50)] and with a history of exposure to Hg^0 from 7 months to 37 years; 2/. 41 males with 51-150 µg Hg/l [Mean:86.2±24.3 µg Hg/l (in range: 55-150)] and with a history of exposure to Hg^0 from 7 months to 35 years and 3/. 10 males with >150 µg Hg/l [Mean: 211.4±37.1µg Hg/l (in range: 155-260)] and with a history of exposure from 7 months to 37 years (Mean=9.0). Occupational exposure to mercury vapours influenced on the red cells parameters in peripheral blood of workers occupationally exposed to mercury vapours. The mean RBC of peripheral blood was higher ($p<0,001$) in the group of all exposed to Hg^0 workers group than in controls: 5,16±0,32 [$x10^{12}$/l] and 4,50±0,30 [$x10^{12}$/l] respectively. In the I subgroup of workers exposed to mercury vapours from 7 months to 9 years statistically significance elevation of RBC were found by 15,8% ($p<0,001$), but values of MCV and MCH were lower by 11,3% ($p<0,001$) and 10,9% ($p<0,001$); in the II subgroups of workers exposed to Hg^0 from 10 to 20 years elevation of RBC were found by 14,4% ($p<0,001$) and MCHC by 1,3% ($p<0,05$) but values of MCV and MCH were lower by 10,5% ($p<0,001$) and 9,3% ($p<0,001$); in the third subgroups of workers exposed to Hg^0 from 21 to 37 years elevation of RBC were found by 13,8% ($p<0,001$) and MCHC by 1,1% ($p<0,05$) but values of MCV and MCH were lower by 9,2% ($p<0,001$) and 8,1% ($p<0,001$) respectively, all according to the control group of unexposed workers. In all subgroups separated in respect to degree of exposure to Hg^0 expressed by level of mercury in urine (1^{st} – with Hg in urine < 50 µg Hg/dm^3, 2^{nd} - with Hg in urine 51-150 µg Hg/dm^3 and 3^{rd} - with Hg in urine 151-260 µg Hg/dm^3) elevation values of RBC were by 14,4% ($p<0,001$), 15,6% ($p<0,001$) and 13,6% ($p<0,001$) with in lower MCV by 9,7% ($p<0,001$), 10,5% ($p<0,001$) and 11,6% ($p<0,001$) and lower MCH by 8,2% ($p<0,001$), 9,7% ($p<0,001$) and 11,4% ($p<0,001$) respectively, all according to the control group of unexposed workers. In addition, statistical analysis of the effects of age and duration of exposure to metallic mercury on the studied haematological parameters indicates that exposure duration and/or degree of exposure expressed by mercury in urine concentrations may affect some of the values. Moreover, in subgroup of workers with Hg in urine from 51-150 µg Hg/dm^3 a positive correlations between mercury urine concentrations and HCT (r=0,36) ($p<0,05$) was calculated. In workers with Hg in urine from 151-260 µg Hg/dm^3 a positive correlations between mercury urine concentrations and : 1/.RBC (r=0,39); 2/. HCT (r=0,53) and 3/. HGB as well as negative correlations with values of MCH (r=-0,37) and MCHC (r=-0,57) also were calculated.

DISCUSSION

The results of the present study demonstrated influence of long-term, chronic occupational exposure to metallic mercury vapours (in the degree of exposure dependent manner) for values of these determined red cells parameters in peripheral blood in men. The mean RBC in peripheral blood was statistically significant higher in the group of exposed to Hg^0 workers than in controls but values of MCV and MCH were lower in men exposed to mercury vapours. Chronic mercury intoxication with elevated mercury concentration in the body can activate of erythropoesis directly linked with red cell membrane injury with subsequent red cell membrane destabilisation and with changes of activation or inhibition activity of several enzymes, e.g. glutathione reductase, glucose-6-phosphate dehydrogenase leading to formation of glutathione radicals and in subsequent propagation of reactive oxygen-based radical species [14,18,19,20]. In the lights of obtained results exposure to mercury vapours presented changes in the red blood cells, manifested by the increased, when compared with the control group, number of erythrocytes in peripheral blood. Results of some former investigations can be useful to explain the possible of this effects but exact reasons of that seems to be more complex. Erythrocytes can be a common target for toxicity of mercury. Evaluation of the number of young cells in the bone marrow under the influence of chronic mercury has been the subject of earlier studies, in which they observed a greater number of erythrocytes and an increased number of reticulocytes in peripheral blood as an expression of bone marrow stimulation and in consequence activation of erythropoesis [21,22,23]. Moreover, obtained results of the present paper shown in the peripheral blood of men occupationally exposed to mercury vapours that elevated counts of erythrocytes was linked also with decreased values of mean cell volume (MCV) and mean red cell hemoglobin (MCH) in erythocytes, both these values in the degree of exposure dependent manner. Limited information is only available on the effects of chronic mercury exposure in relation to the mechanisms of these changes and what mechanisms playing more important roles leading to erythrocyte volume (MCV) reduction. It is known from 'in vitro' and 'in vivo' studies, that prolonged exposure to low-dose mercuric ion Hg^{2+} induced erythrocyte shape changes from discocytes to echinocytes to spherocytes, accompanied by microvesicle (MV) generation. These MVs and remnant erythrocytes expressed phosphatidylserine (PS), an important mediator of procoagulant activation. Hg^{2+} inhibited lipase, an enzyme that recovers PS into the inner leaflet of the cell membrane, and activated scramblase, an enzyme that alters lipid asymmetry in the cell membrane. Consistent with

these activity changes, Hg^{2+} increased intracellular calcium and depleted ATP and protein thiol. A thiol groups (-SH) reversed Hg^{2+}-induced MV generation and PS exposure and inhibited the increase in calcium ion (Ca^{2+}) and depletion of ATP, indicating that free-thiol depletion was critical to Hg^{2+}-mediated procoagulant activity of erythrocytes with increased thrombin generation and endothelial cell adhesion [13,24,25]. Intracellular molecules with free sulfhydryl groups, such as glutathione, cysteine, and metallothionein, can be easy targets for Hg^{2+} binding, and free thiol groups of intracellular proteins, which are vital to the maintenance of erythrocyte integrity and ionic balance (e.g., Na^{2+}/K^{2+}-ATPase), can be readily modified by thiol-depleting agents, leading to a increased fragility of the erythrocyte membrane and disruption of ionic and sulfhydryl homeostasis [26].

CONCLUSSION

Obtained results can be important in clinical point of view not only for monitoring health of humans occupationally exposed to mercury metallic but also for humans with elevated mercury concentrations because of higher environmental exposure to metallic mercury or mercury compounds (higher fish consumption and/or exposure to dental amalgams) and also with more erythropoesis activation and/or higher other risks of coronary heart disease.

REFERENCES

[1]. Clarkson TW, Magos L, Myers GJ. The toxicology of mercury—current exposures and clinical manifestations. N. Engl. J. Med. 2003;349:1731–1737,

[2]. Hodgson S, Nieuwenhuijsen MJ, Elliott P, Jarup L. Kidney disease mortality and environmental exposure to mercury. Am. J. Epidemiol. 2007;165:72–77,

[3]. Clarkson TW. The three modern faces of mercury. Environ. Health Perspect. 2002;110(suppl. 1):11–23,

[4]. Daleke DL, Lyles JV. Identification and purification of aminophospholipid lippases. Biochim. Biophys. Acta 2000;1486:108–127,

[5]. Kossmann S., Kośmider S., Dąbrowski Z.: Hematologic changes in experimental poisoning with mercury vapor. Acta Med. Pol. 1968, 9, 95-100,

[6]. Virtanen JK, Voutilainen S, Rissanen TH, Mursu J, Tuomainen TP, Korhonen MJ, et al. Mercury, fish oils, and risk of acute coronary events and cardiovascular disease, coronary heart disease, and all-cause mortality in men in eastern Finland. Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 2005;25:228–233,

[7]. Wallis G, Barber T. Variability in urinary mercury excretion J. Occup. Med. 1982;8, 590-595,

[8. Gromiec JP, Rogaczewska T. Principles of air sampling and interpretation of its results in evaluating occupational exposure to toxic substances in the work area. II. Stationary measurements. Med. Pracy 1989;5, 302-309,

[9]. Zwaal RF, Comfurius P, Bevers EM. Surface exposure of phosphatidylserine in pathological cells. Cell Mol. Life Sci. 2005;62:971–988,

[10]. Zwaal RF, Comfurius P, van Deenen LL. Membrane asymmetry and blood coagulation. Nature. 1977;268:358–360,

[11]. Virtanen JK, Rissanen TH, Voutilainen S, Tuomainen TP. Mercury as a risk factor for cardiovascular diseases. J. Nutr. Biochem. 2007;18:75–85,

[12]. Valles J, Santos MT, Aznar J, Martinez M, Moscardo A, Pinon M, et al. Platelet-erythrocyte interactions enhance alpha(IIb)beta(3) integrin receptor activation and P-selectin expression during platelet recruitment: down-regulation by aspirin ex vivo. Blood. 2002;99:3978–3984,

[13]. Mentzer WC, Jr, Iarocci TA, Mohandas N, Lane PA, Smith B, Lazerson J, et al. Modulation of erythrocyte membrane mechanical stability by 2,3-diphosphoglycerate in the neonatal poikilocytosis/elliptocytosis syndrome. J Clin. Invest. 1987;79:943–949,

[14]. Stohs SJ. Bagchi D. Oxidative mechanisms in the toxicity of metal ions Free Radical Biol. Med. 1995 Feb;18(2):321-36,

[15]. Suwalsky M, Ungerer B, Villena F, Cuevas F, Sotomayor CP. $HgCl_2$ disrupts the structure of the human erythrocyte membrane and model phospholipid bilayers. J. Inorg. Biochem. 2000;81:267–273,

[16]. Halbach S.: Limitations on the uptake of mercury vapour by human erythrocytes in a closed exposure system. J. Appl. Toxicol. 1981, 1, 302-314,

[17]. Rodrigues JL, de Souza SS, de Oliveira Souza VC, Barbosa F., Jr Methylmercury and inorganic mercury determination in blood by using liquid chromatography with inductively coupled plasma mass spectrometry and a fast sample preparation procedure. Talanta. 2010;80:1158–1163,

[18]. Casarett LJ, Klaassen CD, Doull J. Casarett and Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2007,

[19]. Chabanel A, Sung KL, Rapiejko J, Prchal JT, Palek J, Liu SC, et al. Viscoelastic properties of red cell membrane in hereditary elliptocytosis. Blood. 1989;73:592–595,

[20]. Davidson PW, Myers GJ, Weiss B. Mercury exposure and child development outcomes. Pediatrics. 2004;113(suppl. 4):1023–1029,

[21]. Berglund M, Lind B, Bjornberg K, Palm B, Einarsson O, Vahter M. Inter-individual variations of human mercury exposure biomarkers: a cross-sectional assessment. Environ. Health. 2005;4:20. doi: 10.1186/1476-069X-4-20,

[23]. Kyung-Min Lim, Sujin Kim, Ji-Yoon Noh, Keunyoung Kim, Won-Hee Jang, Ok-Nam Bae, Seung-Min Chung, Jin-Ho Chung. Low-Level Mercury Can Enhance Procoagulant Activity of Erythrocytes: A New Contributing Factor for Mercury-Related Thrombotic Disease. Environ. Health Perspect. 2010 July; 118(7): 928–935,

[24]. Chasis JA, Mohandas N. Erythrocyte membrane deformability and stability: two distinct membrane properties that are independently regulated by skeletal protein associations. J. Cell Biol. 1986;103:343–350,

[25]. Chung SM, Bae ON, Lim KM, Noh JY, Lee MY, Jung YS, et al. Lysophosphatidic acid induces thrombogenic activity through phosphatidylserine exposure and procoagulant microvesicle generation in human erythrocytes. Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 2007;27:414–421,

[26]. Davidson PW, Myers GJ, Weiss B. Mercury exposure and child development outcomes. Pediatrics. 2004;113(suppl. 4):1023–1029.

УДК 614.39:616.64/.699]-055.1

Рыхлицкая А.В., Сурмач М.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА: К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ

В статье рассматриваются особенности современного состояния здоровья мужчин и определяются методологические подходы к его изучению

Ключевые слова: *здоровье мужчин, демографический потенциал, репродуктивная функция, факторы риска.*

Ryhlitskaya A.V., Surmash M.Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

THE MEN'S HEALTH AS A COMPONENT OF DEMOGRAGRAPHIC POTENTIAL: TO THE QUESTION OF METHOD OF STUDY

The article discusses the features of the current state of men's health and identifies the methodological approaches to its study

Key words: men's health, demographic potential, reproductive function, risk factors.

Репродуктивное здоровье населения является важной составляющей демографического потенциала любой страны. Для Республики Беларусь повышение рождаемости – одна из актуальных задач государственного уровня значимости. Женское население Беларуси количественно превалирует над мужским. По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, среднегодовая численность населения за 2015 год составляет 9489616 человек, из них мужского населения – 4415020 (46,5%), женского - 5074596 (53,5%). Средняя продолжительность предстоящей жизни мужчин на протяжении более двадцати лет значительно отличается от данного показателя у женщин. По данным Национального статистического комитета, ожидаемая продолжительность жизни мужчин

при рождении в 2015 году составляет 68,6 лет, женщин – 78,9 лет [1]. Стоит отметить, что вклад мужской составляющей в структуре причин бесплодия в паре – не менее 50%.

Факторы, влияющие на здоровье мужчин, можно свести в несколько категорий: поведение мужчин; факторы, влияющие на поведение мужчин и отношение к здоровью; представления о собственном здоровье и выражение эмоций; медицинское обслуживание [2]. В целом, мужчины вдут менее здоровый образ жизни, чем женщины, и они намного реже занимаются оздоровлением. Мужчины чаще, чем женщины используют стратегии поведения, такие как отрицание, раздражение, злоупотребление алкоголем, и реже применяют здоровые стратегии поведения и признают, что они нуждаются в помощи [3]. Данная работа предполагает подробное изучение указанных факторов с целью непосредственного влияния на них и возможной коррекции.

Проблемы бесплодия являются актуальными для большинства развитых стран мира. Однако организация медицинской помощи парам, сталкивающимся с проблемой бесплодия в браке, должна отвечать требованиям современной медико-социальной ситуации в стране, учитывать влияние факторов риска на здоровье мужчин, управлять такими факторами. В свою очередь, медико-социальные и медико-организационный факторы риска для населения разных стран отличаются, поскольку имеют поведенческую и культурную обусловленность.

Государственная необходимость получения научно обоснованных результатов по теме планируемого исследования подтверждается государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы (Постановление Совета Министров РБ №200 от 14.03.2016г.), в том числе: Приложение 1, подпрограмма «Семья и детство», п.1 «Разработка и внедрение национальной модели службы планирования семьи, создание службы охраны мужского здоровья», п.1.1 «разработка учебного модуля по репродуктивному здоровью, в том числе по предабортному консультированию, для специалистов службы планирования семьи, врачей общей практики и помощников врачей, акушеров-гинекологов, психологов, психотерапевтов», п. 1.3. «Развитие сотрудничества с общественными и религиозными организациями по сохранению и укреплению семейных ценностей, ответственного родительства».

В настоящее время в УО «Гродненский государственный медицинский университет» запланировано диссертационное исследование, направленное на обоснование и внедрение социально эффективных организационных методов в профилактике и лечении нарушений реализации репродуктивной функции пар, обусловленных факторами здоровья мужчин, в Республике Беларусь. Цель работы - разработать организационные технологии первичной диагностики и управления риском нарушений реализации репродуктивной функции мужчин.

Для достижения цели поставлены следующие задачи:

1. Выявить основные факторы риска нарушений здоровья мужчин репродуктивного возраста.
2. Выявить структуру заболеваемости мужчин с нарушениями репродуктивной функции, особенности обращаемости за медицинской помощью и удовлетворённости мужского населения организацией медицинской помощи парам с бесплодием.
3. Разработать шкалу риска нарушений репродуктивного здоровья мужчин.
4. Обосновать технологии применения метода выявления риска нарушений репродуктивного здоровья мужчин на первичном уровне оказания медицинской помощи, уровне женской консультации, консультативно-диагностического отделения «Брак и семья».

Исследование планируется выполнять на протяжение трёх лет, поэтапно. На первом этапе проведен опрос мужчин репродуктивного возраста (выборка, репрезентативная республиканской) по аспектам репродуктивного здоровья и поведения (1. Социальное и материальное положение. 2. Самооценка здоровья, в том числе и репродуктивного. 3. Психологические установки к браку, случайным половым связям, аборту. 4. Личностное отношение к бесплодному браку, в том числе из-за мужского фактора.) Опрос призван выявить распространённость и структуру медико-социальных факторов риска нарушений реализации репродуктивной функции семьи. В качестве второго этапа планируется осуществить опрос мужчин призывного возраста по проблемам психологического здоровья для выявления распространённости поведенческих факторов риска, связанных с приобщением к психоактивным веществам, курением, употреблением алкоголя. Запланировано также изучение первичной (амбулаторная карта, статистический талон и другие документы) и отчётной медицинской документации кабинетов планирования семьи (на примере одной из женских консультаций г. Гродно) для выявления структуры заболеваемости, факторов риска нарушений репродуктивной функции у мужчин, а также изучение первичной и отчётной медицинской документации консультативно-диагностического отделения «Брак и семья» поликлиники УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр» (УЗ "ГОКПЦ") для выявления структуры заболеваемости, факторов риска нарушений репродуктивной функции у мужчин.

На основании анализа полученных данных предполагается разработать и апробировать диагностическую опросную шкалу риска нарушений репродуктивного здоровья мужчин, приводящих к затруднениям в реализации репродуктивной функции семьи, затем - обосновать особенности технологии применения метода выявления риска нарушений репродуктивного здоровья мужчин на уровне женской консультации и консультативно-диагностического отделения «Брак и семья» перинатального центра.

Таким образом, впервые предполагается выявить основные факторы риска нарушений здоровья мужчин репродуктивного возраста, структуру заболеваемости мужчин с нарушениями репродуктивной функции, особенности обращаемости за медицинской помощью и удовлетворённости мужского населения организацией медицинской помощи парам с бесплодием; разработать организационные технологии первичной диагностики и управления риском нарушений реализации репродуктивной функции мужчин на различных уровнях оказания им медицинской помощи.

В качестве основного результата предполагается получить шкалу оценки факторов риска нарушений здоровья мужчин, используемую на первичном уровне оказания медицинской помощи, уровне женской консультации, консультативно-диагностического отделения «Брак и семья». Внедрение технологий профилактики мужского здоровья, разработанных с учётом данных изучения удовлетворённости мужчин организацией медицинской помощи, приведет к повышению медицинской активности и улучшению показателей здоровья мужчин, что положительно отразится на реализации их репродуктивного потенциала.

Список литературы:

1. Демографический ежегодник Республики Беларусь// Национальный статистический комитет Республики Беларусь. - Минск, 2016. 443 с.
2. Семутенко К. М., Чешик И. А., Шаршакова Т. М. Ключевые детерминанты мужского здоровья (сообщение i) // Проблемы здоровья и экологии. 2014. №4 (42). С. 13-19.
3. Koop, M.S. Why do women suffer more and live longer? / M.S.Koop, A.Skrabski, S.Szedmak// Psyhosomatic Medicine. 1998. №60. P.92-135.

УДК 616-72-007.24:616.728.3-085

Саидхонова А.М.
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ПУТЕМ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье рассматриваются вопросы повышение качества жизни больных деформирующий остеоартрозом в амбулаторных условиях, и характеристика наиболее эффективных методов лечебная физическая культура у больных.

Ключевые слова: *повышение качества жизни, деформирующий остеоартроз, лечебная физическая культура, опросник SF-36.*

Saidkhonova A.M.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

IMPROVING QUALITY OF LIFE WITH DEFORMING OSTEOARTHROSIS BY OPTIMIZING PREVENTIVE MEASURES IN TERMS OF PRIMARY HEALTH CARE

The article devoted to the questions of the improving quality of life in outpatient clinic and characteristic of the most effective methods of therapeutic physical training in patients.

Key words: *improving quality of life, deforming osteoarthritis, healing fitness, questionnaire SF-36.*

На сегодняшний день существует большая группа хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата разной этиологии, но с одним патогенетическим механизмом воспалительно-дегенеративными изменениями всего тканевого комплекса суставов (хрящевой ткани, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных тканей) и сходными клиническими проявлениями, приводящими к глубокому нарушению структуры суставов с потерей хрящевой ткани и частичной или даже полной утратой их функции [***3,*** 1, 2].

Деформирующий остеоартроз (ДОА), имеет большое социально-экономическое значение из-за высокой распространенности, частого развития инвалидности больных, особенно старших возрастных групп, а также связанного с этим снижения качества жизни пациентов [***4***].

ДОА занимает второе место, уступив первую позицию остеопорозу, в рейтинге заболеваний костей и суставов, имеющих важнейшее медико-социальное значение [***5,6, 7***]. Распространенность и заболеваемость ДОА постоянно растут. Так, в 2002 году распространенность остеоартроза составила в США 13,2 млн, Европе - 14,5 млн, Японии - 6,6 млн, то в 2006 г. среди населения в возрасте 65-70 лет показатель распространенности ОА коленных суставов превышает 1000 на 100 тыс. населения [8]. В соответствии с мировой статистикой, ОА занимает 2-е место по количеству дней и 3-е - по количеству случаев временной нетрудоспособности среди лиц трудоспособного возраста.

В настоящее время в связи со значительным постарением населения особенно актуальна проблема профилактики и лечения ДОА, так как с возрастом происходит разбалансировка процессов репарации и деградации суставного хряща, которые в норме уравновешены [8].

Материалы и методы.

Контроль-случай. Исследование проводилось в 2013-2016 годах в семейной поликлинике № 9 города Ташкента с участием 60 больных 43-76 лет (56,52±2,4), страдающих остеоартрозом с длительностью заболевания от 1 до 25 лет (11,3±1,1). В соответствии с рентгенологической стадией болезни, больные были разделены следующим образом: I и II стадии - 65% и 35%; III и IV стадии – 35%. Все больные были распределены на 2 группы: 1-группа (основная группа) состояла из 35 пациента, которые получали лечебная физическая культура, хондропротектор (1000 мг в сутки) peros в течение 3-х месяцев в комплексе с НПВС. 2-группу (контрольная группа) составили 25 больных, которые получали хондропроотектор, НПВС. Пациенты обеих групп не имели существенных различий по возрасту, длительности заболевания и рентгенологической стадии заболевания. Эффективность лечения определялась ежемесячно по схеме: клиническое обследование - функциональный индекс WOMAC; лабораторное исследование крови - СОЭ, С-реактивный белок, трансаминазы, билирубин; рентгенологическое исследование пораженный суставов и определение показателей качества жизни опросника SF-36.

Результаты и обсуждения.

При анализе полученных результатов по изучению влияния лечебная физическая культура на заболевание было установлено, что клиническая эффективность наступает в среднем на 4 неделе и достигает максимума на 12 неделе. Так, в группе исследования количество больных, получающих НПВС, к концу 3-месяца снизилось до 10% (P<0,05), как в группе контроля этот показатель составил 70% (P<0,05). Также нами был изучен функциональный индекс WOMAC. Так, при анализе боли по ВАШ до лечения средний индекс WOMAC составил 4,45, после лечения -0,80, снижение индекса составило 81,9% (P<0,05) ; ограничения движений до лечения средний индекс был равен 4,7, после лечения - 1,0, снижение индекса составило 78,7% (P<0,05). Средний индекс жизнедеятельности до лечения составлял – 4,69, после лечения – 1,27; снижение индекса - 72,6% (P<0,05). Снижение среднего функционального индекса WOMAC по всем критериям к окончанию лечения произошло на 75,3% (P<0,05). По опросникам качества жизни SF-36 динамику у основной группы пациентов улучшилось показатели, характеризующие физическое здоровье. Так, физическая активность (PF) улучшилась на 32,4 % (p <0,05), ролевое физическое функционирование (RP) - на 33,8 % (p <0,05), телесная боль (BP) - на 39,7 % (p <0,05), общее состояние здоровья (GH) - на 16,8 % (p <0,05).

Выводы. Таким образом, применение лечебная физическая культура в комплексе с общепринятой схемой лечения ДОА в течение 3 месяцев, по сравнению с контрольной группой, достоверно уменьшает суставной синдром, боль, увеличивает функциональную способность, улучшилась физическая активность ,общее состояние здоровья.

Список литературы:

1. Арнот Б. Защити свои суставы / пер. с англ. И. В. Гродель. – М. : ООО Попурри, 2005. - 320 с. (Серия «Здоровье в любом возрасте»)
2. Бородулин С.Н., Братчикова В.А., Карягин В.В., Ачимов А.П. Применение интегрального показателя для оценки нарушения статодинамической функции у больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2012. -N 1. -С.52-55.
3. Коваленко В.Н., Борткевич ОП. Остеоартроз. Практическое руководство. —Киев: Морион, 2003. —448 с.
4. Насонова ВА, Фоломеева ОМ. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России // Научно-практическая ревматология. —2001.— №1.-С.7-11.
5. Поворознюк В.В. Остеоартроз: современные принципы лечения // Здоровье Украины. -2003.-№ 3 (9).— С.16-21.
6. Яременко О.Б., Решотько ДА. и др. Новые возможности симптоматической противовоспалительной терапии ревматоидного артрита // "Здоров'я Украгни", Ревматологія. Власне дослідження.— 2008. —№ 3.—С.38-45
7. Felson D.T. Osteoarthritis of the knee // N. Engl. J. Med.-2006.-Vol.354.—P.841-848.
8. Jordan K.M. E et al., 2003ЖНасонов Е.Л., 2004; Squires G.R. и др., 2004

УДК 616.24-002.5:612.65

Саидхонова А.М.
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

В статье рассматриваются вопросы оценка вентиляции лёгких у курящих и некурящих молодых людей обоего пола спирометрическим и пневмотахометрическим методами по показателям статических и динамических показателей вентиляции лёгких на автоматизированном многофункциональном спирометре.

Ключевые слова: *курение, вентиляция легких, спирометрия, молодых людей*

Saidkhonova A.M
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

STATE PULMONARY VENTILATION IN YOUNG PEOPLE

The article deals with the assessment of lung ventilation in smoking and non-smoking young people of both sexes and spirometric pnevmotahometricheskim methods in terms of static and dynamic indicators of lung ventilation on automated multifunction spirometer.

Keywords: smoking, ventilation, spirometry, young people

В последнее острое значение приобрела проблема курения, которое распространено не только у юношей, но и у девушек, что обусловлено желанием молодых людей быть современными. Однако известно, что курение приводит к раннему возникновению забо-

леваний сердечно-сосудистой системы, заболеваниям со стороны органов дыхания, в том числе онкологического характера, органов пищеварения, печени, иммуннодефицитных состояний и др.

По странам и территориям мира, представляющим соответствующие сведения в ВОЗ, распространённость курения табака среди взрослого населения варьируется от 4 % -54 %. В первую десятку стран, в которых наиболее широко распространено курение табака, входят, помимо Науру, Гвинея, Намибия, Кения, Босния и Герцеговина, Монголия, Йемен, Сан-Томе и Принсипи, Турция, Румыния.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире в среднем каждые восемь секунд умирает один человек от заболеваний, связанных с курением табака, а ежегодно по этой причине умирают пять миллионов человек. «Если тенденции нарастания распространённости курения не будут снижаться, то, по прогнозам, к 2020 году ежегодно будут преждевременно умирать 10 млн человек, а к 2030 году курение табака станет одним из самых сильных факторов, приводящих к преждевременной смерти».

Так, известно и окончательно доказано, что причиной хронической обстуктивной болезни легких в 86-90% случаев является курение, как и в80-85% случаев заболевания раком легких.

Цель исследования: оценка вентиляции лёгких у курящих и некурящих молодых людей обоего пола.

Методы исследования. Исследование вентиляционной функции проведено у 62 молодёжи в возрасте 19-24 лет с нормальной массой тела, в том числе у 34 юношей (27– некурящих и 7– курящих со стажем курения от 1 до 5 лет), а также 48 девушек (40 – некурящих и 8 – курящих со стажем 1-2 года) спирометрическим и пневмотахометрическим методами по показателям статических и динамических показателей вентиляции лёгких на автоматизированном многофункциональном спирометре.

Результаты. При проведении исследований выявлено, что у мужского пола отмечалось снижение статических показателей вентиляционной функции лёгких (дыхательный объём (ДО) на 36%, резервный объем вдоха (РО вд) на 14%, резервный объем выдоха (РО выд) на 33%, жизненная емкость легких (ЖЕЛ) на 12%) и динамических объёмов и потоков, регистрируемых при форсированных манёврах пневмотахографическим методом путём регистрации кривой «поток-объём» (форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) на 3%, минутный объем дыхания (МОД) на 15%, форсированной объёмной скорости при выдохе 25%, 50% от ФЖЕЛ на 19% и 12%, соответственно).

Данные показатели свидетельствуют о наличии изменений как обструктивного характера (уменьшение РО выд. и показателей, характеризующих максимальную объёмную скорость на уровне выдоха), так и рестриктивного характера (снижение ЖЕЛ). Снижение МВЛ и ЖЕЛ свидетельствует о развитии скрытой стадии недостаточности функции внешнего дыхания у курящих юношей.

У девушек характер обнаруживаемых изменений изучаемых показателей был менее выражен, различие изучаемых показателей не носили достоверного характера, за исключением снижения МВЛ на 20% и показателей объёмных скоростей на уровне выдоха 25% и 50% на 24% и 18%, соответственно. Данные изменения могут быть связаны с нервно-мышечной слабостью, развивающейся у девушек при курении и наличием нарушений со стороны вентиляционной функции легких обструктивного характера.

Выводы. У курящих молодых людей выявлены изменения некоторых показателей со стороны функции легочной вентиляции обструктивного и рестриктивного характера, свидетельствующие о развитии начальной стадии дыхательной недостаточности. Причина менее выраженных отклонений у курящих девушек может быть обусловлена меньшей продолжительностью стажа курения, а также меньшим количеством выкуриваемых сигарет.

Список литературы:

1. Smoking and age-related macular degeneration: a review of association (англ.). Eye Nature. 19 декабря 2012.
2. Longmore, M., Wilkinson, I., Torok, E. Oxford Handbook of Clinical Medicine (Fifth Edition) p. 232
3. Scientific American, June 2006, p. 24; «Body Blazes» by Lisa Melton
Baron JA. Benefical effects of nicotine and cigarette smoking: the real, the possible and spurious. British Medical Bulletin, 1996:52:58-73.
4. РИА Новости: Табак содержит радиоактивный полоний-210. Архивировано из первоисточника 22 августа 2011.
5.Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misue // Lancet. - 2007. - Т. 369, № 9566. - P. 1047-53. - DOI:10.1016/S0140-6736(07)60464-4. - PMID 17382831.
6. H. K. Biesalski, B. B. de Mesquita, A. Chesson, F. Chytil, R. Grimble, R. J. Hermus, J. Kohrle, R. Lotan, K. Norpoth, U. Pastorino and D. Thurnham European Consensus Statement on Lung Cancer: Risk Factors and Prevention // A Cancer journal for clinicans. - 1998. - № 48(3). - DOI: 10.3322/canjclin.48.3.167. - PMID 9594919.
7.Андреева Т. И., Красовский К. С. Табак и здоровье. - Киев, 2004. - 224 с.
8. Villeneuve, PJ; Mao Y (November 1994). «Lifetime probability of developing lung cancer, by smoking status, Canada». Canadian Journal of Public Health 85 (6): 385–388. PMID 7895211.
9. Ochsner, Alton. The Health Menace of Tobacco: The link between lung cancer and smoking is well known. A distinguished doctor discusses this and other equally serious conditions caused or aggravated by tobacco. // American scientist (1971): 246—252. (англ.)
10. http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/larynx-cancer/about/risks-and-causes-of-laryngeal-cancer "Smoking tobacco and drinking a lot of alcohol are the main risk factors for cancer of the larynx in the western world. Alcohol and cigarettes contain chemicals that increase the risk of cancer. ... When you smoke, the smoke passes through the larynx on its way to your lungs. "

УДК 616-72-007.24: 616.728.3

Саидхонова А.М., Сайитхонов С.М

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

В статье рассматриваются вопросы показатели качества жизни у больных с остеоартрозом и исследовать их изменения в процессе лечения.

Ключевые слова: *качества жизни, деформирующий остеоартроз, лечебная физическая культура, опросник SF-36.*

Saidkhonova A.M., Sayitkhonov S.M

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

ASSESMENT INDICATORS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DEFORMING OSTEOARTHRITIS

The article deals with the quality of life in patients with osteoarthritis and to investigate their changes during treatment.

Key words: *quality of life, deforming osteoarthritis, healing fitness, questionnaire SF-36.*

КЖ — это интегральный показатель физического, психологического, экономического и социального функционирования человека, основанный на его субъективном восприятии. В настоящее время становится все более очевидным тот факт, что заболевания опорно-двигательного аппарата существенно ухудшают КЖ пациентов из-за наличия постоянной боли и нарушения функциональной активности [1; 9; 13]. Снижение, а затем и потеря не только работоспособности, но и возможности выполнять обычные повседневные функции ставят сложные задачи перед самим больным, его семьей и обществом в целом. Поэтому улучшение КЖ считается главной целью при лечении пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе и ревматическими.

Цель работы — определить показатели качества жизни у больных с остеоартрозом и исследовать их изменения в процессе лечения.

Материалы и методы. В наше исследование были включены 60 пациента с патологией опорно-двигательного аппарата, а именно с остеоартрозом (ОА), средний возраст составлял 59,6 ± 3,2 г., среди которых было 39 женщины (78 %) и 21 мужчин (22 %). В нашем исследовании проводилось определение показателей качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных с остеоартрозом до начала лечения и после трех недель стандартного лечения, которое включало в себя применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), хондропротекторов и лечебная физическая культура.

Результаты. В результате проведенного анкетирования больных с использованием опросника SF-36 были получены оценки КЖ в баллах от 0 до 100, по которым, чем больше ограничений чувствовали пациенты в повседневной жизни, тем более низкие показатели демонстрировал данный опросник. При оценке КЖ по SF-36 среди 60 больных ОА до начала лечения было зафиксировано следующее распределение показателей по шкалам (рис. 1).

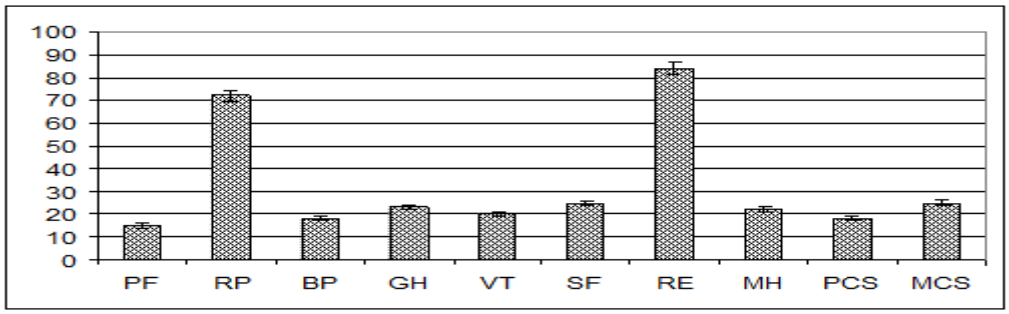


Рисунок 1. Показатели качества жизни по шкалам SF-36 у больных ОА (M ± m, n = 34; по оси абсцисс-параметры опросника, ординат-баллы)

Как показано на рис. 1 у пациентов наблюдалось снижение показателей КЖ по большинству шкал. В наибольшей степени у больных были снижены показатели физической активности (PF) - 16,43 ± 2,87 балла и наблюдался выраженный болевой синдром (BP) — 18,21 ± 3,12 балла. Это свидетельствует о значительных ограничениях у больных с ОА при ходьбе, выполнении наклонов, а также выполнении физических нагрузок. Очевидно, именно с этими обстоятельствами, а также со снижением жизнеспособности (VT) к показателю 21,34 ± 1,95 балла, показателей общего (GH) - 24,41 ± 1,37 балла и психологического (MH) здоровья - 22,67 ± 1,84 балла связано резкое уменьшение социального функционирования (SF) пациентов - 26,14 ± 2,35 балла.

По окончании стандартного курса немедикаментозной и медикаментозной терапии у пациентов было проведено повторное анкетирование, которое показало достоверную положительную динамику показателей КЖ по всем шкалам опросника. С наибольшей степенью достоверности у пациентов улучшились показатели, характеризующие физическое здоровье. Так, физическая активность (PF) улучшилась на 32,4 % ($p < 0,05$), ролевое физическое функционирование (RP) - на 33,8 % ($p < 0,05$), телесная боль (BP) - на 39,7 % ($p < 0,05$), общее состояние здоровья (GH) - на 16,8 % ($p < 0,05$).

Среди показателей, характеризующих психологическое здоровье, улучшение наблюдалось в меньшей степени и с меньшей достоверностью. Ролевое эмоциональное функционирование (RE) улучшилось на 19,8 % ($p < 0,05$), жизнеспособность (VT) - на 28,4 % ($p < 0,05$) и психологическое здоровье (MH) - на 17,8 % ($p < 0,05$). Особенно важна оценка такого параметра, как социальное функционирование больных (SF), которое улучшилось на 20,7 % ($p < 0,05$). В результате все вышеуказанные изменения привели к улучшению суммарных показателей физического и психологического здоровья. Так, обобщенное физическое здоровье (PCS) улучшилось на 16,7 % ($p < 0,05$), а обобщенное психологическое здоровье (MCS) - на 12,5 % ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание тот факт, что отдельно взятые и обобщенные показатели качества жизни, отражающие уровень физического здоровья, улучшились в большей степени и с большей вероятностью, чем параметры психологического благополучия, хотя при исходном тестировании наблюдалось практически одинаковое снижение показателей, характеризующих физическое и психологическое здоровье.

Анализируя данные исходного и заключительного тестирования, можно сказать, что болевой синдром и ограничение подвижности разной степени, характерные для остеоартроза, приводят в результате к нарушению выполнения даже обычной повседневной работы. Поскольку ОА является хроническим заболеванием и приводит к длительному ухудшению физического состояния, он вызывает также и вторичные проблемы психологического и социального характера [2; 10; 11; 12]. Поэтому значительное уменьшение болевого синдрома, улучшение физической активности и ролевого физического функционирования на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (первичное анкетирование проводилось до терапии НПВП) и привело к полученному результату.

Поскольку наибольший вклад в ухудшение показателей качества жизни больных вносит болевой синдром, нами параллельно была проведена оценка степени выраженности болевого синдрома в суставах по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). ВАШ представляет собой горизонтальную линию длиной 100 мм, которая отражает спектр интенсивности боли, где 0 соответствует понятию «нет боли», 100 — «боль настолько сильна, насколько можно себе представить». В отличие от других шкал разметка ВАШ не проводится, пациент самостоятельно отмечает точку на данной линии, которая соответствует уровню его боли. Соотношение данной точки с миллиметровой разметкой линейки дает цифровое выражение интенсивности боли [1; 3; 4; 7]. Оценивают по ВАС такие показатели как боль в покое, ночью, боль при движении, «стартовая» боль.

При первичном анкетировании определялись следующие показатели: боль в покое составляла 43,4 ± 3,6 мм, боль при движениях - 76,1 ± 3,8 мм, «стартовая» боль - 62,2 ± 4,2 мм, ночная боль - 49,7 ± 3,6 мм.

При проведении повторного анкетирования наблюдалось достоверное ($p<0,05$) уменьшение болевого синдрома. По мнению пациентов, максимальная эффективность лечения наблюдалась через 5,6 ± 0,8 дней с момента начала медикаментозной терапии. Так, боль в покое уменьшилась на 53,4 %, боль при движениях - на 59,4 %, «стартовая» боль - на 54,8 %, ночная боль - на 63,2 %.

Выводы. Уменьшение степени выраженности болевого синдрома у больных с остеоартрозом является главной целью в лечении данной группы пациентов, что в конечном итоге приводит к существенному улучшению показателей качества жизни больных и росту функциональных возможностей пациентов. На современном этапе методика оценки показателей качества жизни позволяет оценить не только характер влияния болезни на жизнедеятельность пациента, но и может быть использована в качестве одного из критериев оценки эффективности проводимого лечения. Генерический опросник SF-36 дает широкую возможность оценить, как эффективность лечения многих хронических заболеваний и коморбидной патологии, так и эффективность применения отдельных медикаментозных препаратов. Значительными преимуществами данного метода является оценка как физического, так и психологического фактора, широта применения (использовать для различных заболеваний), относительная простота расшифровки результатов и небольшое время для опроса пациента.

Список литературы:

1. Амирджанова В.Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В.Н. Амирджанова, Г.М. Койлубаева // Научно-практическая ревматология. - 2003. - № 2. - С. 72-76.
2. Головач И.Ю. Таргетный подход в лечении остеоартроза / И.Ю. Головач // Здоров'я України. Тематичний номер. - 2012. - № 3-4 (23-24). - С. 60-61.
3. Казимирко В.К. Первичный (возрастзависимый, инволюционный) остеоартроз / В.К. Казимирко, В.Н. Коваленко, В.И. Мальцев. - К.: Морион, 2006. - 175 с.
4. Коваленко В.Н. Остеоартроз. Практическое руководство / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич. - К.: Морион, 2008. - 448 с.
5. Остеоартроз как фактор риска кардиоваскулярных катастроф / О.И. Мендель, А.В. Наумов, Л.И. Алексеева [и др.] // Український ревматологічний журнал. - 2010. - № 3 (41). - С. 68-73.
6. 10. Aigner T. Aging theories of primary osteoarthritis: from epidemiology to molecular biology / T. Aigner, J. Rose, J. Matrin, J. Buckwalter // Rejuvenation Res. - 2007. - Vol. 7, № 2. - P. 134-145.

7. Bonnet C.S. Osteoarthritis, angiogenesis and inflammation / C.S. Bonnet, D.A. Walsh // Rheumatology. - 2005. - Vol. 44, № 1. - P. 7-16.
8. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide /J.E. Ware, K.K. Snow, V. Kosinski [et al.] // Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated. - 2000. - 150 p

УДК: 616.24-002.2

Салаева М.С.
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

СООТНОШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

У больных хронической обструктивной болезнью легких отмечается напряжение и срыв адаптационно-компенсаторных возможностей организма и снижение параметров качества жизни.

Ключевые слова: *хронической обструктивной болезнью легких, качества жизни, вегетативной нервной системы.*

Salaeva M.S.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

INTERRELATIOSHIP BETWEEN LIFE QUALITY AND VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEAS

In the patients with chronic obstructive lung diseas there was noted tension and damage of adaptation-compensatory body capacity and reduction of the life quality parameters.

Key words: *chronic obstructive lung diseas, life quality, vegetative nervous system.*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), которыми страдают более 200 млн. человек во всем мире, представляют собой не только медицинскую, социально-экономическую, но и обще гуманитарную проблему (5).

В настоящее время значительно возрос интерес клиницистов к изучению функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС). ВНС опосредует свое влияние на функциональное состояние бронхов через симпатические и парасимпатические механизмы регуляции. По блуждающему нерву передаются влияния, вызывающие сокращение гладких мышц бронхов; через легочные симпатические сплетения – адренергические влияния, расслабляющие гладкие мышцы (3).

В клинических и социально-медицинских исследованиях последнего времени значительное место занимает оценка качества жизни (КЖ) человека, т.е. оценке степени комфортности как внутри себя, так и в рамках своего общества. КЖ, связанное со здоровьем, - это совокупность параметров, характеризующих различные аспекты функционирования человека: физическое и психологическое состояния, социальные отношения, функциональные возможности в период развития его заболевания (2).

Установлено, что при ХОБЛ отмечается существенное снижение качества жизни у пациентов (6). В месте с тем пока не изучена связь между субъективными ощущениями больного и объективными параметрами, характеризующие вегетативную нервную систему.

Целью настоящей работы было изучение взаимосвязи параметров качества жизни и вегетативной нервной системы у больных ХОБЛ.

Материалы и методы исследования:

Проведены клинико-функциональные исследования 57 больных ХОБЛ на базе пульмонологического отделения. Качество жизни определяли по Сиэтлскому опроснику, включающему 29 вопросов, оценивающих физическое состояние, эмоциональное состояние, состояние профессиональной пригодности и удовлетворенность лечением.

Состояние вегетативной нервной системы оценивали методом кардиоинтервалографии (КИГ) по Баевскому (1976). Полученные данные обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение.

Исследования исходного вегетативного тонуса у больных ХОБЛ показали, что в 43 % у больных ХОБЛ встречалось состояние перенапряжение адаптационных возможностей организма, определяющееся гиперсимпатикотонией и значительно реже среди больных ХОБЛ встречались эйтоники (28%), симпатикотоники (17,5%), ваготоники (10,5%).

Установлено достоверное снижение параметров КЖ у больных ХОБЛ и отсутствие взаимосвязи снижения параметров КЖ от исходного вегетативного тонуса, определяющего адаптационные возможности организма (табл.1).

Таблица 1 - Взаимосвязь исходного вегетативного тонуса с параметрами кж у больных с хобл (в баллах)

Пара-метры	Макс. возм.	ЭТ (n=16)	СТ (n=10)	ГСТ (n=25)	ВТ (n=6)	Р		
						1-2	1-3	1-4
ФС	5,2	2,20±0,19	1,93±0,17	2,0±0,09	1,83±0,36	>0,2	<0,5	<0,5
ЭС	7,0	4,18±0,30	2,8±0,36	3,96±0,23	3,7±0,74	<0,001	<0,5	<0,5
ПП	7,0	3,53±0,30	3,17±0,33	3,59±0,21	3,70±0,52	<0,5	>0,5	>0,5
УЛ	5,0	2,31±0,14	2,5±0,20	2,98±0,20	2,66±0,24	<0,5	<0,01	<0,2

Примечание: ФС - физическое состояние, ЭС - эмоциональное состояние, ПП – профессиональная пригодность, УЛ – удовлетворенность лечения.

Установлено, что как в состоянии эйтонии, так и при перенапряжении и срыве адаптации, параметры КЖ по физическому состоянию были снижены на 57,7% и 61,5% от максимально возможных баллов, по эмоциональному состоянию – на 40,3% и 43,4%, по профессиональной пригодности – на 49,6% и 48,7%.

Оценка компенсаторных возможностей организма показала, что у больных ХОБЛ в 59,% отмечается гиперсимпатикотоническая и в 28% асимпатикотоническая вегетативная реактивность и лишь в 28% определена нормотоническая вегетативная реактивность, отражающее сохранность компенсаторных возможностей организма.

Отмечено достоверное снижение параметров КЖ у больных ХОБЛ и проявление четкой взаимосвязи снижения параметра КЖ по профессиональной пригодности в зависимости от компенсаторных возможностей (табл.2).

Таблица 2 - Взаимосвязь вегетативной реактивности с параметрами кж у больных с хобл (в баллах)

Пара-метры	Макс. возм.	НВР (n=16)	ГСВР (n=34)	АСВР (n=7)	Р	
					1-2	1-3
ФС	5,2	2,18±0,21	2,0±0,07	1,93±0,16	>0,5	<0,2
ЭС	7,0	3,91±0,27	3,52±0,16	4,77±0,19	>0,5	<0,02
ПП	7,0	4,04±0,28	3,48±0,16	3,75±0,56	<0,05	>0,5
УЛ	5,0	2,34±0,14	2,48±0,10	1,85±0,28	>0,5	<0,2

Установлено, что больные с гиперсимпатикотонической и асимпатикотонической вегетативной реактивностью имеют более низкие параметры профессиональной пригодности по сравнению с лицами с нормотонической вегетативной реактивностью.

Выводы:

1.У больных ХОБЛ чаще отмечается напряжение и срыв адаптационно-компенсаторных возможностей организма и снижение параметров качества жизни. У больных ХОБЛ не обнаружено взаимосвязи снижения параметров КЖ от состояния исходного вегетативного тонуса. Однако, у больных ХОБЛ доказана связь срыва компенсаторных возможностей с более выраженных снижением параметров КЖ по профессиональной пригодности.

2. Расширение реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление адаптационно-компенсаторных возможностей организма, может способствовать восстановлению и улучшению качества жизни больных ХОБЛ.

Список литературы:

1. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В., Самерханова А.Э. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. Медицинская помощь, 2002, № 4, с.13-15.
2. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях.- Л, 1973.
3. Убайдуллаев А.М., Гафуров Б.Г., Каюмходжаев М.А. Психовегетативные нарушения у больных бронхиальной астмой. Тер. Архив, 1996, т.68, № 3, с. 44-47.
4. Чучалин А.Г. (член редакционной коллегии журнала), Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита. Тер. Архив, 1998, № 9, с. 53-57.
5. Черняк Б.А., Трофименко И.Н., Белевский А.М. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (под. Редакцией А.Г.Чучалина).-М, 2004, с.219-253.

УДК 373.2

Салтыкова-Волкович М.В.

Гродненский государственный университет имени Я.Купалы, г. Гродно, Беларусь

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

В статье рассматриваются вопросы арт-терапевтической работы с детьми-инвалидами, анализируются методы реабилитации детей-инвалидов.

Ключевые слова: *арт-терапия, дети-инвалиды, реабилитация.*

Saltykova-Volkovich M.V.

Grodno State University named Yanka Kupala, Grodno, Belarus

ART THERAPY REHABILITATION ASSISTANCE DISABLED CHILDREN

This article discusses the art of therapeutic work with children with disabilities, and analysis of methods of rehabilitation of children with disabilities.

Key words: *art therapy, children with disabilities, rehabilitation.*

Арт-терапия – это метод развития и изменения сознательных и бессознательных сторон психики личности посредством разных форм и видов искусства. Основной целью является гармонизация внутреннего состояния человека, восстановление его способности находить оптимальное, способствующее активному продолжению жизни состояние равновесия. Задачи арт-терапии:

акцентировать внимание ребенка-инвалида на своих ощущениях и чувствах;

создать оптимальные для него условия, способствующие наиболее четкой вербализации и проработке тех мыслей и чувств, которые он привык подавлять;

помочь ребенку-инвалиду найти социально приемлемый выход как позитивным, так и негативным чувствам.

Арт-терапия эффективна в реабилитационном процессе еще и тем, что она удовлетворяет самую фундаментальную потребность человека – потребность в самоактуализации [1]. Выделяют три основные функции арт-терапии – компенсирующую, развивающую и обучающую. Арт-терапия используется при решении специфических задач, связанных с психокоррекцией, лечением психосоматических заболеваний, эмоциональным воспитанием детей-инвалидов, разрешением конфликтов. Впервые этот термин был употреблен А. Хиллом в 1938 году при описании своих занятий изобразительным творчеством с туберкулезными больными в санаториях. Через несколько лет методы арт-терапии были с успехом применены в лечении детей, вывезенных из фашистских концлагерей во время войны. Затем это определение стало применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством (музыкотерапия, библиотерапия, куклотерапия, изотерапия, песочная терапия, игротерапия и т.п.) Становление арт-терапевтического направления в лечебно-коррекционной и профилактической работе произошло в 60-90-е гг. XX века. Теоретическая база формировалась путем синтеза положений многих наук: классического психоанализа, аналитической психологии К. Юнга, представлений психологии и психотерапии, клинического подхода, социологии и т.д.

К настоящему времени исследователи социальных, педагогических и психологических проблем детей накопили значительный научный материал, обобщение которого позволяет сделать конкретный анализ использования арт-терапии в работе с детьми-инвалидами. Применение видов арт-терапии раскрывается в работах И. Борецкой, И.В. Вачкова, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой, С.А. Игумнова, Г.Л. Лэндрета, В.Н. Никитина, В.И. Петрушина, С.А. Черняевой и других ученых.

Реабилитация искусством по своей природе радикальна. Она связана с раскрытием внутренних сил человека и позволяет развивать внимание, память, мышление, изучить свой жизненный опыт с необычного ракурса, самовыражаться, доставляя удовольствие себе и другим, развивать ценные социальные навыки в групповой работе, освоить новые роли и проявить латетнтные качества личности, а также наблюдать, как изменения собственного поведения влияют на окружающих. Посредством лечения искусством можно укреплять личную идентичность, совершенствовать навыки принятия решений, расслабиться, выплеснуть безопасным образом негативные мысли и чувства, реализовать свою способность к творчеству.

Можно сказать, что арт-терапия строится на вере в творческую основу человека. Она не ставит своей целью сделать ребенка художником, писателем или музыкантом, а направлена в первую очередь на решение психологических проблем. В то же время арт-терапия развивает творческие возможности. Методика арт-терапии позволяет ребенку-инвалиду мобилизовать латентные творческие силы и наблюдать достаточно хорошие результаты своей деятельности даже в тех сферах, в которых он, возможно, не имеет больших способностей (например, в изобразительном творчестве, в пении, в танце). Во время реабилитационных занятий арт-терапией ребенок может открыть в себе неизвестные ранее таланты. Это обусловлено тем, что занятия арт-терапией существенно отличаются от учебных занятий музыкой, танцами, рисованием и т.д. Например, при танцевальной терапии ребенок учится познавать свое тело, произвольно чувствовать свои движения, а не разучивает отдельные элементы танца [2]. При изотерапии также не важен результат, конечный «продукт», поэтому ребенок-инвалид может получать большее удовольствие от самого процесса рисования. Техники и приемы арт-терапии тоже предоставляют большой спектр для творчества ребенка-инвалида и зачастую являются нетрадиционными: пальчиковая живопись, рисование на камушках, на песке и т.д. Ребенок может самостоятельно выбрать материал, выполнять задания на произвольную тему. Важно, что для занятий арт-терапией не требуется специальной подготовки. Положительный терапевтический эффект занятий во многом обусловлен положительными эмоциями от впечатления ребенка о своих работах [3].

В процессе подготовки студентов педагогического факультета Гродненского государственного университета специальности «Олигофренопедагогика», «Логопедия», «Социальная работа», «Дошкольное образование», мы используем такие виды арт-терапии, как сказкотерапию, изотерапию, куклотерапию, игротерапию, музыкотерапию, библиотерапию, драматерапию. С целью выявления эффективности занятий по арт-терапии мы провели анкетирование среди студентов педагогического факультета. В нем принимали участие 76 человек – студенты 2, 3 4 и 5 курса. На вопрос «В чем Вы видите возможности использования арт-терапии в своей будущей работе?» студенты отвечали: «Арт-терапия может дополнять основной процесс реабилитации и поддерживать ребенка в процессе самосовершенствования», «Метод можно использовать для проведения индивидуального консультирования детей-инвалидов и членов их

семей». Отмечали, что арт-терапия значительно помогает снять стресс и негативные эмоции, примириться со своей болезнью, повысить самооценку, помогает изменить отношение трудновоспитуемых детей к самим себе и к окружающим их людям, преодолевать социальные барьеры. Арт-терапия может быть полезна для установления доверительных отношений между социальным работником и ребенком, как считают 86% опрошенных. На вопрос – «Какие преимущества арт-терапии Вы можете назвать по сравнению с традиционными методами в работе?» – 80% опрошенных указали, что этот метод способствует регулированию стрессовых расстройств. Также некоторые студенты специальностей «Олигофренопедагогика» и «Логопедия» ответили: «Все арт-терапевтические занятия приспособлены к перцептивным способностям детей», «Регулируются психодвигательное перевозбуждение или заторможенность», «У детей развивается мышление, воображение, обогащение словарного запаса», «Даются примеры героев из книг, из сказок». На наш вопрос «Какие арт-терапевтические приемы Вы будете применять в своей будущей коррекционной работе?» студенты ответили: «Сочинение, чтение и инсценировка сказок, тренинг личностного роста с использованием сказкотерапии, нетрадиционные техники рисования, занятия по куклотерапии, игротерапии, драматерапия, чтение стихов, рассказов, рассматривание иллюстраций, фотографий, книг и журналов, прослушивание аудиозаписей, тренинговые занятия, игры с книгами». На вопрос к студентам: «Какие виды ресурсной арт-терапии вам представляются эффективными для использования в работе?» 72% ответили: «Работа с ресурсами инстинктов познания и лидерства», 53% выбрали ресурсы свободы и сохранения достоинства, 45% указали ресурсы самосохранения, 44% -- работа с ресурсами альтруизма.

Таким образом, виды арт-терапии позволяют детям-инвалидам раскрепостить воображение, овладеть ценностями культуры и выработать определенные навыки общения и взаимодействия в среде взрослых и сверстников. Посредством арт-терапии происходит развитие коммуникативной сферы, формируется самоконтроль и саморегуляция. Арт-терапия предупреждает невротические срывы у детей-инвалидов. Ее использование способствует развитию социальных навыков, дифференциации эмоциональных состояний, навыков принятия решений, совершенствованию внимания, памяти, мышления, коррекции самооценки.

Список литературы:

1. Борецка, И. Библиотерапия: лекции / И. Борецка. – Гродно : ГрГУ, 2007. – 100 с.
2. Ходоров, Д. Танцевальная терапия и глубинная психология / Д. Ходоров. – М. : Когито-центр, 2009. – 221с.
3. Черняева, С.А. Психотерапевтические сказки и игры / С.А. Черняева. – СПб. : Речь, 2002. – 168 с.

УДК 316

Самойлова Ю.С., Мантурова С.Ч.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН И ИНВАЛИДОВ

В данной статье рассматривается нормативно-правовая база деятельности учреждений стационарного обслуживания пожилых граждан и инвалидов, специфика их деятельности в Республики Бурятия.

Ключевые слова: *пожилые граждане, инвалиды, стационарное обслуживание.*

Samoilova Y.S., Manturova S.Sn.

East-Siberian State University of Technologies and Management, Ulan-Ude, Russia

THE DEVELOPMENT OF RESIDENTIAL CARE FOR THE ELDERLY AND DISABLED

This article discusses the regulatory framework of institutions for inpatient services for the elderly and disabled citizens, the specifics of their activities in the Republic of Buryatia.

Keywords: *senior citizens, people with disabilities, in-patient care.*

В Республики Бурятия в последние годы широкое развитие получила система социального обслуживания населения. Успешно функционируют специализированные социальные учреждения для проживания, как на постоянной, так, и на дневной основе. Так, в настоящее время действуют 16 учреждений стационарного вида: 5 психоневрологических интернатов, 7 домов-интернатов общего типа, 1 комплексный центр социального обслуживания, 1 реабилитационное учреждение и центр социальной адаптации лиц без определенного места жительства и занятий.

Следует отметить, что половина учреждений из выше перечисленных являются стационарными учреждениями для граждан пожилого возраста и инвалидов. Как известно, в Российской Федерации права пожилых людей регламентируются законодательными актами: Конституция РФ, Семейный и Трудовым кодексом РФ, ФЗ 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»; ФЗ от 28.12.2013 г. № 442 "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации". Также существуют и многие другие нормативно-правовые акты, посвященные социальной защите пожилых людей, в том числе в условиях стационарных учреждений в Республики Бурятия.

Большое значение для социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов РБ имеет: закон РБ № 665-V «О реализации полномочий по социальному обслуживанию граждан на территории Республики Бурятия» (07.10.2014 г). Непосредственно деятельности стационарных учреждений РБ посвящен федеральный закон № 359 «Об утверждении административного регламента Министерства социальной защиты населения Республики Бурятия по предоставлению государственной услуги по направлению граждан на стационарное социальное обслуживание в подведомственные учреждения» (29.09.2011 г).

Необходимо отметить постановления № 635 "Об утверждении Положения о порядке предоставления социальных услуг совершеннолетним гражданам в стационарной форме социального обслуживания в Республике Бурятия», № 638 "Об утверждении Положения о порядке предоставления социальных услуг совершеннолетним гражданам в форме социального обслуживания на дому в Республике Бурятия" (12.12.2014 г).

Таким образом, нормативно-правовая база социального обслуживания с каждым годом развивается и совершенствуется. В настоящее время в Республике Бурятия действуют 6 стационарных учреждений для пожилых и инвалидов, а также комплексный центр социального обслуживания «Доверие».

Они представлены следующими учреждениями:

1. АУСО РБ «*Улан-Удэнский комплексный центр социального обслуживания населения "Доверие"».*
2. АУСО РБ *«Посольский дом-интернат для престарелых и инвалидов».*
3. АУСО РБ *«Хоринский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов».*
4. АУСО РБ *«Джидинский дом-интернат для престарелых и инвалидов».*
5. АУСО РБ *«Курумканский дом-интернат для престарелых и инвалидов».*
6. АУСО РБ *«Бичурский дом-интернат для престарелых и инвалидов»;*
7. АУСО РБ *«Заиграевский дом-интернат для престарелых и инвалидов».*

По данным 2015 г. выявлено, что в стационарных учреждениях проживало 2187 человек. Каждого учреждение имеет свою историю, свои традиции, особенности. Некоторые закрывались, чтобы появились новые и объединялись, чтобы стать лучше. Вследствие чего появились автономные учреждения социального обслуживания. Учреждения оборудованы современной электроникой, с целью обеспечения более удобных и безопасных условий для лиц с ограниченными возможностями в учреждениях имеются пандусы на входной группе.

В домах-интернатах во всех направлениях передвижения (коридоры, лестницы, лестничные марши) установлены поручни, поручни так же имеются в санитарных комнатах, для облегчения работы при мытье и транспортировке проживающих. Так же применяются специальные средства для приема пищи; средства для безопасного передвижения (ходунки, трости, инвалидные коляски).

Для каждого проживающего имеющего инвалидность разрабатывают ИПР (индивидуальные программы реабилитации), также контролируется периодичность и своевременность получения технических средств реабилитации, медицинских изделий и

принадлежностей.

Также большой спектр социально-бытовых, социально-медицинских, социально-правовых и образовательных услуг предоставляется обслуживаемым гражданам. Учреждении имеют отделение медицинской реабилитации, банно-прачечное производство, столовую, для любителей чтения имеется библиотека с неплохим книжным фондом, слабовидящие могут воспользоваться аудиокнигами, также имеется клуб для творчества и проведения культурных мероприятий. На каждом этаже в холе предусмотрены места для просмотра телевизора и повседневного общения, оборудованные мягкой мебелью.

Большинство граждан пожилого возраста принимают для себя кардинальное решение о переезде в специализированное учреждение, причины для этого бывают разные. Но самые распространенные это: одиночество, тяжелое заболевание, не желание обременять своих близких и родных.

В Бурятии, на наш взгляд, созданы все необходимые условия для успешного функционирования стационарных учреждений для пожилых и инвалидов.

Список литературы:

1. Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия [Электронный ресурс] URL: http://minsoc-buryatia.ru (дата обращения: 09.11.2016).

УДК 364.3

Саранхүү Г.
Хүүхдийн төлөө үндэсний газар. Улаанбаатар. Монгол
Цэндсүрэн Т.
Монгол улсын боловсролын их сургууль. Улаанбаатар. Монгол

АСРАМЖ ХАЛАМЖИЙН ТӨВД АМЬДАРЧ БУЙ ӨСВӨР НАСНЫХНЫ ХӨГЖЛИЙН ДАВУУ ЧАНАРЫГ ҮНЭЛСЭН НЬ

Асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр үеийнхний давуу чанар болон дэмжлэгийг тодорхойлох зорилгоор асрамж халамжийн төвд амьдарч буй 258 өсвөр үеийнхний дунд энэхүү судалгааг 2015 оны 5-6 сарын хооронд явуулсан.

Түлхүүр үг: *асрамж, халамжийн төв, өсвөр насныхан*

Sarankhuu G.
High Officer National Authority of Children Government Implementing Agency
Tsendsuren T.
Associate Professor Head of Social Work Methodology Department,
Mongolian National University of Education, School of Educational Studies

ASSESSING THE DEVELOPMENTAL ASSETS OF ADOLESCENTS LIVING IN CARE CENTER

The research's method of this article is developed by Search Institute in USA and discovering what kids need to succeed. Indicator of Development Advantage research is emphasis level of advantage and support coming from youth itself, friends, family, school and public. This research approves that confident instrument at different culture. Research was conducted in period of May–June, 2015 and involved 281 youth whom are living care and welfare center for assessing advantage and support of youth. Total 281 youth involved in this survey and research result developed for 258 youth.

- As result of more than half of youth whom living care and welfare center evaluated as Normal and Sensitive. 11% of youth involved research shows that Complicated. Those youth whom leveled as in this level shows that according to development advantage is astable and risky and it is shows that need to focusing on this youth development. And last 10% youth leveled as Successful.
- Indicator of Development Advantage Research is study both inside advantage which is personality, personal advantage and outside advantage which is support, opportunity guidance of their family, school and public. Example: Those youth whom have social skills usually have strong support. Also youth's interest to study level high because of positive participation and study school with safe environment. Total score of inside and outside advantage show 0-30. If youth outside advantage score is 20 leveled in normal, inside advantage score is 20 leveled sensitive.
- Where does youth living care and welfare center get their support and advantage? School and Care, welfare center are most strong impact to these youth. Other side public, society and people have low impact to those youth. To compare this study with study of Mongolian youth development advantage Family is most high subject and public has most low score subject and personal factors are sensitive level with low score. We need focus on above 5 factors has different impact on youth live.

Also to improving personal values of youth living in care and welfare center to those staff that are working in care and welfare center need to focus on what opportunities which they may have or to be.

Судалгааны товч үр дүн

Монгол улсад өнөөдрийн байдлаар нийт 28 байгууллагын 36 асрамж халамжийн төвүүд үйл ажиллагаагаа явуулж байгаа бөгөөд төрийн нэрийн өмнөөс асрамж халамжийн үйлчилгээ үзүүлдэг 6 төв байна. Сүүлийн жилүүдэд хүүхдийн асрамж, халамжийн төвийн тоо тогтвортой буурч ирсэн ба тухайлбал 2010-2014 оны хооронд 45-аас 32 болж буурсан байна. Хүүхдийн асрамж, халамжийн газарт 2013 оны байдлаар 1117, 2014 онд 910 хүүхэд амьдарч байна. Хүүхдийн асрамж халамжийн байгууллагын эрх зүйн орчин тодорхойлогдож, техник технологи, санхүүгийн тусламж дэмжлэг нэмэгдэж байгаа хэдий ч асрамж халамжийн төвд амьдарч буй хүүхдүүдийн хөгжлийн давуу талыг тодорхойлох, хөгжүүлэх хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэх шаардлагатай байгааг энэхүү судалгааны үр дүн харуулж байна. Тухайлбал асрамж халамжийн төвд хүмүүжиж буй өсвөр насныхны дотоод давуу чанарыг нэг болох нийгмийн чадамж, хувь хүний эерэг чанар, эерэг үнэт зүйлс зэрэг үзүүлэлтүүд гадаад давуу чанарын нэг болох цагийн зүй зохистой ашиглалт, эрх мэдэл нэлээд доогуур үзүүлэлттэй гарсан байна.

Асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр үеийнхний хөгжлийн давуу чанар

Асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр үеийнхний хөгжлийн давуу чанар ямар байгаа талаар ерөнхий төсөөлөл авахын тулд давуу чанарын үзүүлэлтүүдийн нэгдсэн онооноос эхэлж танилцуулж байна. Зураг 3. Судалгааны үр дүнд асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр үеийнхний талаас илүү хувь нь Хэвийн ба Эмзэг гэж дүгнэгдсэн байна. Бэрхшээлтэй гэсэн ангилалд судалгаанд хамрагсдын 11 хувь нь хамрагдсан байна. Энэ ангилалд хамрагдсан өсвөр үеийнхэн нь хөгжлийн давуу чанарын хувьд тогтворгүй, эрсдэлтэй байгааг харуулж байгаа ба эдгээр хүүхдүүдийн хөгжил төлөвшилд анхаарлаа хандуулах хэрэгцээ шаардлага байгааг харуулж байна.

Асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр үеийнхний гадаад ба дотоод давуу чанарууд:

Хүүхэд мэндэлсэн цагаас эхлэн түүнийг хүрээлэн буй орчны олон зүйл түүнд шууд болон дам нөлөө үзүүлдэг. Түүнийг анхдагч болон хоёрдогч хүчин зүйлүүд ч гэж нэрлэдэг. Хүүхэд өсөж том болохын хэрээр түүнд нөлөөлдөг хүчин зүйлс нэмэгддэг. Өсвөр үеийнхэн тэр дундаа асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр үеийнхэнд дараах хүчин зүйлүүд нөлөөлдөг. Үүнд: Сургуулийн орчин, нийгмийн орчин, найз нөхөд, анги хамт олон, багш, хүүхдийн өөрийн хүмүүжил, үнэт зүйлс, дэмжлэг туслалцаа гэх зэрэг багтдаг.

Судалгаанд хамрагдсан асрамж халамжийн төвийн хүүхдүүдийн гадаад давуу чанарууд болох дэмжлэг, эрх мэдэл, боломж ба хүлээлтийн хувьд хүүхдүүдийн 50 хүртэлх хувь нь хэвийн гэсэн түвшинд багтаж байна. Харин цагийн зүй зохистой ашиглалтанд хүүхдүүдийн 38 хувь нь бэрхшээлтэй багтаж байна. Энэ нь асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр насныханы 38 хувь нь буюу 90 хүүхэд өдөрт цагийг үр ашиггүй, сурч боловсрох чиглэлээр өнгөрөөж чадахгүй байгаа нь харагдаж байна. Тиймээс асрамж халамжийн төвүүд хүүхдүүдийн цагийг сурч мэдэх, илүү ихийг мэдэх, авьяас чадварыг нээн илрүүлэхэд чиглэсэн үйл ажиллагааг шат дараалан явуулах нэн шаардлагатай байна.

Түүнчлэн дотоод давуу чанарын суралцах эрмэлзэл нь 43 хувьтай буюу хэвийн түвшинд байна. Харин эерэг үнэт зүйлс, нийгмийн чадамжууд, хувь хүний эерэг чанар эмзэг гэсэн түвшинд багтаж байна. Тиймээс асрамж халамжийн төвүүдийн нийгмийн ажилтан багш нар хүүхэдтэй багаас нь эхлэн хүмүүжил төлөвшлийг бий болгон, өөртөө итгэх итгэлийг бий болгох, аливаа асуудал бэрхшээл тохиолдсон тохиолдолд гарцыг олж чаддаг байх, давуу талаа олж харахад нь туслах, заавар зөвлөгөө өгдөг байх хэрэгтэй.

Хэдийгээр өндөр хувьтай гараагүй ч гэсэн судалгаан бас нэг анхаарал татсан үзүүлэлт бол өсвөр насныхны дунд уурлаж бухимдалгүй асуудлыг шийдвэрлэх, зохицуулах чадвар дутмаг байгаа нь ажиглагдаж байгаа ба судалгаанд оролцогчид бухимдлаа зөв байдлаар илэрхийлж огт чаддаггүй гэж 11,9 хувь, үгүй гэж 39,1 % нь үзсэн байна. Өсвөр үеийнхэн олон зүйлийг сонирхож, санаачлан хийж турших хүсэл эрмэлзэлтэй байдаг боловч судалгааны үр дүн үүнтэй зарим талаар нийцэхгүй байна. Сүүлийн жилүүдэд тэд ном унших дургүй (31,5%), огт үгүй гэж 13,8 хувь нь үзсэн бол эрүүл мэндийн зөв дадал зуршлаа нэмэгдүүлдэгүй гэж (33,1%), огт үгүй гэж 7,8% , итгэдэг зүйлийнхээ төлөө бат зогсдог гэж 41,1% нь заримдаа гэж хариулсан нь өсвөр үеийнхний дунд залхуу хойрго, бүтээлч биш, санаачлагагүй, өөртөө итгэлгүй байдал байгааг илэрхийлж байна.

Өсвөр насныхны давуу чанарт нөлөөлж буй халамжийн төвийн хүчин: Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд асрамж халамжийн төв амар тайван амгалан байдаг гэсэн бодомжод хүүхдүүдийн дийлэнх хувь буюу 40,4 нь байнга гэж хариулсан байна. Энэ нь төвийн дотоод орчин нөхцөл аюулгүй амар тайван хүүхдүүд ээлтэй байдаг нь харагдаж байна.

Түүнчлэн асрамж халамжийн төвийн багш нар өсвөр үеийнхэнтэйгээ ойр дотно байж найз нь дотны зөвлөгч нь байдаг нь судалгааны үр дүнгээс харагдаж байна. Тухайлбал: Манай багш нар намайг шийдвэр гаргахад оролцуулдаг гэж 41,2 хувь байнга гэж хариулсан, Манай багш нар намайг амжилтад хүрэхэд тусалдаг гэсэн бодомжид 61 хувь байнга гэж хариулсан, багш хаана юу хийж явааг мэддэг гэсэн бодомжид 52,7 хувь байнга гэж хариулсан байгаагаас харахад асрамжийн төвийн багш нар хүүхдүүдтэйгээ илүү ойр дотно харилцаж, дэмжиж тусалж, зааж зөвлөн, ирээдүйнх нь сайн сайхны төлөө ажиллаж байна гэсэн дүгнэлтийг хийж болохоор байна.

Нөгөөтэйгүүр асрамж халамжийн төвийн багш нар гэлтгүй тэнд өсөж хүмүүжиж байгаа үе тэнгийн найз нөхөд болон төвийн ах эгч нар бусад ажилчид, албан хаагчид хүртэл өсвөр үеийнхэнтэй ойр дотно байж, үлгэр жишээ болдог, дэмжлэг туслалцаа үзүүлдэг болох нь дараах (Намайг сайн хайрлаж дэмждэг багш, хамт олон байдаг гэсэн бодомжид талаас илүү хувь нь буюу 68 хувь байнга гэж хариулсан) бодомжуудаас харагдаж байна. Судалгааны энэ дүгнэлтээс үзэхэд асрамж халамжийн төвд хүмүүжиж буй өсвөр насныхан өөрсдийн амьдарч буй орчин нь найдвартай, итгэлтэй гэдгийг мэдэрч байгаа нь тэдний хүмүүжил төлөвшилд эерэг нөлөө үзүүлэхүйц орчин нөхцлийг асрамж, халамжийн төвүүд бүрдүүлж байна гэдгийг илэрхийлж байна. Гэхдээ асрамж халамжийн төвийн үзүүлж байгаа үйлчилгээ сайн байна гэж найдаж орхиж болохгүй бөгөөд судалгааны бусад үзүүлэлттэй харьцуулахад энэ бүлэг дунджаас дээгүүр /66,4 хувь -68,5 хувь/ гарсан байгаа учраас цаашид үйл ажиллагаа улам сайжруулах шаардлагатай байгааг санууулж байгаа үзүүлэлт төдийгүй зарим нэг эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа зохион байгуулах шаардлагатай.

Өсвөр насныхны давуу чанарт нөлөөлж буй сургуулийн хүчин зүйл: Өсвөр насныхны өөрийн Би-г бүрдүүлэхэд сургууль, түүний орчин илүү нөлөөтэй байдаг. Нийт судалгаанд оролцсон хүүхдүүдийн 68,8 хувь нь амжилтанд хүрэх, сурч боловсроход чиглүүлдэг багш нар байнга байдаг гэж хариулж, 63,4 хувь нь сургуульдаа явах, 60,3 хувь нь суралцах дуртай гэж хариулсан байдлаас үзэхэд асрамж халамжийн төвд хүмүүжиж буй өсвөр насныхан сурах хүсэл тэмүүлэлтэй, хичээл болон сургуульдаа сонирхолтой байгааг илтгэж байна. Гэсэн хэдий ч гэрийн даалгавраа байнга хийдэг гэж 52,9 хувь нь, сургуулийнхаа дүрэм журмыг биелүүлдэг гэж 52,5 хувь, манай сургуулийн дүрэм журам тодорхой байдаг гэж 50,2 хувь нь үзсэн байна. Өөрөөр хэлбэл асрамж халамжийн төвд хүмүүжиж буй өсвөр насныхны сурах сонирхол сэдэл дундаж /50,2хувь - 68,8 хувь/ гарсан байна. Үүний бас нэг илрэл нь сургуулиас зохион байгуулж байгаа арга хэмжээнд идэвхтэй оролцохыг хичээдэг гэсэн асуултанд заримдаа гэсэн сонголтыг 25,3 нь, ихэнхидээ гэж 34,6 хувь, байнга гэж 32,3 хувь нь үзсэн байна. Эдгээр хүүхдийн давуу чанарыг бүрдүүлэхэд нөлөөлж буй сургуулийн хүчин зүйлийг нэмэгдүүлэхийн тулд сурах явцтай холбоотой үүсдэг өсвөр насныхны айдас түгшүүрийг бууруулахад багш нар илүү анхаарах шаардлагатай юм. Мөн судалгаанд оролцсон хүүхдүүдийн 54,7 хувь нь сургуульдаа амар тайван суралцдаг гэсэн байгаа нь сургууль хүүхэд хамгааллын аюулгүй орчинг бүрдүүлж байгаагийн илрэл гэж үзэж болох ба дахин сайжруулахын тулд бид анхаарлаа хандуулах ёстой.

Өсвөр насныхны давуу чанарт нөлөөлж буй олон нийтийн хүчин зүйл: Өсвөр наснхныхан Би хэн байх вэ?, Миний итгэл үнэмшил юу байх вэ?, Би ямар мэргэжилтэй болох вэ?.. зэрэг олон эргэлзээтэй асуудалд өөрийн орчин тойрноосоо хариулт авдаг.

Хүүхдийн асрамж халамжийн төвүүд аюулгүй хамгаалагдсан орчин бүрдүүлэн ажиллаж байгаа нь судалгааны энэ үзүүлэлтэнд мөн илэрсэн байна. Тухайлбал манай төвийн эргэн тойрон аюулгүй гэж судалгаанд оролцогчдын 66,1 хувь нь үзсэн байна. Хүүхдүүд өөрийгөө бусдаас ялгаатай бусад хүмүүсийн ялгаатай байдлыг хүлээн зөвшөөрч чадаж байна. Дунджаас доогуур үзүүлэлттэй гарсан анхаарал татсан хүчин зүйл нь: бусдыг байнга хүндэлдэг гэж 45,3 хувь нь, заримдаа гэж 20,9 нь хариулсан бол орон нутгийнхаа хүмүүст байнга тусалдаг гэж 23,9 хувь нь, заримдаа гэж 32,2 хувь нь хариулсан байдлаас үзэхэд нь өсвөр насныхан амин хувиа хичээсэн бусдад чин сэтгэлээсээ хандаж тусалдаггүй нэгэн болж өсөж хүмүүжиж болзошгүй байгааг илтгэж байна.

Судалгаанд оролцсон хүүхдүүдийн 46,7 хувь нь өөрийнхөө амьдардаг орчноо илүү сайхан болгоход байнга оролцдог гэж үзсэн нь ирээдүйдээ анхаарал хандуулж, зөв хандлага төлөвшиж байна гэж үзэж болно. Энэ насныхан өсвөр наснаас насанд хүрэгчид гэсэн орон зайд шилждэг учраас учрах бэрхшээл асуудлаас сэргийлэхийн тулд тэдэнд итгэл, хариуцлаг, үүрэг даалгавар хүлээлгэн ажиллах хэрэгтэй. Гэтэл судалгааны энэ бүлэгт надад чухал ажил заримдаа л даатгадаг гэж 46,7 хувь үзсэн, нийгмийн аливаа асуудлыг шийдвэрлэхэд заримдаа оролцохыг хичээдэг гэж 33,7 хувь нь үзсэн байгаа нь тэдэнд хариуцлаг итгэл хүлээлгэхгүй байгаа мэдрэмж үүссэн байгааг харуулж байна.

Өсвөр насныхны давуу чанарт нөлөөлж буй нийгмийн хүчин зүйл: Өсвөр насныхан нийгэмд өөрийн гэсэн байр суурийг хайж, надад итгэлд хүлээлгээсэй, шийдвэр гаргахад оролцуулаасай, өөрийнх нь байр суурийг хүлээн зөвшөөрөөсэй гэж хүсдэг. Өсвөр насныхны давуу чанарыг бүрдүүлж буй нийгмийн хүчин зүйлсийн нэг хэсэг болох асуудалд, өөрийн санаа бодлоо заримдаа л зөвөөр илэрхийлдэг гэж 40,2 хувь нь, бусдын хэрэгцээнд заримдаа л мэдрэмжтэй ханддаг гэж 42,2 хувь нь, хэн нэгнийг гомдоохгүйгээр заримдаа л асуудлыг шийдвэрлэдэг гэж 47,3 хувь нь хариулсан нь өөртөө болоод бусдад нийгэмд итгэх итгэл дундаж тааруухан байгааг илтгэж байна. Түүнчлэн бусдын бодол хэрэгцээнд мэдрэмжтэй ханддаггүй гэж 10,5 хувь нь үзсэн нь бага тоо биш юм. Энэ насны хүүхдүүд өөртөө таалагдсан зан харилцааг даган дууриадаг

Дүгнэлт

- Асрамж халамжийн төвийн хүүхдүүдийн гадаад давуу чанарын нэг дэд бүлэг болох эрх мэдлийн дундаж оноо нь 21 байна. Энэ нь нэг талаараа хэвийн гэсэн түвшинд байна. Гэхдээ цаашид асрамж халамжийн төвийн хүүхдүүдийн эрх мэдэл дээр анхаарал хандуулахгүй бол эмзэг гэх түвшин рүү очиход маш ойрхон байна. Тиймээс түвшинг улам нэмэгдүүлэх чиглэлээр төвийн нийгмийн ажилтан, багш нар хамтарч хүүхдийн оролцоо, үүрэг хариуцлагыг нэмэгдүүлэх, шийдвэр гаргахад оролцуулах энэ чиглэлийн үйл ажиллагаанууд явуулах зайлшгүй шаардлагатай.
- Асрамж халамжийн төвийн боломж хүлээлтийн дундаж оноо нь 23 буюу хэвийн түвшинд байна гэж гарсан энэ харьцангуй сайн боловч хангалттай амжилттай түвшинд байна гэсэн үг биш юм. Асрамж халамжийн төвийн хүүхдүүдийн хувьд сургуулийн боломжийг дутагдалтай гэж үздэг болох нь судалгаанаас харагдаж байсан. Жишээлбэл: Сургууль ойлгомжтой дүрэм журам зааварчилгаатай байх ёстой байдаг ч ихэнх сургуулиуд тийм биш байна. Тиймээс сургуулийн боломжийн тал дээр илүү анхаарах
- Өсвөр насныхан зөв бурууг ялгадаг архи тамхи мансууруулах бодисоос хол байхыг хичээдэг хирнээ бусдад туслах, чин сэтгэлээс хандах, шударага байх тал дээр анхаарах хэрэгтэй байна. Өсвөр үеийнхэнд эерэг үнэт зүйлс (бусдад туслах, нийгмийн шударга байдлын төлөө тэмцдэг, ядуурал өлсгөлөнг бууруулах асуудлыг дэмждэг, үзэл бодол, итгэл үнэмшилдээ тууштай, хариуцлагатай) бий болгоход төвийн нийгмийн ажилтан, багш нар анхааран ажиллах хэрэгтэй.

Ном зүй:

1.Англи хэл дээр ашигласан материал

1. Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., &Sesma, A. (2006). Positive youth development: Theory, research, and applications. In W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 894–941). New York: John Wiley.
2. Leffert, N., Benson, P. L., Scales, P. C., Sharma, A. R., Drake, D. R., & Blyth, D. A. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science*, *2*(4), 209–230.

2. Монгол хэл дээр ашигласан материал

1. Ичинхорлоо. Ш . (2014) Хүүхдийн хөгжил Улаанбаатар, Монгол: Хөх монгол принт
2. Барри Беннет, Керол Ролхайзер, Лори Стивен нарын А.Гэрэлмаагийн орчуулга (2014) “ Хамтран суралцахуй” Улаанбаатар, Монгол
3. ДЭМБ (2012) “Өсвөр үеийн эрүүл мэнд” Улаанбаатар, Монгол: ВСІ ХХК
4. Нямдорж.М , (2009) Боловсролын нийгмийн ажилтны гарын авлага Улаанбаатар
5. Нямдорж.М , Амаржаргал.Т, Өлзийтунгалаг.Х , Энхцэцэг.А , (2014) Нийгмийн ажлын макро практик Улаанбаатар, Монгол: Алмаз пресс

УДК 930:323.3(571.54) “1991-2015”

Саргаева О.К., Мантурова С Ч.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ИСТОРИОГРАФИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ В 1991-2015 гг.: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

В статье рассматривается степень разработанности проблемы формирования государственной молодежной политики в современной России (региональный аспект).

Ключевые слова: *государственная молодежная политика, историография, региональный аспект.*

Sargaeva O.K., Manturova S.Ch.

East Siberian State University of Technology and Management, Russia

HISTORIOGRAPHY STATE YOUTH POLICY IN 1991-2015: REGIONAL ASPECT

The article examines the extent of a problem of formation of the state youth policy in modern Russia (Regional aspect).

Keywords: *state youth policy, historiography, the regional aspect.*

Историографию вопроса можно условно разделить по проблемному принципу, разбив ее на степень изученности мирового опыта, российской практики и регионального развития молодежной политики.

Для первого блока характерны работы, в которых исследуется опыт зарубежных государств (США, Германия, Швеция, Италия), а так же материалы, в которых проводятся международные исследования в рамках программ ООН и Юнеско. Здесь можно назвать работы Е.А. Афиногеновой, Е.Л. Головлевой, В.П. Мошняги и др.

Период после Международного года молодежи (1985 год) характерен продолжением всесторонней деятельности государств-членов ООН по реализации программ, касающихся молодежи. На национальном уровне эта деятельность характеризуется двумя особенностями: активизацией усилий по разработке и осуществлению комплексных стратегий и концепции, направленных на все стороннюю социализацию молодого поколения и усилением роли национальных координационных механизмов в разработке и реализации политики в отношении молодежи. В большинстве развитых стран мира сложилась система формирования и реализации государственной молодежной политики, включающей административные, социальные, научные учреждения. Молодежная политика в этих странах рассматривается как составная часть стратегии социально-экономического развития.

Второй блок представлен работами, рассматривающими особенности российской молодежной политики. По отдельным аспектам исследуемой проблемы издано и продолжают издаваться большое количество работ, сборников научных трудов и докладов, материалов конференций, которые принадлежат А.С. Трайнину, Н.В. Трущенко, А.Н. Ацаркину, В.К. Криворученко, И.М. Ильинскому, В.А. Лукову, А.А. Королеву, В.П. Мошняге, А.А. Галагану, И.В. Бестужеву-Ладе и др [2,с.56-59].

Концептуальный подход к изучению молодежных проблем, характерной для отечественной историографии советского периода, отличается идеологической окраской, определенной односторонностью, субъективизмом.

Заслуживает внимания статья доктора исторических наук Б.А. Ручкина и доктора философских наук В.А. Лукова «Формирование структур и элементов государственно-общественной системы социальной службы для молодежи», где авторы подробно исследуют организационно-методические вопросы становления социальной службы для молодежи, рассматриваются такие аспекты, как выявление потребностей молодежи в социальных услугах и помощи, источники финансирования и материально-технического обеспечения, определение кадровых возможностей для организации социальных служб для молодежи. Нельзя не сказать о цикле аналитических статей профессора, доктора исторических наук В.К. Криворученко. В них автор на огромном фактическом материале исследует актуальнейшие вопросы деятельности государственной молодежной политики: становление органов по делам молодежи, создание, развитие и роль молодежных фондов как субъектов молодежной политики и т.д.

Новые подходы предложены в исследовании О.А. Гайнутдинова. Он разработал определение ряда понятий, например, «молодежная политика», обосновал вариант периодизации молодежной политики в СССР, отметил роль государства в формировании молодежной политики. Однако некоторые тезисы остались лишь декларациями, а отдельные представляются явно необоснованными (молодежь как главный субъект государственной молодежной политики).

В исследуемый период возрастает роль регионов в решении экономических и социальных задач, в том числе в области социальной поддержки молодежи.

Анализ формирования и реализации ГМП конца XX – начала XXI вв. на опыте регионов представлен в исторических исследованиях по молодёжной тематике Т. Н. Волобуевой, В. В. Ерошова, В. В. Касьянова, Д. Д. Колотилова, В. К. Криворученко, С.И. Самсонова, Л. С. Цветлюк, С. Е. Цыганаш, М.С. Шевхужева, В. В. Нехаева, Г. В. Куприяновой, О. А. Рожнова и др.

Для некоторых работ данного периода характерно исследование отдельных аспектов, связанных с жизнью молодежи в регионах. Так, например, в работе В.Е. Семенова изучается проблема правого воспитания молодежи в условиях становления и развития правового государства в России.

Исследователями Е. Б. Балашовым, Г. В. Джагаровым, Г. А. Лукс, Д. А. Маяцким, О. А. Рожновым, Г. В. Куприяновой, В. А. Родионовым и др. рассматриваются общие проблемы развития и состояния молодёжной политики в России, также различные аспекты её реализации (юридические, социологические, политические, экономические).

Правовые аспекты положения молодёжи и молодёжных организаций, организационный механизм реализации ГМП, связанные с разработкой законодательства, рассматриваются в исследованиях Е. Б. Балашова, И.В. Кошмана, В.К Криворученко, А. Н. Серого и др. В их работах представлен анализ нормативного обеспечения ГМП на федеральном уровне, при этом региональный уровень раскрыт незначительно.

Еще один блок историографии, по нашему мнению, должен быть представлен публикациями по Бурятии. К сожалению, анализ специализированных изданий показал, что по исследуемой проблеме в Республике Бурятия имеется очень ограниченное количество научных работ.

Работы С.В. Мантурова имеют большое значение в исследованиях региональной молодежной политики Бурятии. Серьезным исследованием является его монография «Положение молодежи и реализация государственной молодежной политики в Республике Бурятия в начале XXI века» (Улан-Удэ, 2006). На основе обширных статистических материалов, социологических исследований и мониторингов автор анализирует наиболее важные социальные проблемы молодежи Республики Бурятия: занятость, жилье, профилактика асоциальных явлений, отдых и оздоровление, поддержка студенчества и молодежных общественных организаций и др. Данная рабо-

та носит обобщающий характер, охватывает деятельность государственных органов по делам молодежи в Республике Бурятия в период конца XX - начала XXI вв. [4].

Особого внимания заслуживает монография А.З. Бадмаева «Молодежное движение Бурятии (1985-2005 гг.)» (Улан-Удэ, 2006) – единственное историческое исследование, посвященное участию молодежи в общественно-политической жизни республики. Автором рассматриваются основные тенденции современного молодежного движения, деятельность бурятского комсомола, неформальных ассоциаций молодежи г. Улан-Удэ. В монографии не исследуются формирование и развитие государственной молодежной политики, деятельность государственных органов по делам молодежи [1].

Работа Гергеновой Б.С., Мантуровой С.Ч. «Исторический опыт реализации государственной молодежной политики в Российской Федерации (на материалах Республики Бурятия за 1991-2007гг.)» охватывает период становления, формирования, развития и совершенствования государственной молодежной политики в 19гг. Нижняя граница обусловлена принятием в апреле 1991 г. первого в истории России закона о молодежной политике. Тогда же в принципиально новых политических и экономических условиях начинает формироваться российская молодежная политика, её институциональная и правовая база. Верхняя граница обусловлена оформлением основных институтов государственной молодежной политики, созданием системы федеральных и региональных нормативно-правовых актов в сфере государственной молодежной политики, проведением Года молодежи в Республике Бурятия [3].

На современном этапе появились исследования, в которых рассматриваются отдельные проблемы молодежи: занятость молодежи, профилактика асоциальных явлений, духовно-нравственное, патриотическое воспитания молодежи, а также социокультурные аспекты региональной молодежной политики. Это труды Б.С. Гыргеновой, И.Х. Бальхаевой, П.Г. Бороноева, М.К. Гайдая, В.Ф. Гливенко, А.О. Дагдановой, А.А. Дельбеевой, В.В. Жарковой, Н.К. Жамсуевой, С.П. Козыревой, В.Ф. Лелюх, С.И. Михаэлис, М.Ш. Мантатовой и др.

Таким образом, несмотря на повышенный интерес историков, философов, экономистов к молодежной теме, ряд вопросов молодежной политики, особенно на региональном уровне, требует серьезного изучения, поскольку представляет не только научный, но и большой практический интерес.

Список литературы:

1) Бадмаев А.З. Молодежное движение Бурятии (1985-2005 гг.) / А.З. Бадмаев. - Улан-Удэ, 2006;
2) Гыргенова, Б.С. Историография государственной молодёжной политики в России / Баирма Сергеевна Гыргенова // Власть. – 2008. - №3. – С.56-59;
3) Гыргенова Б.С., Мантурова С.Ч. Исторический опыт реализации государственной молодежной политики в Российской Федерации (на материалах Республики Бурятия за 1991-2007гг.) (монография): Улан-Удэ: Изд-во «Бэлиг», 2011. – 143 с.
4) Мантуров С.В. Положение молодежи и реализация государственной молодежной политики в Республике Бурятия в начале XXI века / С.В. Мантуров. - Улан-Удэ, 2006.

УДК 316

Саруул П[1]., НандинсүрэнЦ.[2]
[1]Факультет социального здоровья, Медицинский Институт МГУНЗ в Дархан-Уул аймаке
[2] Факультет фундаментальных наук, Институт Агроэкологии и Бизнеса Института Растениводства и Земледелия при Сельскохозяйственном Университете

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ САДАХ К ОБУЧЕНИЮ

Дети, поступившие в школу с плохой подготовкой или вообще неподготовленные, медленнее овладевают навыками обучения, и поэтому, учатся плохо, отстают от учёбы, выбывают из школы, рано становятся родителями, имеют плохое здоровье, и имеют высокий риск совершения преступлений. Если родители, опекуны, педагоги образовательных учреждений смогут выявить данные отсталости на ранней стадии и учесть это в работе, то можно всё это уменьшить, поэтому, мы провели данное исследование. Дату исследования разработали методом нахождения значения P методом проверки ноль гипотезы One Simple T Test, используя SPSS 17.0 программу статистической обработки. Мы выбрали всего 88 детей старших групп 3 детских садов из 19 детских садов Дархан-Уул аймака и определили готовность к школе тестом Керна-Йирасеки. Согласно тесту Керна-Йирасеки 71,3% выполнили тест деятельности рук и пальцев и 64,8% выполнили тест развития мышцов рук и мы сравнили способность выполнения тестов по возрастным и половым группам. Согласно сравнительному исследованию по возрастным группам Тест развития мышления (p=0.0001), Тест развития работы рук и пальцев (p=0.0001), и Тест по визуальной памяти и способности отражения (p=0.048). Согласно сравнительному исследованию по половым группам во всех тестах не наблюдалость отличие по полу (p=0.18), (p=0.315), (p=0.947), (p=0.57).

Ключевые слова: *Тест Керна –Йирасеки, ребенок детского сада, обучение детского сада, подготовка к школ.*

Saruul P., Nandinsyren Ts.
1Fakultet social health MGUNZ Medical Institute in Darkhan-Uul aimag
2 Faculty of Basic Sciences, Institute of Agroecology and Business Institute Rastenivodstva and Agriculture at the Agricultural University

COMPARATIVE STUDY OF READINESS CHILDREN IN KINDERGARTENS TO TRAINING

Children who enter school with poor preparation or even untrained, slowly master the skills of learning, and therefore, learning bad, behind the studies, drop out of school early to become parents, have poor health, and have a high risk of committing crimes. If parents, guardians, teachers of educational institutions will be able to reveal the backwardness of the data at an early stage and take this into account in the work, it is possible to reduce all of this, so we conducted this study. The date of the study developed a method of finding the value of P by checking zero hypothesis One Simple T Test, using SPSS 17.0 statistical software processing. We chose only 88 children over 3 groups of 19 kindergartens kindergartens Darkhan-Uul aimag and define school readiness test Kern-Iyraseki. According to the test Kern-Iyraseki 71.3% completed test activities of hands and fingers, and 64.8% completed the test of arm muscles and we compared the ability to run tests on the age and sex groups. According to a comparative study by age groups test development thinking (p = 0.0001), Test of working hands and fingers (p = 0.0001), and the Test of visual memory and the ability of reflection (p = 0.048). According to a comparative study by gender in all tests not nablyudalost difference by gender (p = 0.18), (p = 0.315), (p = 0.947), (p = 0.57).

Keywords: *Test Kern -Iyraseki, baby nursery, kindergarten education, preparation for school*

ОБОСНОВАНИЕ: До 2005 года наша страна имела 10-летнюю систему образования и с 2005 года перешла на 11-летнюю систему образования, а с 2008 учебного года мы перешли на 12-летнюю систему образования согласно стандарту образования мировых стран. В результате переходов на мировой стандарт дети начали ходить в школу с 6 лет и заканчивать после 12 лет обучения.[1] На июнь 2016 года в 14 государственных среднеобщеобразовательных школах Дархан-Уул аймака обучаются 17527 учеников, из которых 1950 детей учатся в 1-ом классе. Что касается детских садов, то 1738 детей воспитываются в подготовительных группах детских садов в Дархан-Уул аймаке. [2]

Дети, поступившие в школу с плохой подготовкой или вообще неподготовленные, медленнее овладевают навыками обучения, и поэтому, учатся плохо, отстают от учёбы, выбывают из школы, рано становятся родителями, имеют плохое здоровье, и имеют высокий риск совершения преступлений. [3] Если родители, опекуны, педагоги образовательных учреждений смогут выявить данные отсталости на ранней стадии и учесть это в работе, то можно всё это уменьшить, поэтому, мы провели данное исследование.

ЦЕЛЬ: Определить способности детей старших групп детских садов выполнения тестов и выявить подготовлены ли дети к школе.

ЗАДАЧИ:

1. Составить общие показатели для исследования и оценки способности выполнения тестов детьми, участвующими в исследовании
2. Сравнить способности выполнения тестов детьми, участвующими в исследовании, по возрастным группам
3. Сравнить способности выполнения тестов детьми, участвующими в исследовании, по половым группам

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ. Мы выбрали 88 детей из всего 1738 детей, воспитывающихся в старших группах, по методу двух-стадийного кластер выбора, избрав 3 из 17 государственных детских садов как представителей 3 микрорайонов сомона Дархан, Дархан-Уул аймака по порядку возрастания 1,11,12, и выполнили исследование по методу момента Аналитического исследования. Во время исследования мы использовали тест Керна-Ийрасеки и определили готовность данного ребенка к школе. Согласно тесту Керна-Ийрасеки:

1. Тест для определения развития мышления – 5-балльная оценка исполнения теста рисования мальчика.
2. Тест для определения работы рук и пальцев – 5-балльная оценка исполнения теста соединения точек.
3. Тест для определения визуальной памяти и способности отражения– 5-балльная оценка исполнения теста запомнить слово из 3 букв и переписать по памяти.
4. Тест для определения развития мышц рук – 5-балльная оценка исполнения теста обрезать ножницами круг посреди кругов, состоящих из 7 кольцов.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ РАБЗРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для включения и проверки даты исследования мы выполнили детальный анализ, используя метод нахождения значения P методом проверки ноль гипотезы One simple T Test на программе SPSS 17.0 статистичекой разработки. Мы выполнили таблицы и графики результатов работ, используя программу Microsoft Excel 2010, а тексты, используя программу Microsoft Word 2010.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ. В исследовании мы привлекли 88 детей 4-5 лет из 3 детских садов.

Таблица 1 - Исследование общих показателей

	n	%
Исследование детских садов		
Детский сад 1	31	(35.2)
Детский сад 12	30	(34.1)
Детский сад 23	27	(30.7)
Исследование возрастных групп		
Дети 4-х лет	27	(30.7)
Дети 5-и лет	61	(69.3)
Исследование половых групп		
Мальчики	36	(40.9)
Девочки	52	(59.1)
Выполнили	18	(20.5)
Выполнили удовлетворительно	26	(29.5)
Не выполнили	44	(50.0)
Выполнили	62	(71.3)
Выполнили удовлетворительно	18	(20.7)
Не выполнили	7	(8.0)
Выполнили	25	(28.4)
Выполнили удовлетворительно	11	(12.5)
Не выполнили	52	(59.1)
Выполнили	57	(64.8)
Выполнили удовлетворительно	21	(23.9)
Не выполнили	10	(11.4)

Замечание: Всего в исследовании участвовали 88 детей деткого сада, из которых больше детей участвовало из детского сада №1 31(35.2%). По возрастным группам мы привлекли больше детей 5 лет 61(69.3%), из которых 52(59.1%) были девочки. Большинство или 44(50.0%) детей не смогли выполнить тест для определения развития мышления, но 62(71.3%) детей выполнили тест для определения работы рук и пальцев. А 52(59.1%) детей не смогли юыполнить тест для определения визуальной памяти и способности отражения, но 57(64.8%) детей выполнили тест для определения работы рук и пальцев. (Таблица 1)

Таблица 2 - Сравнительное исследование детских садов по возрастным и половым группам

	n	%	n	%	p значение
	Мальчики		Девочки		
Детский сад 1	15	(41.6)	16	(30.7)	p=0.16
Детский сад 12	14	(38.8)	16	(30.7)	
Детский сад 23	7	(19.4)	20	(38.4)	
	4 года		5 лет		
	n	%	n	%	
Детский сад 1	0	0	31	(50.8)	p=0.0001
Детский сад 12	0	0	30	49.2)	
Детский сад 23	27	(100.0)	0	0	

Замечание: Для исследования мы выбрали 3 из всего 19 детских садов, которые проводят деятельность в сомоне Дархан, Дархан-Уул аймака и что касается возраста, то можно увидеть, что мы выбрали различные группы из 3 детских садов.(p=0.0001) При наблюдении половых групп детей, участвующих в исследовании, мы привлекли 16 больше девочек чем мальчиков и в выборе не наблюдалось различий. (p=0.16) (Таблица 2)

Таблица 3 -Сравнительное исследование выполнения теста развития мышления по возрастным и половым группам

	n	%	n	%	p значение
	4 года		5 лет		
Выполнили	3	(11.1)	15	(24.5)	p=0.0001
Выполнили удовлетворительно	1	(3.7)	25	(40.9)	
Не выполнили	23	(85.0)	21	(72.1)	
	Мальчики		Девочки		
Выполнили	10	(27.7)	8	(15.2)	p=0.18
Выполнили удовлетворительно	12	(33.3)	14	(26.9)	
Не выполнили	14	(38.8)	30	(57.6)	

Замечание: Мы сравнили и дали оценку исполнению детьми тестов по возрастным и половым группам и в тесте для определения развития мышления 5-летки 40(65.4%) выполнили тест, из этого можно видеть, что в возраст имеет значение в выполнении тестов (p=0.0001), и мальчики 22(61%) больше выполнили задания чем девочки, но половых различий не наблюдалось (p=0.18). (Таблица 3)

Таблица 4 - Сравнительное исследование выполнения теста работы рук и пальцев по возрастным и половым группам

	n	%	n	%	p значение
	4 года		5 лет		
Выполнили	10	(37.0)	52	(86.6)	p=0.0001
Выполнили удовлетворительно	11	(40.7)	7	(98.2)	
Не выполнили	6	(22.2)	1	(1.6)	
	Мальчики		Девочки		
Выполнили	27	(75.0)	35	(68.6)	p=0.315
Выполнили удовлетворительно	8	(22.2)	10	(10.0)	
Не выполнили	1	(2.7)	6	(6.0)	

Замечание: Мы сравнили и дали оценку исполнению детьми тестов по возрастным и половым группам и в тесте для определения работы рук и пальцев большинство 5-леток 59(65.4%) выполнили тест, из этого можно видеть, что в возраст имеет значение в выполнении тестов (p=0.0001) и мальчики 35(97.2%) больше выполнили задания, но половых различий не наблюдалось (p=0.315). (Таблица 4)

Таблица 5 - Сравнительное исследование выполнения теста визуальной памяти и способности отражения по возрастным и половым группам

	n	%	n	%	p значение
	4 года		5 лет		
Выполнили	3	(11.1)	22	(36.0)	p=0.048
Выполнили удовлетворительно	5	(18.5)	6	(9.8)	
Не выполнили	19	(70.3)	33	(54.0)	
	Мальчики		Девочки		
Выполнили	10	(27.7)	15	(28.8)	p=0.947
Выполнили удовлетворительно	5	(18.5)	6	(11.5)	
Не выполнили	21	(77.7)	31	(59.6)	

Замечание: Мы сравнили и дали оценку исполнению детьми тестов по возрастным и половым группам и в тесте для определения визуальной памяти и способности отражения 5-летки 33(54.0%) не смогли выполнить тест, но можно видеть, что возраст более менее имеет значение в исполнении (p=0.048), и большинство мальчиков, то есть 21(77.7%) не смогли выполнить задания, но половых различий не наблюдалось p=0.947. (Таблица 5)

Таблица 6 - Сравнительное исследование выполнения теста для определения развития мышц рук по возрастным и половым группам

	n	%	n	%	p значение
	4 года		5 лет		
Выполнили	15	(55.5)	42	(68.8)	p=0.18
Выполнили удовлетворительно	6	(22.2)	15	(24.5)	
Не выполнили	6	(22.2)	4	(6.5)	
	Мальчики		Девочки		
Выполнили	21	(58.3)	36	(69.2)	p=0.57
Выполнили удовлетворительно	10	(27.7)	11	(21.2)	
Не выполнили	5	(13.8)	5	(9.6)	

Замечание: Мы сравнили и дали оценку исполнению детьми тестов по возрастным и половым группам и в тесте для определения развития мышц рук большинство 5-леток, то есть 57(93.3%) выполнили тест, но можно видеть, что возраст не имеет значение в исполнении заданий (p=0.18) и 47(90,4%) девочек больше выполнили задание, но половых различий не наблюдалось (p=0.57). (Таблица 6).

ОБЩИЙ ВЫВОД:

1. В исследовании были привлечены больше 5-леток, то есть 61(69.3%) детей, из которых 52(59.1%) были девочки. Что касается способности выполнения тестов: большинство или 44(50.0%) детей выполнили тест для определения развития мышления, но 52(59.1%) детей не смогли выполнить тест для определения визуальной памяти и способности отражения, это показывает, что дети пока не готовы к школе.
2. Мы сравнили способности выполнения тестов по возрастным группам: в тесте для определения развития мышления (p=0.0001), в тесте для определения работы рук и пальцев (p=0.0001), и в тесте для определения визуальной памяти и способности отражения (p=0.048) чем старше возраст, тем больше влияет на исполнение, то есть наблвдается различие, а в тесте для определения развития мышц рук (p=0.18) выполнение полностью хорошее без различий в возрасте.
3. Мы сравнили способности выполнения тестов по половым группам: мальчики больше выполнили тесты для определения развития мышления и определения работы рук и пальцев, но мальчики не смогли выполнить тесты для определения визуальной памяти и способности отражения и определения развития мышц рук, во всех тестах не наблюдалось половых различий (p=0.18), (p=0.315), (p=0.947), (p=0.57).

БЛАГОДАРНОСТЬ:

Мы выражаем нашу благодарность руководству и классным руководителям детского сада №1, детского сада № 12 и детского сада № 23 за содействие, а также огромная благодарность всем студентам 2-ого курса Акушерства МГУНЗ.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Комплексная политика по содействию в развитии малолетних детей (2005), Правительство Монголии, Детский фонд ООН, город Уланбатор
2. Управление образования и культуры Дархан-Уул аймака (2016), http://darkhan.edu.mn/4/single_news/22/item/23
3. Воспитание малолетних детей в семье. (сборник семинара) УБ, 2002. стр-19
4. Развитие малолетних детей, Пособие обучения для подготовки национальных инструкторов (2007), Уланбатор
Проект стандарта развития малолетних детей (2008), Уланбатор
5. Закон о начальном и среднем образовании (2002), Уланбатор
6. Батдэлгэр, Ж. Монголхатан, Г. (2009), Методика оценки готовности к школе, Уланбатор
7. Заяа, С. (2009), Развитие малолетнего ребенка, Уланбатор
8. Отчёт исследования о готовности шестилетнего ребенка к школе, (2008), Уланбатор

УДК 338.22:316.346.32-053.6

Сангадеев О.Ц.
Научный руководитель: д.и.н., доцент Гельман В.А.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управлении, Улан-Удэ, Россия

МОЛОДЕЖНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО КАК ФАКТОР УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

В статье рассматриваются проблемы поддержки и развития молодых предпринимателей в РФ.
***Ключевые слова**: молодые предприниматели, развитие, поддержка бизнеса.*

Sangadeev O.TS.
Supervisor: Gelman V.A.
East-Siberian State University of Technology and Management , Ulan -Ude , Russia

YOUTH BUSINESS AS FACTOR OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT

In article problems of support and development of young entrepreneurs in the Russian Federation are considered.
***Keywords:** young entrepreneurs, development, business support.*

Развитие малого и среднего бизнеса в Российской Федерации за последние годы заметно активизировалось. Постепенный выход из мирового экономического кризиса увеличил потребность в формировании нового поколения предпринимателей, молодых, динамичных, современных людей, способных играть активную роль в бизнесе, экономике и в развитии общества.

В систему поддержки молодежного предпринимательства входят организационные структуры федерального, регионального и местного уровня. Все они объединены единой целью и задачами, законодательно-нормативной базой, организационно-правовыми отношениями и действуют на основании единых методических и функциональных подходов. К основным организациям, оказывающим поддержку и осуществляющим развитие молодежного предпринимательства относятся:

– Международная и Российская молодежные палаты;
– Молодежная общественная палата;
– Российский центр содействия молодежному предпринимательству;
– Ассоциация молодых предпринимателей России.

Данными организациями разрабатывается множество программ поддержки малого и среднего бизнеса, но работать они будут только при поддержке регионов и муниципалитетов.

Основные проблемы, мешающие открытию дела молодыми людьми:

1. Социальный настрой молодых людей. 2. Восприятие обществом предпринимателей. 3. Уровень и содержание образовательных программ. Для развития молодежного предпринимательства на современном этапе необходимо:

1) популяризировать предпринимательскую деятельность среди молодежи, для решения данной стратегической задачи необходимо: проводить игровые и тренинговые мероприятия; конкурс бизнес-проектов; образовательные курсы; выпуск социальной рекламы, информирование о государственной поддержке молодых предпринимателей.

2) массово вовлекать молодых людей в предпринимательскую деятельность с распространением агитационных материалов о программах, проводимых государством, анкетные опросы молодежи, желающей открыть собственные предприятия.

3) осуществлять отбор молодежи, имеющей способности к ведению предпринимательской деятельности.

4) проводить профильное обучение с целью привития молодым людям навыков ведения бизнеса.

В условиях экономического развития молодых специалистов вопрос поддержки для молодежного предпринимательства приобретает острое значение. Проблемы развития студенческого и молодежного предпринимательства в нашей стране, предполагают изучение системы поддержки бизнеса в США и Европе и их эффективность применения бизнес-инкубаторов для решения многих экономических и социально направленных проблем с внедрением данного опыта в российское образование. Внедрение бизнес-инкубаторов позволит в условия российской действительности раскрыть имеющийся потенциал для решения проблем многих наших городов и регионов. Таким образом, практический опыт, который был накоплен за это время во всем мире, позволит не допустить многие ошибки и преодолеть такие трудности с минимальным ущербом. В настоящее время в России уже исторически сложилась довольно непростая ситуация по созданию и поддержке малых предприятий заключающаяся в сложной системе российского налогообложения, нехватка кредитных средств на организацию и развитие малого и среднего бизнеса, плохо развитые рынки деловых услуг и большое распространение коррупции и организованной преступности на малый и средний бизнес.

Российское молодежное предпринимательство необходимо поддерживать со всех сторон, начиная с государственного уровня. Его главным инструментом может послужить создание специальной инфраструктуры, направленной на развитие малого и среднего бизнеса, в том числе молодежного. В настоящее время одной из серьезных преград для оказания эффективной помощи молодежному бизнесу является недостаток объектов инфраструктуры, которые обеспечивают деятельность таких предприятий, такие как: центры по обучению и подбору персонала, маркетинговые службы, юридическую поддержку, инженерные сети. Для того, чтобы повысить конкурентоспособность своей продукции или услуг малый бизнес должен также иметь возможность получения комплексной поддержки на этапах становления и раннего развития. Такую комплексную поддержку на реально доступных условиях предлагают Центры развития молодежного предпринимательства. Именно ЦРМП должно иметь приоритет для дальнейшего устойчивого развития молодежного предпринимательства. ЦРМП – организация, созданная для поддержки молодежного предпринимательства на ранней стадии деятельности путем предоставления коворкинговых площадок и оказания консультационных услуг, а также ознакомления с необходимыми финансовыми, юридическими, маркетинговыми и другими полезными знаниями. Кроме того, ЦРМП помогает получению финансовых средств на развитие дела и выход компании на рынок. ЦРМП – это один из эффективнейших инструментов, поддерживающих начинающие и перспективные компании, создающий для них самые благоприятные условия, предоставляя офисное и производственное помещение, обучение и консалтинг. Самый первый российский ЦРМП появился еще в 2011 году. С этого момента постепенно почти все крупные московские вузы стараются создать у себя подобный Центр и выиграть государственный контракт на финансирование. На данный момент в Москве существуют 12 ЦРМП в крупнейших вузах. Сейчас самые известные московские бизнес-инкубаторы пытаются подстроиться под формат ЦРМП и их прирост в программе продолжает повышаться. В целом, ЦРМП оказывают следующие услуги:

- помощь в оформлении необходимых для регистрации документов;
- выделяют коворкинг площадку для работы над проектом;
-организуют тематические семинары;
- помогают в развитии рекламной кампании;
- помогают создать прототип или модель технического устройства;
- помогают в поиске партнеров для бизнеса.

Кроме того, для участников проекта организуются совместные мероприятия: выступления, семинары, программы международного сотрудничества, стажировки. В рамках ЦРМП может появиться партнерство между крупными и малыми компаниями. Очень большая часть крупных компаний и производственных объединений испытывают трудности, связанные с неэффективностью производства и реализацией уже производственной продукции, связано это с отставанием технологий, избыточностью персонала, неподготовленностью большей части сотрудников к деятельности в условиях реальной рыночной экономики. Для изменения данной ситуации, требуется глубокая реструктуризация компании, а сотрудничество с малыми компаниями, позволит дать импульс для развития новых технологий, создание нового производства и даст возможность роста самого малого предприятия.

Однако в России существует ряд проблем, который создает препятствие для успешного и быстрого развития системы поддержки молодежного бизнеса.

1. Дефицит финансирования со стороны государства для содержания необходимой инфраструктуры. По своей сути ЦРМП является некоммерческим социальным проектом, хотя содержание здания и его систем требует наличие источников финансирования. Основные из них — это средства университетов. При этом средства бюджета университета не могут покрыть всех расходов на содержание помещения, поэтому необходимы субсидии по программе развития предпринимательства.

2. Недостаток профессионально обученных и подготовленных кадров.

3. Слабое финансирование проектов на начальном этапе развития, связанная с трудностями в получении кредитов и субсидий.

4. Отсутствие связей среди крупных компаний и малых инновационных предприятий.

Решение всех выше перечисленных проблем поможет выйти на качественно новый уровень развития молодежного предпринимательства, привлечет необходимые кадры и даст возможность экономического роста России в будущем.

Список литературы:

1. Аналитическая серия ИКСИ [Электронный ресурс] http://www.icss.ac.ru/ (дата обращения 8.11.16)
2. Программа Федерального агентства по делам молодежи «Ты – предприниматель». 2010.
3. Харченко К. В. Молодежное предпринимательство как объект социального регулирования //Современная российская молодежь от стихийной самоорганизации к целенаправленному формированию субъектности: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Белгород: Изд-во БелГУ, 2013. С.208-213.
4. Светуньков С. Г. Методы маркетинговых исследований / С. Г. Светуньков. –Спб.: ДНК, 2014.– 349с.

УДК 616.62-008.22:[616.711.9+616.832]-001-008

Святская Е.Ф., Жукова Т.В. [1]Карпенко Е.А.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь
[1]Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации, Минск, Беларусь

КОРРЕКЦИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Задачами коррекции функции мочеиспускания при позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ) являются восстановление пассажа мочи, пузырного рефлекса и контролируемого мочеиспускания.

Ключевые слова: *позвоночно-спинномозговая травма, катетеризация, гипер- и гипорефлекторный мочевой пузырь.*

SviatskayaE.F.,Zhukava T.V.,[1]KarpenkoE.A.
State Educational Institution Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Belarus
[1]Republican Clinical Hospital for Medical Rehabilitation, Minsk, Belarus

CORRECTION OF URINATION IN PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

The objectives of correcting urinary function in patients with spinal cord injury (SCI) are to restore the passage of urine, vesical reflex and micturition controlled.

Keywords:*spinal cord injury, catheterization, hyper- and giporeflektion bladder*

Наряду с восстановлением двигательных и чувствительных расстройств, восстановление в процессе реабилитации функции мочеиспускания у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой является немаловажной задачей.

Выделяют следующие варианты нарушений функции мочеиспус-кания: задержка мочи (гипотонический (гипорефлекторный) мочевой пузырь), парадоксальное недержание мочи, автоматизм мочевого пузыря, императивные позывы на мочеиспускание, истинное недержание мочи (гиперефлекторный мочевой пузырь) [2].

Задачами коррекции функции мочеиспускания в **раннем периоде ПСМТ** являются восстановление пассажа мочи и резервуарно-выделительной функции мочевого пузыря (восстановление пузырного рефлекса), профилактика и лечение уроинфекций [1,3].

На протяжении первых дней и недель после травмы наблюдается острая задержка мочи, которая требует искусственного опорожнения мочевого пузыря методом ***постоянной или периодической катетеризации*****.**

Для постоянной катетеризации самым доступным и распространенным является катетер Фолея, соединенный с мочеприемником. При этом методе катетер остается введенным в мочевой пузырь (до 1 месяца), и моча постоянно выделяется из него. Чтобы избежать сморщивания мочевого пузыря, детрузор тренируют периодическим наполнением и опорожнением пузыря, перекрывая катетер каждые 3-4 часа и открывая его на 15-20 мин при условии, что выпивается приблизительно 150-200 мл жидкости в час. Важно разработать четкий график этой процедуры и постоянно его придерживаться (в одно и то же время).

Эпицистостомия (наложение надлобкового свища и введение катетера Фолея) производится при невозможности проведения катетера по уретре: разрыв, пролежни, стриктуры уретры, аденома предстательной железы и др. Эпицистостома должна быть закрыта в максимально возможные сроки, т.к. способствует развитию осложнений и формированию «сморщенного» мочевого пузыря [2,3].

Альтернативным методом выведения мочи на ранних этапах спинальной травмы является периодическая катетеризация.

Цель периодической катетеризации – помочь мочевому пузырю сокращаться и опорожняться подобно тому, как это происходит при нормальном его функционировании, поддерживая таким образом его тонус.

Частота периодической катетеризации определяется количеством остаточной мочи: больше чем 300 мл – каждые 4 ч, 200-300 мл – каждые 6 ч, 150-200 мл – каждые 8 ч, 100-150 мл – 1 раз в сутки, меньше чем 100 мл – 1 раз в неделю для контроля или вообще не проводится [4,5].

Проводится при восстановлении рефлекторного или произвольного мочеиспускания.

Задачи **промежуточного и отдаленного периодов ПСМТ** –выработка контролируемого мочеиспускания при гипертоническом мочевом пузыре ипузырного рефлекса при гипотоническом мочевом пузыре [1,3].

При **гиперрефлекторном мочевом пузыре** воздействие направлено на снижение тонуса детрузора, восстановление координированной работы опорожняющего и замыкательного аппарата пузыря.

Из медикаментозных средств используются антихолинергические препараты (дриптан, детрузитол, пропантелина бромид, гиосциамин, атропин, скополамин, беллатаминал, имипрамин).

Наиболее эффективными физиотерапевтическими процедурами являются: ДМВ-терапия, парафиновые или озокеритовые аппликации на область мочевого пузыря, грязевые аппликации или гальваногразь, электрофорез М-холинолитиков, спазмолитиков (атропин, галантамин, ганглерон, но-шпа, платифиллин, папаверин) и миорелаксантов (фенибут и др.), сегментарный массаж, точечный массаж надлобковой области, вибромассаж сегментарной и надлобковой области, пресакральные новокаиновые блокады в сочетании с блокадами срамных нервов, иглорефлексотерапия (тормозной метод), электростимуляция по тормозной методике (наружная электростимуляция (воздействует на детрузор), ДДТ- или СМТ-стимуляция, трансректальная электростимуляция (воздействует на сфинктер), стимуляция имплантированными электродами) [1,4,5].

При **гипорефлекторном мочевом пузыре** медикаментозная терапия направлена на стимуляцию М-холинорецепторов и блокаду α-1-адренорецепторов: убретид, празозин, омник, тамсулозин и др.

Среди физиотерапевтических процедур широко применяются: электрофорез прозерина, пилокарпина на область мочевого пузыря, грязевые аппликации соответственно очагу поражения спинного мозга, иглорефлексотерапия по возбуждающей методике, электростимуляция по стимулирующей методике (наружная электростимуляция, ДДТ- или СМТ-стимуляция, трансректальная электростимуляция, радиочастотная стимуляция мочевого пузыря имплантированными электродами, электростимуляция крестцовых корешков имплантированными электродами) [1,4,5].

В зависимости от типа нейрогенного мочевого пузыря существуют разные методы его тренировки.

Тренировка направлена на уменьшение количества остаточной мочи. Тренировку мочевого пузыря следует начинать во время периодической катетеризации или после снятия постоянного катетера Фолея. Вначале важно придерживаться четкого почасового выполнения программы тренировок мочевого пузыря, опорожнять его через определенные промежутки времени. Со временем у многих людей с поражением спинного мозга появляются предвестники акта мочеиспускания: внезапное усиление спастики, "гусиная кожа", "ползание мурашек", и др., которые позволяют подготовиться к мочеиспусканию, подставить вовремя "утку" [1,4,5].

При периодическом недержании мочи для тренировки мочевыделительного рефлекса используют следующие методы: легкое постукивание по передней брюшной стенке, сжатие головки полового члена, стимуляция мошонки, потягивание за лобковые волоски, растяжение пальцами ректального сфинктера или глубокая пальпация прямой кишки, использование периодической катетеризации или постоянного катетера, пережимая его каждые 3-4 ч (через 1-2 недели можно попробовать метод выстукивания снова).

При парадоксальном недержании мочи используют методы выдавливания: ручное «выдавливание» мочи через брюшную стенку, натуживание.

Важно обязательно контролировать количество остаточной мочи и при необходимости удалять ее одноразовым катетером. Тренировку желательно проводить в сидячем положении в туалете или на кровати, используя при этом презерватив или "утку" [1,4,5].

Вспомогательные устройства и материалы: презерватив или кондомный мочеприемник, конверт-памперс, памперс, урологические прокладки, специальные пробки, которые закрывают мочеиспускательный канал или тампоны против недержания мочи (для женщин).

Список литературы:

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей /А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2007. – 568 с.
2. Даренков С.П., Селюков Р.В. Нейрогенный мочевой пузырь при травматической болезни спинного мозга / С.П. Даренков, Р.В. Селюков // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга /Под общ.ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. – М., 2010. – С. 110-144.
3. Качесов В.А. Основы самореабилитации /В.А. Качесов. – М.: Издательская группа «БДЦ-ПРЕСС», 2007. – 174 с.
4. Крупин В. Н., Белова А. Н. Нейроурология: Руководство для врачей /А.Н. Белова, В.Н. Крупин. – М.: Медицина, 2005. – 406 с.
5. Лопаткин Н.А., Салюков Р. В., Мартов А.Г. Сакральная нейромодуляция в лечении нейрогенных расстройств мочеиспускания / Н.А. Лопаткин, Р.В. Салюков, А.Г. Мартов и [др.] // Избранные лекции по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – С. 3-12.

УДК 364.63-055.26

Семененко А.И., Королева Ю.Л.

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

НАСИЛИЕ НАД ЖЕНЩИНОЙ В СЕМЬЕ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

В статье рассматриваются методы и формы медико-социальной и психологической работы по предупреждению насилия над женщиной в семье.

Ключевые слова: *насилие, женщина, семья, последствия насилия, профилактика, особенности личности, психосоциальная работа.*

Semenenko A.I., Koroleva U. L.

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Belarus

VIOLENCE AGAINST WOMAN AS A PROBLEM OF MODERN SOCIETY

The article considers methods and forms of medical-social and psychological work on preventing violence against woman in the family.

Key words: *violence, woman, family, consequences of violence, prevention, personal peculiarities, psychological work.*

Проблема насилия над женщиной в семье в современном мире – это одна из проблем, решением которых занимается все мировое сообщество. Выделение насилия в семье в самостоятельную проблему свидетельствует об ее актуальности, необходимости разработки системы профилактических и коррекционных мер, направленных на ее разрешение в условиях отсутствия четкой научной терминологии насилия и исчерпывающей информации о причинах насилия и степени его распространения[1]..

Согласно исследованиям чаще всего от семейного насилия страдают женщины и девочки. По данным ООН, около 70% женщин в мире подвергались насилию в течение своей жизни. По данным обращений, поступающих на общенациональную горячую линию для пострадавших от домашнего насилия в Беларуси, 93% пострадавших составляют женщины. В 2013 г Центр социологических и политических исследований Белорусского государственного университета провел исследование по оценке ситуации в области домашнего насилия в Республике Беларусь[2].. Полученные результаты исследования показывают, что 4 из 5-ти женщин Беларуси в возрасте 18-60 лет подвергаются психологическому насилию в семье, каждая четвертая (с различной частотой) – физическому насилию, 22,4% женщин испытывают экономическое и 13,1% – сексуальное насилие со стороны своего мужа или постоянного партнера. Причем почти каждая десятая женщина (8%) испытывает на себе и физическое и сексуальное насилие дома и каждая десятая женщина (9,5%) подвергалась физическому насилию о стороны мужа/партнера во время беременности. Пережив физическое и сексуальное насилие, только 6,0 % мужчин и 46,8 % женщин обращаются за помощью[3].

Материал и методы. Исследование особенностей предупреждения насилия над женщиной в семье проводилось на базе Витебского филиала Международного университета «МИТСО». Выборку испытуемых составили 55 человек – девушки-студентки в возрасте 19-20 лет. Для исследования особенностей предупреждения насилия в семье нами использовались следующие методы: анкета «Осведомлённость женщин о распространенности насильственных отношениях между людьми», методика исследования уровня субъективного контроля (Е.Ф.Бажин, С.А.Голынкина, А.М.Эткинд), тест описания поведения в конфликте К. Томаса (адаптация Н.В. Гришина).

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного анкетирования показали, что большинство респондентов (97%) считают актуальной для современного белорусского общества проблему насилия в семье; абсолютное большинство респондентов (100%) получают информацию о проблеме домашнего насилия из интернета, 94% – по телевидению, из газет и журналов, 70% – от друзей, 67% – по радио, 36% – в кино, 26% – из книг и 9% – от членов семьи. Серьезной проблемой домашнего насилия 87% респондентов считают сексуальное насилие, 91% – физическое насилие, 58% – ограничение свободы, 34% – угрозы насилия.

По мнению респондентов, основными причинами домашнего насилия в отношении женщин являются: алкоголизм (94%), наркомания (88%), агрессор как жертва домашнего насилия (58%), провокационное поведение женщины (58%), отношение мужчины к женщине (36%), генетическая предрасположенность (36%), религиозные взгляды (36%), разделение ролей между полами (36%), СМИ (33%), уровень образования (28%), безработица (26%).

По мнению студентов, наиболее часто встречающимися последствиями домашнего насилия над женщиной являются: психическая травма, стресс (83%), ухудшение здоровья (70%), употребление алкоголя, наркотиков (43%), попытка покончить жизнь самоубийством (40%), уход из дома, развод (30%), нежелание создавать семью, заводить детей и плохое выполнение родительских обязанностей (6%) (рисунок 1).

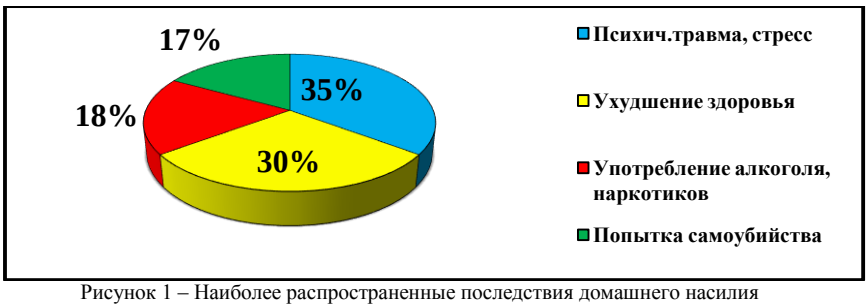


Рисунок 1 – Наиболее распространенные последствия домашнего насилия

Во многих странах мира созданы или предпринимаются попытки создать службы помощи женщинам, которые пострадали от жестокого обращения с ними и которые нуждаются в поддержке. По мнению 90% респондентов, их населенные пункты также нуждаются в учреждениях, оказывающих помощь людям, пережившим насилие в семье. Радует тот факт, что респондентам известны службы помощи людям, пережившим насилие: телефон доверия (43%), кризисные центры (36%), приюты (16%). По мнению 54% респондентов государственные учреждения помогают людям, ставшим жертвами насилия, 10% – считают, что данные учреждения ничем не помогают, 36% – затрудняются ответить на данный вопрос. По мнению респондентов, государственные учреждения должны опекать: женщин, девушек, подвергшихся изнасилованию (93%), женщин, которых постоянно избивают мужья, партнеры (73%), женщин с детьми (59%), женщин, девушек, подвергшихся сексуальным домогательствам (56%), только детей (16%).

Таким образом, на основании результатов проведенного анкетирования можно сделать вывод, что большинство респондентов осведомлены о распространенности насильственных отношениях между людьми и считают проблему насилия в семье актуальной для современного белорусского общества. Девушки-студенты, принявшие участие в анкетировании, не применяют насилие к членам семьи и считают, что никто из членов семьи не имеет право применять насилие по отношению к другим.

В настоящее время психосоциальную помощь жертвам семейного насилия осуществляют как специализированные учреждения: центры психолого-педагогической помощи населению, кризисные центры, телефоны экстренной психологической помощи, – так и комплексными учреждениями социального обслуживания населения.

Учреждения образования осуществляют работу по профилактике насилия в семье, поэтому с целью совершенствования и улучшения работы социально-педагогической и психологической службы вуза по предупреждению насилия над женщиной в семье нами была разработана программа психосоциальной работы по предупреждению насилия над женщиной в семье, представляющая комплекс рекомендаций и мероприятий по профилактике, включающая: рекомендации по предотвращению насилия над женщиной в семье, рекомендации для студентов «Женщина – жертва насилия в семье», информация для периодического вузовского издания «Вестник МИТСО», комплекс занятий для студентов по профилактике насилия над женщиной в семье, буклет «Стоит ли терпеть домашнее насилие?».

Результаты проведенного исследования показывают, что разработка программы психосоциальной работы по предотвращению насилия над женщиной в семье необходима для повышения правовой грамотности будущих супругов, обучения общению в семье, психологии поведения и уходу от конфликта, а также для оптимизации деятельности службы вуза по профилактике насилия над женщиной в семье.

Список литературы:

1. Шеляг Т.В. Социальная работа с семьей. – М.: Институт социальной работы, 2005. – 191 с.
2. Горшкова И.Д., Шурыгина, И.И. Насилие над женами в современных российских семьях. – М.: МАКС-Пресс, 2003. – 214 с.
3. Билиннис А.А. Анализ проблем женщин, обращающихся в службу «телефон доверия». – М.: «Выбор», 2009. – 65 с.

УДК 006.015.5

Серга Т.А.
Классический приватный университет, г. Запорожье, Украина

СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАКАЗ И СТАНДАРТЫ КАК ИНСТРУМЕНТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Статья посвящена проблемам обеспечения качества социальных услуг, обосновывается роль механизма социального заказа и формирования системы стандартов предоставления социальных услуг населению.

Ключевые слова: *социальные услуги, социальный заказ, социальные стандарты, качество социальных услуг, оценка качества социальных услуг.*

Serha T.
Classic Private University, Zaporizhzhya, Ukraine

SOCIAL ORDER AND STANDARDS AS TOOLS TO ENSURE QUALITY OF SOCIAL SERVICES

The article deals with the problems of social services' quality, substantiates the role of the social order mechanism and the formation of standards for the provision of social services to the population.

Keywords: *social services, social order, social standards, quality of social services, evaluation of the social services' quality.*

Следует констатировать, что переход к рыночным методам хозяйствования в Украине и многих странах постсоветского пространства до сих пор почти не распространялся на реформирование системы услуг социальной сферы. Она остается построенной по принципу содержания поставщиков, а не покупки конкретных услуг. Повышение адресности и качества предоставления социальных услуг, при рациональном использовании бюджетных средств, является одним из приоритетов реформирования системы социального обслуживания в этих странах. Однако главным недостатком существующей системы является отсутствие рыночной конкуренции. Потребители услуг социальной сферы лишены возможности выбора поставщика, сам поставщик лишен стимулов поддержания на должном уровне и повышения доступности и качества услуги.

Инструментом демонополизации рынка услуг социальной сферы и распределения заказов на их выполнение на конкурсной основе является введение технологии заказа, который происходит по принципу покупки услуги заказчиком – органом государственной власти или местного управления, на который прямо или делегировано возложены определенные социальные функции. Формирование заказа на основе конкретных приоритетов социальной политики позволяет четко определить и на договорных условиях ориентировать поставщиков услуг на определенные группы получателей этих услуг, номенклатуру необходимых услуг и их качество. Внедрение технологии заказа создает для органов местной власти весомый инструмент реализации местной и региональной стратегий социальной политики.

Кроме внедрения технологии социального заказа одним из базисных элементов социальной политики государства и ведущим фактором успеха государства в сфере социального обеспечения является формирование социальных стандартов. Стандарты необходимы: государству – как инструмент управления; поставщикам – для повышения конкурентоспособности, потребителям – для определения качества предоставляемых им услуг. В отличие от социального минимума, стандарт – это гарантия высокого уровня определенного качества, которое государство обязуется обеспечить гражданам в соответствующие сроки:

– применение социальных стандартов позволяет осуществить переход от постатейного к подушевому финансированию расходов на социальные нужды, что должно значительно повысить эффективность использования средств, направляемых на социальное развитие;

– государственные социальные стандарты дают возможность обоснованно определить размеры расходов бюджетов всех уровней и социальные фонды на социальную защиту и социальное обеспечение населения, а также содержание социальной сферы;

– социальные стандарты предусматривают установление главных критериев качества услуг;

– формирование четких стандартов предоставления услуг позволяет значительно корректнее оценить финансирование многих отраслей и ускорить их реформирование;

– определение возможности внедрения социальных стандартов определяет рациональные потребности и условия проведения реформы административно-территориального устройства страны, критерии образования административно-территориальной единицы: существование полного набора бюджетных учреждений, предоставляющих социальные услуги, их загруженность на уровне, предусмотренном социальными стандартами и тому подобное.

Новые отношения между заказчиками и поставщиками социальных услуг требуют и новых обязательств между ними, а также ответственности перед клиентами. Каждый получатель / потребитель услуг имеет законное право на получение качественных услуг в защиту своих прав в случае непредоставления или предоставления услуг низкого качества.

Поэтому для обеспечения качества социальных услуг на государственном уровне важно не только установить требования, но и обеспечить соблюдение этих требований всеми поставщиками услуг, предусмотреть санкции за несоблюдение требований стандартов.

Как правило, функции контроля за качеством социальных услуг относятся к полномочиям государства. Сегодняшней системе контроля в сфере социальных услуг Украины не хватает инструментария, знаний и навыков для оценки качества. Таким инструментарием должны быть стандарты качества социальных услуг. Они содержат критерии, ориентированные на аспекты качества жизни получателей и с помощью которых можно оценить уровень качества услуг.

Во многих странах Западной Европы, а также в США и Австралии сформированы специальные органы для выполнения функций контроля. Эти органы обладают полномочиями по осуществлению регистрации, сертификации или лицензирования деятельности по предоставлению социальных услуг детям, инвалидам, пожилым людям, рассмотрения жалоб и принятия решений по санкциям за несоблюдение качества.

На основании результатов проверок инспекция составляет отчет, который содержит или положительные отзывы или рекомендации относительно необходимых улучшений. Такие отчеты обнародуют с целью информирования поставщиков, пользователей услуг, органов власти и общественности. Если стандарты не соблюдаются в любых аспектах и значительно отстают от установленных требований, применяют соответствующие процедуры для устранения недостатков или прекращения деятельности поставщика услуг из-за отмены лицензии.

Для органов власти или других заказчиков стандарты являются инструментом сравнения результата услуг с объемом вложенных ресурсов, принятия решений о целесообразности контрактирования и финансирования услуг. Кроме того, стандарты качества являются основой для определения правомерности действий работников.

Итак, стандарты качества являются ключевым механизмом для обеспечения качества на национальном уровне и стимулом для постоянного улучшения системы социальных услуг.

Разработка стандартов качества должна происходить с применением следующих подходов: участие работников и пользователей (их представителей); изложение в простой понятной для всех участников процесса форме; отражение наилучшей практики, которая возможна при имеющихся ресурсах, базирование на практическом опыте; ориентирование на достижение результатов, без излишней детализации методик достижения этих результатов; предоставление возможности проведения самооценок управления, оценок получателями, общественного мониторинга.

Список литературы:

1. Соціальне замовлення в Україні: досвід 10 років впровадження / Збірник аналітичних та нормативно-методичних матеріалів / Під редакцією В. І. Брудного, А. С. Крупника. – Одеса: Євродрук, 2011. – 156 с.

2. Стандарти соціальних послуг: Збірка проектів документів / Під ред. Сідєльнік Л. Л. – К.: Український фонд соціальних інвестицій, 2007. – 175 с.

3. Управління якістю соціальних послуг: теорія та практика. Досвід мікропроектів УФСІ з інноваційних соціальних послуг. – К.: 2006. – 100 с.

4. Чорній Л., Рубановський К. Огляд основних моделей соціального замовлення / соціального контрактування та муніципальних грантів, які використовуються сьогодні на місцевому рівні в Україні // Державне фінансування організацій громадянського суспільства. Як запровадити європейські стандарти? / [О. Ю. Вінніков, Д. С. Ковриженко, М. В. Лациба [та ін.]; Укр. незалеж. центр політ. дослідж. – К. : [Агентство «Україна»], 2010. – С. 118-154.

УДК 297

Симаш О. М.

Белорусский государственный педагогический университет, г. Минск, Республика Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПРОЦЕССЕ ОПТИМИЗАЦИИ САМООБРАЗОВАНИЯ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Статья посвящена проблеме формирования навыков самообразования учащейся молодежи с ограниченными возможностями. В ней обоснована подготовка учащихся к самообразованию посредством включения в учебный процесс самостоятельной работы.

Ключевые слова: *учащиеся с ограниченными возможностями, самообразование, умения, навыки, самостоятельная работа*

Simash O. M.

State Pedagogical University, Minsk, Republic of Belarus

USE OF INDEPENDENT WORK IN THE PROCESS OF SELF-OPTIMIZATION OF STUDENTS WITH DISABILITIES

The article deals with the formation of self-education students the skills of youth with disabilities. It is justified to prepare students to educate themselves by including in the educational process of independent work.

Keywords: *students with disabilities, self-education, skills, independent work*

Учащимся важно дать метод, путеводную нить для организации приобретения знаний, а это значит – вооружить их умениями и навыками научной организации умственного труда, т.е. умениями ставить цель, выбирать средства ее достижения, планировать работу во времени. Для формирования целостной и гармоничной личности необходимо систематическое включение ее в самостоятельную деятельность. А.К. Громцева считает, что подготовка учащихся к самообразованию возможно только посредством включения в учебный процесс самостоятельной работы [1], а так же Г.Н. Сериков определяет соотношение самостоятельной работы и самообразования; высказывая мысль о постепенном переходе всей самостоятельной работы воспитуемых к самообразованию [4]. Б.П. Есипов предложил свое определение: самостоятельная работа учащихся, включаемая в процессе обучения, – это такая работа, которая выполняется без непосредственного участия учителя, но по его заданию в специально предоставленное для этого время.

Среди ученых нет единства и в отношении организационной стороны самостоятельной работы: метод обучения; форма организации учебной деятельности; средством организации, выполнения и вовлечения в самостоятельную познавательную деятельность.

По мнению П. И. Пидкасистого, самостоятельная работа вынуждает осознавать путь от незнания к знанию, регулировать свои действия в соответствии с целью и предметом деятельности. В силу этого в самом процессе выполнения самостоятельной работы возникают предпосылки для постепенного перехода контроля в процессе обучения в самоконтроль, что создает предпосылки для формирования опыта образовательной деятельности, которая переходит в самообразование [3, с. 68].

В силу отсутствия единого мнения в отношении определения «самостоятельная работа» в педагогической литературе встречаются различные классификации самостоятельных работ: по форме организации; по степени индивидуализации; по источнику знаний; по дидактическим целям; по степени самостоятельности учащихся и т.п.

По форме организации самостоятельной работы Ю.Б. Зотов, П.И. Пидкасистый, Т.И. Шамова различают: индивидуальные, групповые и фронтальные.

В основе классификации В.П. Стрекозина лежит источник знаний: работа с учебником и учебной литературой; работа со справочной литературой; решение и составление задач; учебные упражнения и в тетради с печатной основой; сочинение и описание; наблюдения и лабораторные работы; работы-задания, связанные с использованием иллюстраций и раздаточного материала; графические работы.

В зависимости от дидактической цели, преследуемой при проведении самостоятельной работы мнение исследователей сводятся к таким видам как: приобретение знаний, формирование умений и навыков; закрепление приобретенных знаний, сформированных умений и навыков; применение приобретенных знаний, умений и навыков; проверка уровня приобретенных знаний, сформированных умений и навыков.

В процессе формирования навыков самообразования основополагающей, по нашему мнению, выступает классификация по степени самостоятельности, так как использование всех других видов самостоятельных работ является возможным и будет продуктивно при учете типа познавательной деятельности. По степени самостоятельности исходя из внутреннего содержания учебной деятельности самостоятельные работы классифицируют на: репродуктивные; реконструктивно-вариативные; продуктивные.

Репродуктивная самостоятельная работа – это первая ступень процесса формирования умений и навыков самообразования. Действия школьников направляются путем четких указаний, что позволяет сформировать у учащихся навыки выполнения действий и операций. Особенность этого вида работ состоит в том, что воспроизведение происходит на базе собственной практической деятельности учащегося, направленной на овладение способами работы и умениями.

Самостоятельные работы реконструктивно-вариативного характера ставят учащегося перед необходимостью преобразования, реконструкции, обобщения имеющихся знаний. Перенос знаний в типовые ситуации, анализ явления, факта, события, формирует умения и навыки познавательной деятельности, дает возможность приобрести опыт преобразования и вариации информации, развивает мотивационную сферу учащихся. Особенностью этих работ является то, что в самом задании обязательно сообщается общий принцип решения, учащийся развивает ее в конкретный способ применительно к условиям задачи.

Самостоятельные работы творческого вида связаны с умением самостоятельно приобретать знания, умения и навыки. При этом, имеющееся, у ученика система знаний, умений и навыков становиться инструментом дальнейшего познания. Ученик сам определяет пути решения задачи.

Во всех рассмотренных случаях степень самостоятельности учащихся различна. В реальном учебном процессе познавательная самостоятельность в течении одного занятия может проявляться на разных уровнях, потому что это зависит от содержания учебного материала, цели, задач, используемых средств и методов преподавания.

Как уже говорилось выше, основным видом деятельности учащихся является учение, а систематическое привлечение их к активной самостоятельной работе будет способствовать обогащению опыта самостоятельного познания и тем самым создает предпосылки к возникновению потребности и условия формирования навыков самообразования.

Список литературы:

1. Громцева А.К. Самообразование как социальная категория. - Л., 1976. С. 80.
2. Казаченок В. В. Управляемое самообучение учащихся решению задач углубленного курса математики средствами современных информационных технологий. - Мн., 2006. С. 246.
3. Пидкасистый П. И. Организация учебно-познавательной деятельности студентов. - М., 2005. С. 141.
4. Сериков Г. Н. Самообразование: Совершенствование подгот.студентов. - Иркутск, 1992. С. 227.

УДК 364.22

Скахина П.Н.
Вологодский государственный университет, г. Вологда, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ СЕТИ ИНТЕРНЕТ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА

В статье рассматривается проблема трудоустройства населения, возможности интернет-ресурсов в решении данной проблемы.

Ключевые слова: *социальные проблемы, трудоустройство, интернет-ресурсы.*

Skakhina P.N.
Vologda State University, Vologda, Russia

THE POSSIBILITIES OF THE INTERNET IN SOLVING PROBLEM OF EMPLOYMENT

In the article the problem of employment of the population, the possibilities of Internet resources in resolving this problem.

Key words: *social problems, employment, Internet resources.*

Кризисная ситуация в экономике и финансовой сфере, спад деловой и экономической активности привели к ухудшению положения на российском рынке труда. Согласно данным Росстата, официальный уровень безработицы в России в сентябре 2016 г. составил 5,2% экономически активного населения, или 4 млн человек [2].

Проблема трудоустройства является одной из социальных проблем, стоящих перед населением, наряду с низким уровнем жизни, малообеспеченностью, бедностью.

Особенно сложно трудоустроиться инвалидам, несовершеннолетним, лицам предпенсионного возраста.

Для отдельных категорий населения государство создает целевые программы, устанавливает квоты для приема на работу инвалидов и несовершеннолетних и т.д. Несмотря на эти меры, проблема трудоустройства остается актуальной.

Проблема трудоустройства касается также выпускников вузов. Особенные трудности выпускники испытывают при устройстве на работу по специальности. Частично это связано с тем, что в высших учебных заведениях дают лишь фундаментальные знания, а не практические. Работодатели, в первую очередь, заинтересованы в том, чтоб соискатели уже имели хоть какой-то опыт работы. Они поощряют практический опыт у кандидатов: будь это просто подработка во время учебы, временная работа на летних каникулах, прохождение производственной практики.

Зачастую работодатели, которые работают с молодыми неопытными специалистами, принимают их на низшие и невысоко оплачиваемые должности, но у вчерашних выпускников есть шанс набраться опыта, развиться профессионально и двигаться по карьерной лестнице [1].

К сожалению, не существует универсальной технологии в вопросе трудоустройства, являющейся эффективной в 100% случаев. Среди наиболее используемых технологий поиска работы можно отметить обращения в рекрутинговые агентства, службы занятости, поиск по объявлениям в газетах и Интернете, непосредственное обращение к работодателям.

Перспективным каналом трудоустройства является Интернет. При этом Всемирная сеть может выступать как в качестве самостоятельного ресурса в поиске работы, так и вспомогательного.

На просторах Интернета есть множество сайтов, посвященных поиску работы. При этом они могут помочь и человеку, желающему трудоустроиться, и работодателю, ищущему работников. Данные ресурсы позволяют размещать объявления об имеющихся вакансиях, требованиях к соискателям, условиях труда, уровне оплаты труда и т.п. Также в Интернете можно разместить свое резюме, многие сайты уже имеют определенный шаблон, который достаточно просто заполнить.

Также Интернет может выступать и в качестве самостоятельного места работы: многие вакансии ориентированы на работу с текстами, создание и продвижение сайтов, администрирование интернет-магазинами и т.п. Однако здесь необходимо учесть, что большая часть таких предложений – мошенничество или финансовые пирамиды, поэтому к работе в Интернете необходимо подходить с осторожностью. Преимуществами удаленной работы в Интернете является возможность самостоятельно формировать свой рабочий график, отсутствие привязки к месту работы, а также доступность данного вида работы для разных категорий населения.

В Интернете есть много сайтов, на которых содержится полезная информация о том, как правильно составить резюме и заинтересовать работодателя, как подготовиться к прохождению собеседования, как грамотно вести себя на собеседовании и т.д. Это могут как простые статьи, книги, форумы, посвященные данным вопросам, так и руководства к действиям, представленные в форме видео.

Помимо вышеназванных возможностей Сети интернет в решении проблем трудоустройства, можно выделить возможность пользователей принимать участие в тренингах, вебинарах, онлайн-курсах и семинарах, различных уроках, посвященных вопросам саморазвития, обучения, трудоустройства.

Таким образом, Интернет обладает определенным потенциалом в решении проблем трудоустройства населения:

- он выступает как доска объявлений для тех, кто ищет работу или работников;
- Интернет предстает собственно местом работы;
- интернет-ресурсы позволяют получать новые знания в области трудоустройства, совершенствоваться в рамках какой-либо профессии.

В связи с широким внедрением интернет-технологий в повседневную жизнь, необходимо использовать данный общедоступный и перспективный вид ресурсов.

Список литературы:

1. Митьков С.С. Проблемы занятости и трудоустройства населения // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Юридические науки. 2013. № 1 (12). С. 26-27.
2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] URL: www.gks.ru (дата обращения 2.11.2016).

УДК 364.4

Снегирёв С.Н., Кондратьева Е.В.
Мухоршибирский психоневрологический интернат, с. Новый Заган, Россия

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В АУСО РБ «МУХОРШИБИРСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»

В статье рассматриваются вопросы реабилитации клиентов психоневрологического интерната.

Ключевые слова: *реабилитация, социально-реабилитационные мероприятия, клиенты интерната.*

Snegirev S.N.,Kondrateva E.V.
Mukhorshibirsky neuropsychiatric boarding a New Zagan, Russia

MEDICO - SOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE REPUBLIC OF BURYATIA AUSO MUKHORSHIBIRSKY PSYCHONEUROLOGICAL BOARDING

The article deals with the rehabilitation of the psycho-neurological boarding customers.

Keywords: *rehabilitation, social and rehabilitation activities, boarding customers.*

В настоящее время в России насчитывается 12,8 мин. инвалидов, это чуть менее 9 % от численности населения. Инвалиды первой, самой тяжелой, группы в России составляют 12,8 % от общей численности инвалидов, это около 1,66 % млн. человек. Вторая группа инвалидности самая многочисленная – 50 %, или около 6,4 млн. человек. Третья группа инвалидности – 32,8 % или 4,2 млн. Численность детей-инвалидов составляет 4,4 % от общего числа инвалидов, это 0,58 млн.

В системе социальной защиты населения Республики Бурятия функционируют 16 учреждений стационарного социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов. Плановая наполняемость в учреждениях стационарного социального обслуживания составляет 2158 мест. Фактически количество граждан пожилого возраста и инвалидов, находящихся на социальном обслуживании в стационарных учреждениях составляет 2245 граждан. За 1 квартал 2015 года в 2-х реабилитационных учреждениях отрасли получили услуги 5193 человек.

В Автономном учреждении социального обслуживания Республики Бурятия Мухоршибирский психоневрологический интернат (ПНИ) проживает 281человек психически больных недееспособных клиентов, в т,ч. мужчин 147 человек, женщин 134 человек. Инвалидов 1 группы 108 человек, 2 группы 173 человека. Возрастной диапазон основной части клиентов от 30 до 70 лет.

Полноценная жизнедеятельность большинства инвалидов, проживающих в интернате невозможна без предоставления им различных видов помощи и услуг, в том числе в сфере реабилитационных и социальных услуг. Реабилитация инвалидов является стратегической основой организации работы в отношении инвалидов в интернате. В Мухоршибирском ПНИ используются различные направления социальной реабилитации. Основным механизмом осуществления реабилитации инвалидов в интернате является реализация индивидуальных программ, в которых рекомендованы мероприятия по социально-медицинской, социальной средовой, социально-педагогической, профессиональной и социально- трудовой реабилитации.

Социально-медицинская реабилитация заключается в единстве медикаментозного и социореабилитационного (физическая терапия, физиотерапия, психотерапия и т.д.) воздействия.

Трудовая реабилитация в учреждении проводится строго по показаниям врачей, в соответствии с требованиями Индивидуальной программы, под контролем инструктора и медицинской сестры, преодолевая свой недуг, клиенты интерната следят за чистотой в помещениях и на прилегающей территории, занимаются ремонтом одежды и обуви в швейной мастерской, помогают рабочим обслуживающим здания, трудятся на подсобном хозяйстве, в столовой, банно-прачечном комбинате.

Теосоциореабилитация – вид социальной реабилитации клиентов, основанный на предоставлении возможности служителям церквей осуществлять богослужения, церковные обряды, душеспасительные беседы с людьми, страдающими тяжелыми недугами. В интернате данная работа проводится в специально созданной молитвенной комнате совместно с настоятелем храма «Святителя Николая архиепископа Мирликийского » и ламой дацана «Амарлин». Забота о душе человека, о его нравственном здоровье также важна, как и забота о его телесном.

Огромным реабилитационным потенциалом обладает арт – терапия(терапия искусством), это форма психотерапии, коррекционный и профилактический метод, направленный на укрепление психического здоровья, в интернате реализуется в форме занятий вышивкой, бисероплетением, художественным вязанием крючком и спицами, лепкой, макраме, оригами, изготовлением изделий из глины, соломы, стекла, также используется чтение художественной литературы, различные виды арт-терапии – рисование, танцы, декламирование стихов. Творческая организация свободного времени наряду с трудом является эффективным средством формирования личности. Методика оказывается эффективной: включаются компенсаторные возможности, раскрывается творческий потенциал, развивается мелкая моторика рук и что, особенно важно погружаясь в сам процесс, эмоцию, больной не очень беспокоится о красоте и правильности своих поделок. На самом деле происходит высвобождение, облегчение психических переживаний. А в процессе самой работы создается арт-терапевтическое пространство, создает положительный эмоциональный настрой, развивается чувство внутреннего контроля. Результаты данного вида реабилитации можно видеть наглядно в виде выставок поделок клиентов интерната. На респуб-

ликанском конкурсе-выставке «Твори добро» изделия клиентов интерната заняли 2 место. В конкурсах художественной самодеятельности коллектив проживающих в интернате неоднократно завоёвывал призовые места. Артисты из числа клиентов интерната, постоянные участники различных праздничных мероприятий и концертов, которые проводятся в районе.

Организация спортивно-оздоровительной работы в Мухоршибирском психоневрологическом интернате – это система мероприятий спортивно-оздоровительного характера направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями. В интернате имеется оборудованный тренажёрами зал ЛФК, где под руководством медицинских работников и инструктора по ЛФК клиенты занимаются общефизической подготовкой и спортивными играми. Как результат реализации данного направления в реабилитации в 2015 году по итогам Отраслевой спартакиады среди граждан пожилого возраста и инвалидов проживающих в учреждениях социального обслуживания МСЗН РБ команда Мухоршибирского ПНИ заняла 2 общекомандное место.

Большое внимание уделяется развитию подсобного хозяйства, где проживающие занимаются вспомогательными сельскохозяйственными работами. На подсобном хозяйстве клиенты интерната под руководством инструкторов имеют возможность ухаживать за животными: свиньями, коровами, телятами, баранами, лошадьми. Непосредственно в интернате был открыт живой уголок. В тёплом переходе между жилыми корпусами была оборудована просторная комната с большим смотровым окном, приобретены карликовые кролики, рыбки, аквариумы, клетки. На территории интерната был построен вольер для собак. Из числа проживающих по их желанию были выбраны и назначены ответственные за работу и содержание животных. Медицинскими работниками интерната отмечено, что пациенты, ухаживающие за питомцами, регулярно посещающие живой уголок и вольер, проходящие трудотерапию на подсобном хозяйстве стали менее агрессивными, научились владеть собой, у них снизилась частота приступов болезни.

Таким образом, успешность медико-социальной и психологической работы в интернатном учреждении возможна в случае обеспечения не только присмотра, ухода, лечения, продления жизни клиентов, но и развития у подопечных интерната различных способностей, нераскрытых ресурсов посредством реабилитационных технологий .

Список литературы:

1. Федеральный закон от 28.12.2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
2. Закон РБ от 07.10.2014г. № 665-V «О реализации полномочий по социальному обслуживанию граждан на территории Республики Бурятия»
3. Федеральный Закон от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 14.10.2014) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"
4. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)
5. Устав АУСО РБ Мухоршибирский ПНИ
6. Богданова О.А. /Организация социальной работы в психоневрологических интернатах./ Вологда 2006. – 58 с.
7. Пастухов, Т. А. Возможности трудотерапии в решении реабилитационных задач // Социальное обслуживание, № 2, 2007. – с.54-59.
9. Попов А.В. Трудотерапия – метод социальной реабилитации// Социальная работа, №2, 2015. с. 44-45.
11. Отчет Министерства социальной защиты населения Республики Бурятия о выполнении Плана мероприятий «дорожной карты» «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013-2018 г.)» за 1 квартал 2015 г. Дата размещения: 08.05.2015 URL: http://www.minsoc-buryatia.ru/document.php?ELEMENT_ID=10133 [Дата обращения: 30.03.2016]

УДК 364.3

Сугармаа М., Золжаргалан Г., Хандмаа С., Саранчулуун О., Ариунсанаа Б., Дамдинжав Х.
Отдел общественного здоровья, школы общественного здравоохранения, монгольского национального университета медицинских наук, Монголия

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ МОНГОЛИИ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Sugarmaa M, Zoljargalan G, Khandmaa S, Saranchuluun O, Ariunsanaa B, Damdinjav Kh.
Department of Behavioral Sciences and Community Health, School of Public Health, Mongolian National University of Medical Sciences, Mongolia

DEVELOPMENT OF HEALTH SOCIAL WORK IN MONGOLIA: PRESENT AND FUTURE

In concluding development of health social work in Mongolia, we have gained certain achievements for last 13 years in the framework of health social work education, research and practice. In future we aim to expand health social work education and research, specialize health social work practitioners, and develop evidence based practice.

Keywords: *history, health social work, Mongolia*

М.Сугармаа, Г.Золжаргалан, С.Хандмаа, О.Саранчулуун, Б.Ариунсанаа, Х.Дамдинжав
АШУҮИС, Нийгмийн Эрүүл мэндийн сургууль, Зан үйл нийтийн эрүүл мэндийн тэнхим

МОНГОЛД ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН НИЙГМИЙН АЖЛЫН ХӨГЖИЛ: ӨНӨӨ БА ИРЭЭДҮЙ

Олон улсад эрүүл мэндийн салбарт ажиллах нийгмийн ажлын мэргэжлийн үйлчилгээний суурь 20-р зууны эхээр тавигджээ. Өвчтөний хүсэл, сонирхол, хэрэгцээ шаардлагыг анхаарлын төвд байлгах, өвчлөлийн нийгмийн талыг танин мэдэж, өвчтөнд үзүүлэх чанартай асаргааг эрхэмлэх, олон мэргэжлийн багийн ажлыг чухалчлахаас эхэлсэн байна. Олон улсын туршлагаар өнөөдөр 600 хүнд нэг нийгмийн ажилтан ноогддог ба 5 нийгмийн ажилтан тутмын 2 нь эрүүл мэндийн салбарт ажилладаг байна. 2014 онд батлагдсан аймаг дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, клиникийн төв эмнэлэг, төрөлжсөн мэргэжлийн төвүүдийн стандартад 2-3 нийгмийн ажилтан ажиллахаар батлагдсан байгаа нь цаашид энэ мэргэжилтэнг бэлтгэх хэрэгцээ Монголд өсөн нэмэгдэж байгааг харуулна. Бид Монголд эрүүл мэндийн нийгмийн ажлын хөгжлийг мэргэжилтэн бэлтгэж буй сургалт, ЭМНА-ын чиглэлээрх судалгаа, ЭМНА-ын практик үйлчилгээ гэсэн хүрээнд дүгнэж байна.

Сургалт: Эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтныг бэлтгэх бакалаврын түвшний сургалтыг 2003-2004 оны хичээлийн жилд эхэлсэн ба эдүгээ 9 удаагийн төгсөлтөөр 197 мэргэжилтэн төгссөн. Төгсөгчдийн 10 орчим хувь нь нийгмийн эрүүл мэнд, нийгмийн ажил, сэтгэл судлал, эрүүл мэндийн удирдлагын чиглэлээр магистрийн зэрэг хамгаалсан байна.

Монгол улсад нийгмийн ажилтныг бакалаврын түвшинд бэлтгэх сургалтын хөтөлбөрийг ерөнхий суурь болон мэргэжлийн суурь хичээлийн агуулгыг багтаасан нийгмийн ажлын мэргэжлийн стандарт (MNS 5323-94:2009)-ыг МУ-ын стандартчилал, хэмжилзүйн газар 2009 онд баталсан. Энэ стандартын дагуу ерөнхий суурь болон мэргэжлийн суурь хичээлийн агуулгыг багтаасан. Мөн нийгмийн ажлын мэргэшүүлэх үндсэн хичээлээс гадна эрүүл мэндийн салбарын асуудлыг судлах 13 төрлийн хичээлийг судалдаг. Энэ нь нийгмийн ажлын сургалтын мэргэшүүлэх хичээлийн 68.5 хувийг эзэлдэг.

Багшлах боловсон хүчний хувьд АШУҮИС-д эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтны ангид нийгмийн ажлын мэргэжлээр хичээл зааж буй багш нарын баг нь нийгмийн эрүүл мэнд, нийгмийн ажлын чиглэлээр гадаадын их сургуульд мастерийн зэрэг хамгаалж, АНУ-ын Их сургуулиудад 1-3 жилийн хугацаагаар эрүүл мэндийн нийгмийн ажлын хичээлийн хөтөлбөр боловсруулах, заах арга зүйн чиглэлээр мэргэшсэн залуу, туршлагажиж байгаа багш нартай. Төгсөгчдийн сургалтын хэрэгцээнд тулгуурлан төгсөлтийн дараах мэргэшүүлэх сургалтыг зохион баййгуулж байгаа ба төгсөлтийн сургалтыг эхлүүлэхээр ажиллаж байна.

Судалгаа: Одоогийн байдлаар ЭМНА чиглэлээр хийгдэж буй судалгаа нь эрүүл мэндийн салбарт нийгмийн ажилтны болон нийгмийн үйлчилгээний хэрэгцээ, ЭМНА-ны ажлын байрны нийгэм-сэтгэл зүйн орчин, сэтгэл ханамж, ахмад настан, хөгжлийн бэрхшээлтэй, өсвөр үе залуучуудын асуудалд чиглэж байна. Цаашид судалгааг өргөжүүлж, ЭМНА мэргэжлийн үйлчилгээ, үйлчилгээ үзүүлэхэд нэн шаардлагатай үнэлгээний хэрэгслийг нутагшуулах, эрүүл мэндийн тусламжид нийгмийн ажлын үйлчилгээг нэвтрүүлж, түүний үр дүнтэй байдлыг судалж, нотолгоог бүрдүүлэх шаардлагатай.

Практик үйлчилгээ: АШУҮИС-ийн ЭМНА-ы ангийг төгсөгчдийн ажил эрхлэлт 78,1 орчим хувь байгаа ба тэдгээрийн 73,4 хувь нь эрүүл мэндийн салбартаа буюу тусламж үйлчилгээний бүх шатлалд ажиллаж байна. Эрүүл мэндийн салбарт ажиллаж байгаа нийгмийн ажилтнуудын гүйцэтгэж байгаа үүргийг авч үзвэл өрхийн эрүүл мэндийн төвд олон нийттэй ажиллах, дүүргийн эмнэлэг, эрүүл мэндийн төвд мэргэжлийн удирдлагаар хангах, төрөлжсөн мэргэжлийн төвүүдэд клиник үүргийг зонхилон гүйцэтгэж байгаагаас гадна захиргааны үүрэг нь аль түвшинд давамгайлж байна. Цаашид эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг дээшлүүлэхэд багаар ажиллах, нотолгоонд тулгуурласан интервенцийг нэвтрүүлэх, тодорхой үйлчилгээ, хүн амын бүлгээр мэргэших шаардлагатай байна.

Дүгнэлт: Бид өнгөрсөн 13 жилийн хугацаанд сургалт, судалгаа, практикийн түвшинд тодорхой амжилтуудад хүрч, эрүүл мэндийн салбарт нийгмийн ажлын мэргэжлийг олон нийтэд таниуллаа. Цаашид сургалт, судалгааг өргөжүүлэх, практик мэргжилтнүүдийг чадваржуулах, нотолгоонд тулгуурлан практикийг бий болгохыг зорьж байна.

УДК 314.7

Суслова Т.Ф.

Институт фундаментальных и прикладных исследований Северо-Кавказского федерального университета (московское представительство); г. Москва, Россия

МИГРАЦИЯ И МИГРАНТЫ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ДИСКУРС[1]

В статье рассматриваются социальные проблемы миграции и основные задачи сопровождения социальной адаптации мигрантов, которые должны быть поставлены перед социальной работой, относящейся к системе помогающих профессий.

***Ключевые слова**: мигранты, дискурс социальной адаптации и интеграции мигрантов, сопровождение мигрантов.*

Suslova T.F.

Institute for fundamental and applied research of the North Caucasus Federal University (Moscow Office); Moscow Oblast, Russia

MIGRATION AND MIGRANTS AS A SOCIAL DISCOURSE

The article deals with the social problems of migration and basic maintenance tasks of social adaptation of migrants, which should be placed before social work relating to the system of helping professions.

***Keywords:** migrants, the discourse of social adaptation and integration of migrants, support migrants.*

Одной из горячих тем, обсуждаемых в современном мире, является кросскультурная миграция и миграционная политика. Дебаты проходят в средствах массовой информации о кризисе мультикультурализма, формирования ксенофобии и наличия неадекватности политических и социально-практических мер по решению миграционных проблем. В результате чего многие европейские страны, имеющие большой опыт и давние традиции мультикультурализма, пересматривают иммиграционную политику, а также парадигмы социальной практики [5].

Термин «миграция» сегодня не вмещает все разнообразие перемещения людей по миру, с разными целями и помыслами, поэтому в литературе мы встречаем разнообразие видов миграции, разные точки зрения на проблемы миграции: от откровенных негативных коннотаций до попыток хоть как – то оправдать это мировое социальное явление, найти в нем положительный вклад в принимающее общество.

Миграция населения в Россию, как отмечает Н.В. Кондрашова, также порождает ряд проблем. Во-первых, создает большую напряженность на рынках труда, так как приток дешевой рабочей силы ухудшает положение работающего коренного населения; усиливает конкуренцию в борьбе за свободные рабочие места; увеличивает безработицу, которая и так есть в индустриально развитых странах. Во-вторых, вызывает перенапряжение систем социальной защиты. В-третьих, мигранты стремятся обосноваться в крупных городах, но не всем удается найти там работу, а как следствием может явиться то, что не всем это удается, часть из прибывших становятся безработными, незарегистрированными в службах занятости, что впоследствии влечет нелегальную миграцию, что, в свою очередь, влечет ухудшение криминогенной обстановки. Нередки случаи, когда мигранты буквально «захватывают» отдельные виды сферы услуг — уборка территории, ремонт сантехники, строительство, создают свои бригады и не допускают в них лиц других национальностей [1].

Однако для мигрантов чрезвычайно актуальна проблема интеграции в новое сообщество, так как новый культурный контекст, в который переселенцы попадают, приводит к изменениям, переживаемым в процессе адаптации [3].

В российской научной литературе рассматриваются различные проблемы мигрантов: эмоциональное благополучие и психическое здоровье мигрантов (З.Х. Боттан, Н.Н. Кобозева, В.В. Константинов, О.Е. Хухлаев); культурная близость и взаимодействие мигрантов с представителями коренного населения (Т.Г. Грушевицкая, В.И. Коротов, Н.М. Лебедева, О.В. Лунева, В.Д. Попков, А.П. Садохин, Т.Г. Стефаненко, Н. Хрусталева); этническая идентичность, самосознание и личностные особенности (А.А. Бучек, В.В. Константинов, Г.У. Солдатова, Л.А. Шайгерова); социальная адаптация, жизнестойкость и жизнеспособность (А.А. Алексеенок, Е.С. Балабанова, Е.А. Бауэр, Е.В. Битюцкая, Е.Е. Блинова, В.В. Гриценко, С.А. Гришаева, Ю.Е. Игнатова, Л.В. Ключникова, В.В. Константинов, А.А. Нестерова, В.А. Петровский, М.С. Савоскул); конфликты и девиантное поведение (Л.С. Арутюнов, М.А. Касьяненко) и др. [4].

Анализ современной научной и практикоориентированной литературы поражает обилием работ, посвященных разработкам технологий оказания социальной и психологической помощи мигрантам: от диагностики проблем (использование качественных методов диагностики – анализ историй, рассказов, биографий, неструктурированное и полуструктурированное интервью и т.д.) до их решения при помощи разнообразных методов социальной и психологической терапии (нарративный, социально-психологический, когнитивный, ресурсный и другие подходы).

Социальная работа явно отстает в разработке и реализации моделей сопровождения социальной адаптации мигрантов. Сегодня мы наблюдаем кардинальные изменения в идеологии оказания социальной помощи населения: переход на оказание социальных услуг, в том числе платных, сокращение рабочего времени социального работника на социальное консультирование и социальную терапию или просто поговорить с нуждающимися в социальной поддержке и т.д. Можно привести немного примеров работы центров социального обслуживания населения с мигрантами. В основном данная деятельность осуществляется общественными организациями: различными общественными фондами, благотворительными организациями, диаспорами и т.д. Возможно, это правильно, что основную долю времени и энергии на сопровождение социальной адаптации мигрантов берут национальные диаспоры. Однако без серьезной целенаправленной и систематической поддержки мигрантов со стороны государственных социальных организаций решение психосоциальных проблем мигрантов представляется затруднительным. Более того, диаспоры, как правило, организуют работу с мигрантами, цель приезда которых состоит в получение российского гражданства и закрепления их в качестве полноправных членом российского общества. Что касается трудовых мигрантов, то они остаются вне поля зрения каких либо организаций, за исключения групп таких же, как они земляков. Более того мы не раз слышали даже от государственных служащих высокого управленческого статуса, что трудовыми мигрантами заниматься не надо. Они приехали, заработали и уехали. Но дело в том, что приехали они не на неделю, а бывает, что работают по несколько лет, справляясь, как могут, со своими проблемами. А если же не смогли решить свои проблемы и достичь поставленные перед собой задачи – заработать легальным путем деньги и отправить их своей семье на Родину, выбирают другой путь, другие модели поведения – девиантные и деструктивные. Не случайно, статистика говорит о росте числа преступлений, совершаемы-

[1] Статья выполнена в рамках проектной части госзадания в сфере научной деятельности (Задание № 25.2566.2014 «Разработка конструктивистского подхода и методов когнитивного моделирования в психологическом сопровождении социальной адаптации мигрантов»)

ми именно трудовыми мигрантами, не сумевшими найти место приложения своих трудовых сил и принявших решение решить свои материальные проблемы за счет краж, грабежей и т.п.

В связи с этим организации социального обслуживания населения, к которым можно отнести и мигрантов, населения, пусть и временного, должны поставить перед собой задачу формирования дискурса социальной адаптации и интеграции мигрантов, создания системы межкультурной коммуникации, урегулирования проблем во взаимоотношении мигрантов с местным населением, Что касается последнего, важно отметить, что это одна из самых серьезных проблем миграционного процесса. Как показывает «опыт нашей страны и многих других стран мира, это одно из самых сложных и болезненных направлений социальной поддержки мигрантов. Большой поток мигрантов во многих российских регионах создает для людей, живущих в них серьезные проблемы, связанные с давлением, которое испытывает инфраструктура региона, с обострением конкуренции на рынке труда, с появлением социокультурных конфликтов и т.д. Однако, если эти проблемы в свое время не решаются, ситуация в области пребывания мигрантов, существенно обостряется» [2].

С нашей точки зрения профессиональная социальная работа должна взять на себя инициативу совместно с общественными ассоциациями и фондами по разработке и внедрению моделей межкультурной коммуникации и толерантного поведения всех участников миграционных процессов, так как миграция представляет собой сложный социальный, культурный и политический процесс, а не только трудоустройство, решение бытовых вопросов и т.п.

Список литературы:

1. Кондрашова Н.В. Социальные проблемы миграции и мигрантов в контексте социальной работы // Вестник Бурятского государственного университета. – 2915. - № 5. С. 84-90.
2. Кузнецова Л.П. Основные технологии социальной работы: учебное пособие. – Владивосток: Изд-во ДВГТУ, 2002.
3. Нестерова А.А. Формы и стратегии аккультурации мигрантов на разных стадиях адаптации // Современные методы диагностики и технологии оказания психологической помощи людям, оказавшимся в кризисной ситуации: сб. науч. ст. / под ред. А.А. Нестеровой. М.: Издательство РИТМ, 2014. С. 34-49.
4. Суслова Т.Ф. Адаптация пожилых мигрантов к условиям принимающей страны // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития «Горизонты зрелости». М.: ГБОУ ВПО МППГУ, 2015. С. 590-593
5. Social integration of migrants as a challenge for social work [Электронный ресурс] URL: http://www.sociologyguide.com/migration/social-conseuencs -of-migration.php (дата обращения 18.10.2016 г.)

УДК 364.3

Сух-очир Б.
Международный университет Улаанбаатар. г.Улаанбаатар, Монголия

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАБОТЫ

Изучение социальная забота- это политеский систем, который увеличить жизную качеству население. По другому к народу помагает и облуживает людям.

Ключевие слова: *социальная забота, изучение социальной заботы, жизенная качества, социальная помощь.*

Sukh-ochir B.
International university of Ulaanbaatar, Ulaanbaatar, Mongolia

SOCIAL WELFARE STUDIES THEORICAL ISSUES

Welfare studies is a public, state, and complete system of social and economic policies aimed at protecting the population from poverty. Means the activities to ensure livelihoods for /attention, Protection, Improve and Strengthening/.Social welfare studies aim to study in depth the impact of the quality of human life, social environment, develop effective measures to eliminate the negative environmental impact.

Social welfare research believed it would be necessary to the following terms

Include:

- Social and economic conditions
- social values and ethics
- Social theory and methodology
- Policy and legal
- Social structures and systems
- Services

Social studies includes the following features than other sectors.

First: The facility is for human

Secondly: Social science is a social phenomenon, In the field of study as the object of the relationship of social welfare and social policy means any system that measures social problems among social phenomena and human relations.

Third: Social studies considered in the mix, and branch sciences for consumer goods science.

Fourth: Social science is connected to values.

Fifth: Social science is a specific fact that contain a basic theoretical science, as well as scientific and practical nature.

Хүн аз жаргалтай амьдралд тэмүүлдэг нийгмийн оршихуй юм. Хүний хичээл зүтгэл нь аз жаргалтай амьдрал байдаг бол аз жаргалтай амьдрал нь нийгэм хүний харилцаа дунд бий болох учиртай. Энэ агуулгаар нийгмийн халамж нь ард иргэдийн амьдралын баталгааг хангах, нийгмийн баялагыг хувиарлах хүчин чармайлт хэмээн хэлж болно.

Нийгмийн халамж нь ерөнхийдөө “Ард иргэдийн амьдралын чанарыг дээшлүүлэхэд чиглэсэн нийгмийн баталгаа, нийгмийн үйлчилгээ” юм.

Үүнтэй адил нийгмийн халамжийн ойлголт, тодорхойлолтоос шалтгаалж улс орон бүрт ялгаатай байдаг. Тиймээс нийгмийн халамжийн талаар тодорхой ойлгох шаардлагатай юм.

Нийгмийн халамж хэмээх нэр томъёог Монгол, Англи, Германаар авч үзвэл; Монгол хэлний товч тайлбар тольд (Я.Цэвэл 2013) ***халамж*** гэдэг нь асрамж, тэтгэмж, хайрлах санаагаар үзүүлэх тус хэмээн утгагыг агуулдаг. Англиар халамж нь welfare буюу well болон fare гэсэн үгийн нийлэмж буюу “Амар тайван сайн сайхан байх” гэсэн утга агуулгатай байдаг. Германаар халамж гэдэг нь үгийн бүтцлийн хувьд wohl (аз жаргал) fahren (явах) гэсэн үгнээс бүрддэг. Үүнийг утгачилан үзвэл “Аз жаргалтай явах” буюу “Аз жаргалтай амьдралын төлөөх хичээл зүтгэл” гэсэн утга илэрхийлэгдэж байна.

Нийгмийн халамж нь хүн үүссэн үеэс хүн хоорондын, ураг садан дотор дэмжлэг туслалцааны хэлбэрээр бий болсон байдаг.

Нийгмийн халамж нь түүхийн урт хугацааны туршид тусламж, дэмжлэгийн хувьслын үр дүнд үүсч бий болсон байдаг. Орчин үеийн нийгмийн халамж хэмээх суурь институтыг судалж, түүний чиг үүрэг, мөн чанарыг танин мэдэх нь түүний хөгжлийн явцыг үл хайхран, тоомсорлохгүй орхисноор эс бүтэх зүйл юм.

Нийгмийн халамжийн түүхийн цөм нь хүмүүсийн хамтын амьдралын явцад бие даасан хэлбэрээр оршиж ирсэн нийгмийн үзэгдэл, үйл явц болох тусламж, дэмжлэг. Тусламж нь хүмүүсийн нийгмийн зан үйл, үйл ажиллагааны бие даасан хэлбэр болохын хувьд нийгмийн халамжийн мэдлэгийн судлах зүйл болдог. Судлаачдын тэмдэглэснээр аливаа шинжлэх ухааны судлах зүйл нь аль нэгэн үйл явц болж байдаг.

Нийгмийн халамжийн ойлголтыг явцуу болон өргөн хүрээнд авч үзвэл: *Явцуу утгаар*: Нийгмийн халамж нь ядуурлыг багасгахад чиглэгдэж, олон нийт, ард иргэдийн ашгийн бус байх шинжийг агуулдаг. Ялангуяа ядуурлыг гол объект болгодог олон нийтийн шинжтэй тусламжийг хэлнэ. *Өргөн утгаар*: Нийгмийн тогтвортой байдалд шаардлагатай нийгэм, эдийн засаг, боловсрол, эрүүл мэнд эмчилгээ зэрэг асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд улсаас тодорхой бодлого хөтөлбөр, тэтгэмж, үйлчилгээг үзүүлдэг тогтолцоо

юм. Мөн иргэний нийгмийн байгууллага, аж ахуйн нэгж байгууллага, нийгмийн халамжийн талаарх төрийн хөтөлбөр, нийгмийн ажилтануудын үйл ажиллагаа, бусад салбарынхан болох эмч, хуульч, багш, шашны байгууллагуудын үйл ажиллагаанууд багтаж боловсролын хүрэлцээгүй байдал, өвчин эмгэг, хөгжлийн бэрхшээл, ажилгүйдэл, ядуурал зэрэг асуудлаас хүнийг хамгаалахад зорилгоо болгодог тогтолцоонууд багтдаг.

Судлаач Романишим (Romanyshym) өөрийн "Нийгмийн халамж: Буяны үйлсийг тодорхойлох нь" номондоо хувь хүн, нийгмийг бүхэл хүрээнд халамжийн чанарыг дээшлүүлж түүнд шууд холбогдох нийгмийн бүхий л хэсгүүдэд хүрч, нийгмийн асуудлаас урьдчилан сэргийлэх, хүний нөөц, чадавхыг дэмжих, амьдралын чанарыг сайжруулах, хууль эрхзүй, удирдлага зохицуулалт, хувь хүн, гэр бүлийн нийгмийн халамж үйлчилгээ төдийгүй нийгмийн бусад тогтолцоог бэхжүүлж сайжруулах хэмээх ойлголтыг багтаажээ.

Нийгмийн тусламж дэмжлэг буюу нийгмийн халамж нь буяны, хүмүүнлэгийн, нийгмийн халамжийн үйл ажиллагаагаар дамжин иргэдэд хүрдэг. Буяны үйл ажиллагаа нь эрт үеэс үүсэлтэй бөгөөд нас барсан үед л туслалцаа үзүүлэх гэсэн явцуу ойлголт биш юм. Харин өргөн хүрээнд авч үзвэл тусламж дэмжлэг шаардлагатай хүмүүст үзүүлэх нэг чиглэлийн нийгмийн туслалцаа юм. Жишээ нь: Төр болон иргэдээс тухайн тусламж авч буй хүнд чиглэсэн нэг үйл ажиллагаа юм.

Хүмүүнлэгийн үйл ажиллагаа нь хүнийг шууд тусламж дэмжлэг хүлээн авагч биш өөрөө өөрийнхөө нөхцөл байдлыг өөрчлөх чадвартай гэж үзээд тухайн хүнд шууд дэмжлэг туслалцаа үзүүлэхээс татгалзаж, өөрийгөө өөрчлөх боломж нөхцлөөр хангаж өгөх үйл явцыг хэлнэ.

Нийгмийн халамжийн үйл ажиллагаа нь дэмжлэг туслалцаа хэрэгцээтэй байгаа хүмүүст өөрийн асуудлыг шийдвэрлэхэд мэргэжлийн туслалцаа үзүүлж, хүмүүсийн оролцоо, өөрийн өөрийн нөөц боломжийг ашиглах нөхцөл байдлаар хангах үйл явц юм. Нийгмийн ажилтан үйлчлүүлэгчийн асуудлыг шийдвэрлэгч бус хүмүүсийг өөрийн асуудлыг шийдвэрлэхэд нь дэмжин туслагч юм. .

Тэгвэл нийгмийн халамж судлал гэж юуг хэлэх вэ? Гэсэн асуудал дэвшигдэн гарч байгаа юм. Энэ талаар дэлхийн олон орны эрдэмтэд, судлаачид ихээхэн анхаарал хандуулж, уг асуудлыг олон өнцгөөс харж, янз бүрээр томъёолсон байдаг. Гагцхүү нийгмийн халамжийн нийтлэг агуулгыг илэрхийлсэн нэр томъёо гэхэд, Нийгмийн ажил /social work/ нийгмийн халамж /social welfare/, нийгмийн дэмжлэг, нийгмийн тусламж, сайн дурын тусламж, харилцан туслах гэх мэт олон янз байсаар иржээ.

Халамж судлал нь хүн амыг ядуурлаас хамгаалахад чиглэгдсэн олон нийтийн, төрийн, нийгэм эдийн засгийн болон бодлогын цогц тогтолцоо юм. Хүн амын амьжиргааг баталгаажуулах /анхаарал тавих, хамгаалах, сайжруулах, бэхжүүлэх/ үйл ажиллагааг хэлнэ. Нийгмийн халамж судлалын зорилго нь хүний амьдралын чанарт нийгмийн орчны үзүүлэх нөлөөг гүнзгий судалж, уг орчны сөрөг нөлөөг арилгах үр дүнтэй арга хэмжээг боловсруулахад оршино.

Нийгмийн халамж судлалын судлагдахуунд дараах ухагдахуунууд зайлшгүй орох нь зүйтэй болов уу гэж үзэж байна.Үүнд:

- Нийгэм, эдийн засгийн нөхцөл байдал
- Нийгмийн халамжийн үнэт зүйл, ёс зүй
- Нийгмийн халамжийн онол, арга зүй
- Бодлого, эрх зүй
- Нийгмийн бүтэц, тогтолцоо
- Үйлчилгээ

Нийгмийн халамж судлал нь бусад салбаруудаас дараах онцлогыг агуулдаг.

Нэгдүгээрт: Үйлчилгээний объект нь хүн (Human).

Хоёрдугаарт: Нийгмийн шинжлэх ухаан нь нийгмийн үзэгдэл, хүний харилцааг объект болгон судалдаг салбарын хувьд нийгмийн халамж нь аливаа нийгмийн үзэгдэл болон хүний харилцаа дундах нийгмийн асуудалд арга хэмжээ авч буй нийгмийн бодлогын тогтолцоог хэлнэ.

Гуравдугаарт: Нийгмийн халамж судлал нь хэрэглээний шинжлэх ухаан болохын хувьд холимог, салбар шинжлэх ухаануудыг харгалздаг.

Дөрөвдүгээрт: Нийгмийн халамж судлал нь үнэт зүйлстэй холбогддог.

Тавдугаарт: Нийгмийн халамж судлал нь онолын суурьтай шинжлэх ухааны салбар төдийгүй практик шинжлэх ухааны шинжийг агуулж байдгаар онцлог юм.

Ном зүй:

1. И Сү Жин нар. Нийгмийн халамжийн ажлын үндэс. УБ. 2014. С. 8-10
2. Ч. Дагвадорж. Нийгмийн хамгаалал. УБ. 2004. С. 29-30
3. Г. Түмэннаст. Нийгмийн ажлын түүх. УБ. 2009. С. 186
4. Козлов. А.А. Хилийн чанад дахь нийгмийн халамжийн ажил. УБ.2002.
5. Нийгмийн ажил. Сэтгүүл.УБ. 2013/7. С.Хандмаа. Нийгмийн халамжийн бодлогын шинжилгээний хэв маяг, арга зүй.

УДК 364.3

Сүх-ОчирБ., НамжилТ.

"Улаанбаатар" университет, г. Уланбатор, Монголия

ОСОБЕННОСТЬ ОБСЛУЖИВАНИЕ В МОНГОЛЬСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАБОТЫ

Социальной жизни идёт широкий круг престройка в Монголий, этот воздействовать обслуживание социальной заботы. В обслуживанию социальной заботу возникать новые вопросы. Встатье рассматриваются вопросы обслуживание социальной заботы и социальной работы, определяется значения услуги социальной заботы на данной категорий населения.

Sukhochir B., Namjil T.

"Улаанбаатар" university, Ulanbatar city, Mongolia

THE FEATURES OF MONGOLIAN SOCIAL WELFARE SERVICE

This article is described the features of Mongolian social welfare and social work, their social importance of conformidy.

Монголын нийгмийн халамжийн үйлчилгээний онцлог

Монгол улсад төрт засаглал бий болох үеэс халамжийн хэлбэр байжээ.монголын нууц товчооны 217 дугаар зүйлд: "Хуйлдар анд алалдан байлдах цагт урьтаж ам нээж, байлдсан гавьяа бий тул түүний хөвгүүд, ач нарт, өнчдөд олгох өршөөл тусламжийг хүртээсүгэй" хэмээн Чингис хаан зарлиг буулгаж байсан ажээ.

Төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн үед нийгэм хангамжийн социалист тогтолцоо, нийгмийн даатгал, нийгмийн халамжийн тогтолцоо бүрдэж нэгдмэл агуулгатай байв.

Эдийн засгийн шинэ харилцаанд шилжсэний дараа 1995 онд нийгмийн халамжийн тухай шинэ хууль баталж, аймаг, дүүрэг, сум хороонд хэлтэс, ажилтантай болсон. Үүнээс хойш 3 удаа шинэчилсэн найруулга хийсэн/1998, 2006, 2012 он/. Харин 2 удаа нэмэлт өөрчлөлт орсон. /2000, 2008он/

Нийгмийн халамжийн тогтолцооны өнөөгийн байдал

Ололттой талууд:

- Нийгмийн халамжийн хууль эрх зүйн орчин бүрдсэн,
- Халамжийн санхүүжилтийг жил бүр төсөвт суулгадаг,
- Улсын хэмжээнд үйлчилгэ хүргэх бүтэцтэй,
- Хүн амын эмзэг бүлгүүдэд тусламж үйлчилгээ үзүүлж хэвшсэн,
- Төрийн бус байгууллага, хувийн хэвшлээр халамжийн үйлчилгээг үзүүлэх эхлэл тавигдсан.

Дутагдалтай талууд:

- Зорилтот бүлгийн халамжийг чиглүүлэх тогтолцоо бүрдээгүй,
- Халамжид зарцуулж байгаа хөрөнгийн өсөлтийн ядуурлыг бууруулахад үзүүлэх нөлөөлөл бага,
- Үйлчилгээний чанарт хяналт тавих, сайжруулах механизм бүрдээгүй,
- Салбарын ажилтнууд тогтвор суурьшилтай ажиллах, мэргэших боломж муу,
- Бусад салбарын ядуурлыг бууруулах бодлоготой уялдаа холбоо су,
- Хэт олон төрлийн тэтгэмж, тусламж, хөнгөлөлттэй.

Нийгмийн халамжийн тухай хуулинд 2012 онд дахин шинэчилсэн найруулга хийсэн шалтгаан нь нийт хүн амд чиглэсэн мөнгөн хэлбэрийн үйлчилгээг хавтгайруулан олгож, зарцуулсан хөрөнгийн хэмжээ үлэмж нэмэгдсэн ч ядуурлыг бууруулахад оруулж буй хувь нэмэр бага, улс төрийн амлалтууд зонхилсон, мэргэжлийн үйлчилгээ дутмаг, айл өрхөд очих тусламжийн хэмжээ бага байсан.

Тухайлбал: 2011 оны халамжийн зардалд улсын төсвөөс 868,4 тэрбум төгрөг/ 620,3 сая ам доллар/ зарцуулснаас 721,6 тэрбум/515,4 сая ам доллар/ буюу 83 хувь нь Монгол улсын иргэн бүрийн хүртэх хишиг хувь, 50,6 тэрбум /36,1 сая ам доллар/ буюу 3,8 хувь нь хүн амын өсөлтийг дэмжих арга хэмжээ буюу одонтой эх, жирэмсэн эхийн тэтгэмжинд, 5,5 тэрбум /3,9 сай ам доллар/ буюу 0,63 хувь нь алдар цолтой ахмадууд болон ахмад дайчдад зориулсан арга хэмжээнд, 90,7 тэрбум /64,8 сая ам доллар/ буюу 10,4 хувь нь нийгмийн эмзэг хэсэгт зориулсан арга хэмжээнд зарцуулагдсан байна.

2011 онд эдийн засгийн үзүүлэлт 17,6 хувь өссөн боловч 3 хүн тутмын 1 ядуу, ажилгүйдлын түвшин 7,1 хувь байна. Мөн дотоодын нийт бүтээгдэхүүний /ДНБ/ 0,85 хувь нь нийгмийн халамжийн сангийн зардалд зарцуулсан бол нийтлэг мөнгөн тусламжийн зардалд 7,18 хувь нь зарцуулагдсан байна. Улсын төсвийн 2,8 хувь нь нийгмийн халамжийн сангийн зардалд, 24 хувь нь нийтлэг мөнгөн тусламжийн зардалд зарцуулсан байна.

Нийгмийн сайн сайхан байдлыг цогцлон бүтээсэн өндөр хөгжилтэй улс орнуудын нийгмийн халамжийн бодлого нь тусламж дэмжлэг шаардлагатай хэсэгт нийгмийн ажлын үйлчилгээ үзүүлэх эрх хэмжээг орон нутагт, харин баялагийг дахин хуваарилах нийгмийн бодлого дахь арга хэмжээнүүдийг хэрэгжүүлэх эрх хэмжээ нь дүүргээс төр, засгийн газрын түвшин хүртэл өгсөх шат дараалаар хэрэгжих зарчим тогтсон байдаг.

Манай улсад энэхүү зарчмыг хэрэгжүүлэх эхлэл тавигдаж төсвийн тухай хуульд 2012 онд нэмэлт өөрчлөлт оруулсан. Ингэснээр нийгмийн халамжийн тогтолцоон дахь төвлөрлийг сааруулж, халамжийн тогтолцооны хэвтээ чиглэлд мэргэжлийн үйлчилгээний эрх хэмжээг нэмэгдүүлэх, орон нутаг өөрсдийн тусламж, дэмжлэг шаардлагатай хүн амын бүлгүүдэд чиглэсэн халамжийн үйлчилгээний хөтөлбөрийг боловсруулан хэрэгжүүлэх хууль эрх зүйн орчин бүрдээд байна.

Гэвч нийгмийн халамжийн төсөв, санхүүжилтийг захиран зарцуулах эрх хэвтээ буюу орон нутагт шилжсэнээр үйлчилгээг төрийн захиргааны байгууллагаас удирдлага, арга зүйгээр хангах, хянах тогтолцоо суларч, иргэдэд чирэгдэлгүй үйлчилгээ хүртэхэд бэрхшээлтэй тулгараад байна. Манай улсад нийгмийн ажлын үйлчилгээний дэд бүтцийг хөгжүүлснээр мэргэжлийн үйлчилгээ үзүүлэх төрийн бус байгууллагууд орон нутаг, сум, баг хороонд салбарлан хөгжих нөхцөл бүрдэх юм.

Нийгмийн ажлын үйлчилгээ:

Одоогоор халамжийн системд 538 нийгмийн ажилтан ажиллаж байгаагийн 14 хувь нь мэргэжлийн нийгмийн ажилтнууд байна. Олон улсын жишгээр 600 хүн тутамд 1 нийгмийн ажилтан гээд тооцвол 4421 нийгмийн ажилтан ажиллах шаардлагатай байгаа юм. Гэвч одоо 1 нийгмийн ажилтанд 3000-8000 хүн оногдож байна. Халамжийн нийгмийн ажилтнууд үйлчилгээ үзүүлэх зорилтот бүлгийг тодорхойлох, тэдэнтэй ажиллах цаг болон ажлын байрны орчин байхгүй байгаа нь мэргэжлийн үйлчилгээ үзүүлэхэд шууд нөлөөлж байна.

Монголд нийгмийн ажлын үйлчилгээ 1997 оноос эхлэн хөгжиж байгаа бөгөөд салбарлан хөгжих суурь тавигдсан байна. Учир нь эрүүл мэндийн, хүүхэд хамгааллын, хорихын, боловсролын, халамжийн, хөгжлийн, хүүхдийн гэх мэт.

Нийгмийн халамжийн хууль, хүүхдийн эрхийг хамгаалах тухай хууль, гэр бүлийн хүчирхийлэлтэй тэмцэх тухай хуулиудад нийгмийн ажлын үйлчилгээ үзүүлэх эрх зүйн орчинг баталгаажуулж өгсөн. Үүнээс гадна 2009 онд Хөдөлмөр, нийгмийн хамгааллын сайд, Боловсрол, соёл, шинжлэх ухааны сайдын хамтарсан тушаалаар нийгмийн ажилтны ажлын байрны үлгэрчилсэн тодорхойлолт болон нийгмийн ажилтнуудыг аттестачлах дүрмийг баталсан.

Энэхүү ажлын байрны тодорхойлолтод дараах зорилтуудыг тусгасан байдаг.

- Хувь хүнд нийгмийн ажлын үйлчилгээ үзүүлэх,
- Хамт олон бүлэг болон гэр бүлд нийгмийн ажлын үйлчилгээ үзүүлэх,
- Олон нийт болон орон нутгийн хөгжилтэй холбогдсон нийгмийн ажлыг зохион байгуулах,
- Холбогдох хууль, тогтоомжийн хэрэгжилтийг хангах.

Гэвч энэхүү зорилтууд нь практик дээр ажиллаж байгаа нийгмийн ажилтнуудын ажлын байрны тодорхойлолтод тусгагдаагүй, удирдах ажилтны туслах хэлбэрээр ажиллаж байна.

Хүмүүсийн хамтын амьдралын харилцаанаас үүссэн олон асуудал нь нийгмийн ажлын хурдацтай хөгжлийн гол түлхэц юм. Өөрөөр хэлбэл янз бүрийн соёл, нийгэмд аж төрөх ёсны харилцан адилгүй нөхцөлд урган гарч буй аливаа асуудлыг шийдэх явцад нийгмийн ажил улам боловсронгүй болж, салбарлан хөгжсөөр байна.

Хүмүүсийн хэрэгцээ, нийгмийн хөгжил, өөрчлөлтөнд тулгуурлан хувьсан өөрчлөгдөж байдаг. Нийгмийн ажлын энэ шинж нь нийгмийн шинжлэх ухааны онцлог юм. Нийгмийн ажил бол үнэт зүйл, онол, практик хосолсон цогц систем юм.

Монголын нийгмийн ажлын хөгжлийн чиг хандлага нь хувь хүний нөөц чадавхи болон оролцоонд тулгуурлан үйлчилгээ үзүүлэхэд анхаарч, хамтын үйл ажиллагааг дэмжин ажиллахад чиглэдэг.

Нийгмийн ажлын үйлчилгээнд үйлчлүүлэгчийн оролцоо маш чухал. Учир нь нийгмийн ажилтан эмч адил үзээд оношлоод, жор бичээд эмчлэх биш, гагцхүү тухайн үйлчлүүлэгчийн өөрийгөө өөрчлөх гэсэн сэдэл, оролцоон дээр тулгуурладаг. Ингэж байж үйлчилгээний эцэст үр дүн, өөрчлөлт бий болдог.

- Оролцооны арга барилаар ажиллана гэдэг нь хүн бүр өөрийн амьдралын туршлага дээрээ тулгуурлан, тухайн асуудалд өөрийн гэсэн шүүмж, бодол санаагаа илэрхийлэхийн зэрэгцээ хэрхэн шийдвэрлэхэд өөрийн биер оролцох үйл явц юм.
- Оролцоог бүрэн утгаар нь ашигаж чадаагүй тохиолдолд үйлчлүүлэгчид өөрчлөлт гарах, чадваржих гэсэн ойлголт бүрхэг болно. Иймээс аль болох тухайн үйлчлүүлэгчийн хэрэгцээг зөв тодорхойлох, нөөц бололцоо, давуу талыг сайн олж харах хэрэгтэй.

Хувь хүний өөрчлөлт эерэг болон сөрөг байж болох хэдий ч энэхүү өөрчлөлтийг хэмжих шалгуур үзүүлэлтээс ихээхэн шалтгаалдаг. Иймээс суурь өгөгдөл болгож анхны мэдээлэл, нөхцөл байдал, хандлага, харилцааны болон биеэ авч явах байдал зэргийг тодорхойлох нь зүйтэй байдаг. Олон улсын хэмжээнд дараах 5 өөрчлөлтийг шалгуур үзүүлэлтийн хамт авч үзсэн байдаг.

- Хувь хүнд агрч буй өөрчлөлт,
- Гэр бүлийн гишүүд, найз нөхдөд гарч буй өөрчлөлт,
- Амьдарч буй нөхцөл байдал, орчинд гарч буй өөрчлөлт,
- Олон нийтийн хандлагад гарч буй өөрчлөлт,
- Бодлогод гар буй өөрчлөлт.

Нийгмийн халамжийн үйлчилгээ:

Өнөөгийн нийгмийн халамжийн үйлчилгээ нь дараах 2 төрөлтэй байна.

1. Олон нийтийн оролцоонд түшиглэсэн халамжийн үйлчилгээ,
2. Төрөлжсөн асрамжийн үйлчилгээ.

д/д	Олон нийтийн оролцоонд түшиглэсэн халамжийн үйлчилгээний төрлүүд	Зорилтот бүлэг
1.	Амьдралын итгэл үнэмшил, бие даан амьдрах чадвар, хөдөлмөрийн дадал олгох, авьяасыг нь дэмжих зорилгоор сургалт зохион байгуулах	• Ахмад настан • Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн • Хүнд нөхцөлд байгаа хүүхэд • Хүчирхийлэлд өртсөн иргэн • Хорих ангиас суллагдсан иргэн • Согтуурах, мансуурах, донтох өвчтэй иргэн • Эдгэшгүй хүнд өвчтэй хүн • Гэр оронгүй тэнэмэл амьдралтай өрх, иргэн • Шилжин суурьшсан, нийгмийн тусламж, дэмжлэг зайлшгүй шаардлагатай өрхийн гишүүн, иргэн • Өрх толгойлсон эх/эцэг/
2.	Зөвөлгөө өгөх	
3.	Сэргээн засах үйлчилгээнд хамруулах	
4.	Түр байрлуулан асрамжлах	
5.	Өдрийн үйлчилгээнд хамруулах	
6.	Гэрийн асрамж, халамжийн үйлчилгээнд хамруулах	
7.	Иргэн, түүний гэр бүлийн хэрэгцээнд тулгуурласан нийгмийн халамжийн бусад үйлчилгээ	
8.	Гэр оронгүй иргэн, түүний гэр бүлийн гишүүдийн амьдрах итгэлийг нэмэгдүүлэх, нийгэмшүүлэх, бичиг баримтжуулах, түр хоноглох байранд байрлуулах	
9.	Нийгмийн халамжийн дэмжлэг, туслалцаа зайлшгүй өрх, иргэнийг нийгэмшүүлэх, хат олны бүлэг бүрдүүлэх, орлогын эх үүсвэртэй болгох төсөл хэрэгжүүлэх, амьдрах ухаанд сургах	

д/д	Асрамжийн үйлчилгээний ялгаа	Зорилтот бүлэг
1.	Ахамад настны асрамжийн үйлчилгээ	Тэжээн тэтгэх хүүхэдгүй, бие даан амьдрах чадваргүй ганц бие эсвэл тэжээн тэтгэххүүхэд нь ахмад настан, хөгжлийн бэрхшээлтэйн улмаас дэмжлэг, туслалцаа үзүүлэх чадваргүй болох нь тогтоогдсон бөгөөд олон нийтийн оролцоонд түшиглэсэн аламжийн үйлчилгээнд хамрагдах боломжгүй ахмад настан, Мэргэжлийн үйлчилгээ, тусгай нөхцөл шаардагдсан болон тэжээн тэтгэх хүүхэдгүй, бие даан амьдрах чадваргүй ганц бие хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн, Хүнд нөхцөлд байгаа хүүхэд болон байнгын асрамжинд байдаг хөгжлийн бэрхшээлтэй 18 хүртэлх насны хүүхэд, Улсын зардлаар төрөлжсөн асрамжийн газар асрамжлан өсгөхийг эцэг эх нь зөвшөөрсөн дөрөв хүтэлх насны 3 ба түүнээс дээш ихэр хүүхэд,
	Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэний асрамжийн үйлчилгээ	
3.	Хүнд нөхцөлд байгаа хүүхдийн асрамжийн үйлчилгээ	
4.	3 ба түүнээс дээш ихэр хүүхдийн асрамжийн үйлчилгээ	

Нийгмийн хөгжлийн үйлчилгээ:

Энэхүү үйлчилгээ нь боловсролыг дэмжих, эрүүл мэндийг дэмжих, хүнс тэжээлийн дэмжлэг үзүүлэх үйлчилгээ гэсэн 3 төрөлтэй байна.

Боловсролыг дэмжих үйлчилгээний хүрээнд хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхэд, бүтэн ба хагас өнчин хүүхэд, гэр оронгүй тэнэмэл амьдралтай иргэний хүүхэд, төрөлжсөн асрамжийн үйлчилгээнд хамрагдаж байгаа хүүхэд, хорих ангиас суллагдсан хүүхэд тус тус хамрагдаж сургуулийн өмнөх боловсролын болон ерөнхий боловсролын сургуульд сурч байгаа бол хичээлийн хэрэгсэл, сурах бичиг, дүрэмт хувцасны үнийн хөнгөлөлт үзүүлдэг.

Хүнс тэжээлийн дэмжлэг үзүүлэх үйлчилгээнд нийгмийн халамжийн байгууллагаас тодорхойлсон хүнсний хангамж зайлшгүй шаардлагатай өрхийн гишүүн-иргэн, гэр оронгүй, тэнэмэл амьдралтай иргэн хамрагдана. Хүнс тэжээлийн дэмжлэг үзүүлэх үйлчилгээ нь хүнсний бүтээгдэхүүн эсвэл хүнсний бүтээгдэхүүн худалдан авах эрхийн бичиг, халуун хоол, цайгаар үйлчлэх үйлчилгээ ордог.

Харин эрүүл мэндийг дэмжих үйлчилгээнд анхан шатны эмнэлэгийн үзлэг, эмчигээнд үнэ төлбөргүй харуулах, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн болон хүүхдэд нөхөн сэргээх болон протез хийлгэх зардал олгох зэрэг үйлчилгээг хамруулан үзүүлдэг.

Тулгамдаж буй асуудлууд

- Бэлэн мөнгийг хавтгайруулан олгож байснаас халамжийн үйлчилгээг зорилтот бүлэгт чиглүүлэх бодлого, төлөвлөлт оновчтой хийгдсэнгүй,
- Ядуурал, тэгш бус байдал буурсангүй,
- Нийгмийн ажилтнуудыг төрийн зүгээс бодлогоор дэмжих хэрэгтэй байна,
- Асрамж халамжийн газар төрөлжөөгүй, үйлчилгээний стандарт байхгүй,
- Зөвөлгөө, тусламж авах төвүүд хязгаарлагдмал,
- Улс төрөөс хамаарал ихтэй,

Гэр бүлийн өмнө дараах асуудал тулгараад байна.

- Амьдрах орчин, шилжилт хөдөлгөөн, бичиг баримтын зөрчил их байна,
- Ядуу болон ядууралд орох эрсдэл бүхий гэр бүлд ахмад настан, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд, хүүхэд, олон хүүхэдтэй өрх толгойлсон эмэгтэйчүүд зэрэг халамжийн зорилтот бүлгийн гишүүд ихэнх хувийг эзэлж байна,
- Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд үзүүлэх боловсрол эрүүл мэндийн үйлчилгээнд хамрагдаж чадахгүй,
- Гэр бүлийн хүчирхийлэл нийгмийн томоохон үзэгдэл болсон зэрэг.

Төрийн бодлогын цөм

Нийгмийн анхдагч нэгж гэр бүлийн хөгжлийг дэмжих ажлыг нийгмийн халамжийн шинэчлэлийн бодлготой уялдуулан цогц байдлаар хэрэгжүүлэх явдал чухалчлагдаж байна.

Цаашид авах арга хэмжээ

- Нийгмийн халамжийн дэмжлэг туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай өрхийн гишүүн иргэнийг тодорхойлох аргачлалыг боловсронгуй болгож, өрх иргэний амьжиргааны түвшингээр ангилсан шинэ төрлийн бодлого хөтөлбөрийг туршин нэвтрүүлэх,
- Олон нийтэд түшиглэсэн хөгжилд чиглэсэн нийгмийн ажлыг хөгжүүлэх, олон нийтийн оролцоонд түшиглэсэн халамжийн үйлчилгээг Төрийн бус байгууллага, мэргэжлийн байгууллагуудаар гэрээлэн гүйцэтгүүлэх,
- Гэр бүлд зөвөлгөө өгөх, гэр бүлийн хүчирхийллийн улмаас хохирсон иргэдэд үйлчилгээ үзүүлэх, гэр бүлийн боловсролыг дэмжих чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулж байгаа байгууллагуудыг дэмжих,
- Нийгмийн халамжийн хуулинд тусгагдсан зорилтот бүлгийн иргэдтэй ажиллах, нийгмийн халамжийн үйлчилгээнүүдийн стандартуудыг боловсруулах, судалгаа шинжилгээний ажлыг хөгжүүлэх,
- Гэр бүлд зөвөлгөө өгөх төв, ахмад настны хөгжлийн төв, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн сэргээн засах төв, өдөр өнжүүлэх төв, хүчирхийллээс хамгаалах төвүүд болон урьдчилан сэргийлэх, холбон зуучлах үйл ажиллагаа явуулах “нэг цэг”-ийн үйлчилгээний төвүүдийг сум, хороонд байгуулах,
- Нийгмийн халамжийн салбарын ажилтнуудын орон тоог нормативын дагуу нэмэгдүүлэх, нийгмийн хамгааллын асуудлыг шийдвэрлэх зэрэг болно.

УДК 615.8-036.82:614.215-053.2

Таран О.Н., Клименко О.В.
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ОТДЫХА

В статье проанализированы формы и методы физкультурно-оздоровительной работы в детских учреждениях оздоровления и отдыха.

Ключевые слова: *дети, реабилитация, детское учреждение оздоровления и отдыха.*

Taran O.N. Klimenko O.V.
State Establishment Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, Dnipro, Ukraine

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION IN INSTITUTIONS OF REHABILITATION AND RECREATION FOR CHILDREN

The forms and methods of sports and recreation activities in the children's establishment of the recreation and recovery were analyzed in this paper.

Key words: *children, rehabilitation, children's establishment of the recreation and recovery.*

Физкультурно-оздоровительная работа с детьми в детском учреждении оздоровления и отдыха (ДУОО) имеет специфические особенности, обусловленные сравнительно коротким периодом пребывания в лагере, разнообразием контингента детей по возрасту, состоянию здоровья и уровню физической подготовленности, социальному статусу. Данный вид работы включает комплекс профилактических мероприятий, основными целями которых является укрепление здоровья ребёнка, повышение уровня его физической подготовленности и закалённости; совершенствование умений и навыков в естественных видах движений; привитие интереса к занятиям физической культурой и спортом; развитие морально-волевых качеств; осознание необходимости здорового образа жизни [1]. Качество и эффективность физического воспитания в значительной степени зависят от правильного распределения детей на медицинские группы и режимы двигательной активности врачом ДУОО, а также от текущего врачебного контроля за их проведением с коррекцией дозирования физической нагрузки [2].

В ДУОО применяют разнообразные формы физкультурно-оздоровительной работы:

1. Физические упражнения в режиме дня, которые активизируют двигательный режим и поддерживают оптимальный уровень работоспособности детей в течение дня. Физические упражнения должны быть взаимосвязаны с общим режимом дня, с другими оздоровительными мероприятиями и занимали до 1,5-2 ч в день.

а) К вышеуказанной форме работы относится утренняя гимнастика, которая способствует организованному началу дня, улучшению самочувствия и настроения, повышению работоспособности детей. Основа утренней гимнастики - это комплексы из 7-9 физических упражнений динамического характера, воздействующих на различные мышечные группы. Утренняя гимнастика является самой массовой формой организованных, систематических и обязательных занятий; проводится постоянно на протяжении всей смены; осуществляется под руководством врача при учете возрастно-половых и индивидуальных особенностей детей; содействует гармоничному физическому совершенствованию детей вне зависимости от их двигательных способностей, спортивных результатов, распределения на медицинские группы.

б) Снять утомление, предупреждение нарушение осанки, поднять интерес к проводимому мероприятию могут физкультминутки под музыку перед или во время лагерных мероприятий**.** Рекомендовано прибегать к физкультминуткам при появлении первых признаков утомления детей (нарушения внимания, снижения активности).

г) В течении дня, в перерывах между купаниями можно проводить танцвальные флешмобы. Лагерным мероприятием, с участием большого количества детей, могут быть танцевальные марафоны, тематические праздники танца. Танцевальные движения способствуют формированию навыков правильной осанки, развитию физических качеств, а также ритмичности, плавности, непринужденности, выразительности движений, вызывают положительные эмоции и позволяют ребенку проявить себя.

2.Специальные формы организации физкультурно-оздоровительных мероприятий: спортивные секции по видам спорта; танцевальный кружок; секции общей физической подготовки; секции ритмической и атлетической гимнастики; лагерные соревнования; туристские походы; праздники физической культуры (открытие и закрытие спартакиады); дни здоровья, плавания и т.д. Цель данных форм работы состоит в том, чтобы содействовать успешному и полному оздоровлению; удовлетворять интересы отдыхающих к занятиям массовыми видами спорта и на этой основе выявлять детей, имеющих хорошие способности к занятиям определенными видами двигательной активности; обеспечивать здоровый, активный, содержательный отдых.

Соревнования являются одним из средств повышения уровня физической подготовленности детей. Их обязательным условием является хорошая подготовленность занимающихся к выполнению тех упражнений, в которых они должны соревноваться. Соревнования позволяют стимулировать максимальное проявление двигательных способностей и выявлять уровень их развития; выявлять и оценивать качество владения двигательными действиями; обеспечивать максимальную физическую нагрузку; содействовать воспитанию волевых качеств ребенка.

Интересным для детей является проведение Олимпийских игр. При планировании «Общелагерных Олимпийских игр» можно разбить традиционную 21-дневную лагерную смену на 4 цикла: предолимпийская неделя (за это время дети знакомятся со спортивными площадками лагеря, создают свои команды, выбирают название, девиз, эмблемы, готовятся к церемонии открытия Игр); неделя легкой атлетики (за эту неделю дети соревнуются в беге, прыжках,метании; можно выделить «День прыгуна», «День спринтера», «День марафонца», «День метателя», «День эстафет», «День многоборца»); неделя игровых видов спорта (это будут так называемые «Дни пионербола», мини-футбола, волейбола, баскетбола, стритбола, настольного тенниса; обязательно нужно включить в план соревнований по подвижным играм «Веселые старты»); неделя интеллектуальных видов спорта (спортивное ориентирование, шашечный и шахматный турнир, олимпийская викторина).

3. Активный отдых на свежем воздухе. Лучшим времяпровождением на свежем воздухе для ребенка являются **игры** (особенно подвижные). Игра обеспечивает всестороннее, комплексное развитие физических качеств и совершенствование двигательных умений и навыков, так как в процессе игры они проявляются не изолированно, а в тесном взаимодействии. С помощью игры можно избирательно развивать определенные физические качества (подбирая соответствующие игры). Широкий выбор разнообразных способов достижения цели, импровизационный характер действий в игре способствуют формированию у ребенка самостоятельности, инициативности, творческого полета, целеустремленности и других ценных личностных качеств. Соблюдение условий и правил игры в условиях противоборства дает возможность целенаправленно формировать у занимающихся нравственные качества: чувство взаимопомощи и сотрудничества, сознательную дисциплинированность, волю, коллективизм. Присущий игре фактор удовольствия, эмоциональности и привлекательности способствует формированию у детей устойчивого положительного интереса, деятельного мотива к физкультурным занятиям**.**

Таким образом, игры расширяют круг представлений, развивают наблюдательность, сообразительность, умение анализировать, сопоставлять и обобщать виденное, на основе чего делать выводы из наблюдаемых явлений в окружающей среде. В подвижных играх развиваются способности правильно оценивать пространственные и временные отношения, быстро и правильно реагировать на сложившуюся ситуацию в часто меняющейся обстановке игры.

4.Физиопрофилактическое воздействие природными факторами является основой **оздоровительных закаливающихся мероприятий.** Это могут быть закаливание воздухом, закаливание солнцем и закаливание водой (обтирание, обливание, купание). Следует помнить об комплексности, дозированности, индивидуальности и последовательности при проведении вышеуказанных оздоровительных мероприятиях.

5. Санитарно-просветительская работа по гигиеническому воспитанию детей может проводиться в виде бесед, лекций, уголков здоровья, санитарных бюллетней, дней здоровья, викторин, олимпиад, конкурсов, шоу, санитарных постов, кружков медико-биологической направленности.

Физкультурно-оздоровительная работа с детьми в ДУОО должна проводиться комплексно, дозировано и последовательно, с использованием разнообразных форм и методов физического воспитания. Медицинский персонал обязан контролировать качество и эффективность физического воспитания детей, которые в значительной мере зависят от правильности подобранных вариантов физической нагрузки, индивидуальности в подходах к каждому ребенку с учётом физкультурной группы, коррекции дозирования нагрузки на протяжении смены.

Список литературы:

1. Холодов Ж. С., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - М.:Издательский центр «Академия», 2000.- 480 с.
2. Демченко В.И., Лукьянов А.В. Справочник врача детского оздоровительного лагеря. - Издательство: Феникс, 2007. - 138 с.

УДК 364.4:316.36(571.54)

Тарнуева Л.Э.
Управление социальной защиты населения по г. Улан-Удэ, Россия
Научный руководитель: к.с.н., доцент БГУ Антонова Н.С.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ

В статье рассматриваются вопросы организации работы с семьями, находящимися в социально опасном положении.
Ключевые слова: *социально опасное положение, адресная социальная помощь*

Tarnueva L.E.
Management of social protection of the population in Ulan-Ude, Russia
Scientific supervisor: PhD, associate Professor of BSU Antonova N.S.

THE MAIN DIRECTIONS OF SOCIAL WORK WITH FAMILIES IN A SOCIALLY DANGEROUS SITUATION

In the article the questions of organization of work with families in a socially dangerous situation.
Key words: *socially dangerous situation, the targeted social assistance.*

Семья, находящаяся в социально опасном положении – это семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними. [2]

Термин «семья, находящаяся в социально опасном положении» появился относительно недавно, поэтому в большинстве источников вместо него употребляется другой термин «неблагополучная семья». По значению они равносильны.

Государственной Думой 21 мая 1999 года принят Федеральный закон № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» [1]. Настоящий Федеральный закон в соответствии с Конституцией Российской Федерации и общепризнанными нормами международного права устанавливает основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с деятельностью по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Основными особенностями семьи, находящейся в социально опасном положении, являются: низкий уровень педагогической культуры, деструктивные эмоционально-конфликтные отношения между супругами, возможное наличие таких факторов (в единственном или совокупном их проявлении), как социально-экономическое неблагополучие, аморальный образ жизни, зависимость от алкоголя и психоактивных веществ, деформированность общечеловеческих ценностных ориентации, неразборчивость в брачном выборе и повторные браки, без учета интересов детей; жестокое отношение к детям и насилие над ними; пренебрежение к санитарно-гигиеническим нормам и т. п.

Асоциальная семья, в отличие от благополучной семьи, находящейся в зоне риска, представляет серьезную угрозу для ребенка, принося ему немало моральных переживаний, подвергая его опасности получить психические заболевания, в том числе задержку в психофизическом развитии. В неблагополучных семьях ослаблен или отсутствует контроль за детьми, возникает детская безнадзорность и беспризорность, практикуются побеги из дома, бродяжничество, половая распущенность, правонарушения и преступная деятельность, алкоголизм, наркомания и токсикомания подростков.

Можно выделить следующие типы семей, находящихся в социально опасном положении, исходя из оснований, отрицательно характеризующих семью [4, с.16]:

1. Группы социально-экономического и психолого-педагогического риска - это, в первую очередь, малообеспеченные семьи, с низким материальным уровнем жизни, нерегулярными доходами родителей (и нежеланием родителей увеличивать свои доходы), плохими жилищными условиями, эмоционально и физиологически страдающими от бедности и лишений детьми. Существенной характеристикой данной категории семей является потребительское отношение к ребенку, зачастую как к единственному источнику материального дохода.

2. Семьи группы морально-нравственного риска с криминальными характеристиками - это семьи с родителями-алкоголиками, наркоманами, агрессивными к детям и другим членам семьи, с аморальным или паразитическим образом жизни, разделяющие традиции преступной субкультуры, имеющие судимость, допускающие инцест, имеющие склонность к садизму, страдающие психическими заболеваниями.

3. Семьи, практикующие жестокое обращение с детьми. Стиль семейных отношений в таких семьях проявляется в физических наказаниях и лишении ребенка нищи, одежды, прогулок на свежем воздухе с целью «эффективного воспитания». Одним из основных факторов, провоцирующих жестокое отношение к детям, может являться пьянство одного или обоих родителей. Любой вид жестокого обращения с детьми (а чаще всего отмечается сочетание нескольких форм насилия) нарушает физическое и психическое здоровье ребенка, препятствует его полноценному развитию. В таких асоциальных, дезорганизованных семьях с наркологической, психопатологической отягощенностью родителей имеют место случаи особой семейной жестокости. Семьи, находящиеся в социально опасном положении, с психически неустойчивыми родителями или другими членами семьи, с деструктивными эмоционально-конфликтными отношениями между супругами, с деформированными ценностными ориентациями транслируют детям двойную мораль, лицемерие и другие отрицательные человеческие черты.

4. Семьи, пренебрегающие санитарно-гигиеническими требованиями, здоровым образом жизни, - не прививают детям навыков гигиены, не следят за здоровьем своего ребенка, его физиологическим, познавательным, психологическим развитием. В семьях с нарушенными представлениями о здоровом образе жизни, аккуратности, гигиене и т. и. наличествует фон повышенной конфликтности между членами семьи. Дети из таких семей не обретают общепринятых в обществе навыков ухода за своим телом, одеждой, чем вызывают отвращение у сверстников, становятся изгоями, не могут построить долговременных взаимоотношений с представителями другого пола, не умеют позитивно решать свои возрастные задачи. В связи с этим конфликтность и драматизм отношений в некоторых семьях возрастают по мере взросления ребенка, достигая максимальных пределов в старшем подростковом и юношеском возрасте.

Асоциальные семьи могут возникать также в результате брака несовершеннолетних родителей, а также повторных, многократных браков, в которых есть сводные дети, вызывающие различное отношение родителей. В таких семьях дети остро ощущают либо свою ненужность, либо гиперопеку и подчеркнутую ненависть одного из родителей к себе или сводному брату (сестре). Дети страдают от того, что взрослые напрямую заявляют о их ненужности, воспринимают детей как тяжелую ношу, обузу, досадную помеху для своей свободной и счастливой жизни. Угрызения совести и морально-нравственные страдания ребенка приводят к нервно-психическим сры-

вам, деструктивным или зависимым формам поведения, внутренним протестам в виде отказа от семьи, ухода из дома, бродяжничества, личностной деградации. [3]

Как правило, семья, находящаяся в социально опасном положении, характеризуется глубокой педагогической несостоятельностью и уклонением родителей от своих обязанностей.

Весь диапазон рисков в целом можно свести к тому, что в таких семьях складывается отрицательное восприятие ребенка другими членами семьи.

Как показывает практика, такие семьи зачастую перекладывают на школу свои непосредственные семейные функции и задачи, что ведет к усилению социально-педагогического иждивенчества семьи, ее отчуждению от прямых функций по социализации детей, их интеграции в общество как полноправных и полноценных его граждан. Самоустранение родителей от своих обязанностей возникает в связи с отсутствием необходимого уровня общей и педагогической культуры, что требует дополнительных усилий от специалистов школы по социально-педагогическому и специально-психологическому сопровождению неблагополучной семьи. Основной особенностью всех неблагополучных семей является отсутствие надзора за несовершеннолетними. В таких семьях калечатся судьбы детей, которые не нужны своей семье, и поэтому они находят себя вне дома, в компаниях сверстников, в неформальных асоциальных объединениях молодежи.

Управление социальной защиты населения по г.Улан-Удэ входит в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних г. Улан-Удэ. Управлением социальной защиты населения по г. Улан-Удэ проводится работа по преодолению и разрешению проблемных ситуаций в семьях, находящихся в социально опасном положении. При оценке состояние семейных проблем, выявления их причины, планируется работа по оказанию адресной социальной помощи и поддержки конкретной семье:

- назначение ежемесячного пособия на детей, ежемесячной денежной выплаты многодетным семьям, субсидий на оплату жилого помещения и оплату коммунальных услуг;
- оказание единовременной материальной помощи гражданам, имеющим детей школьного возраста, оказавшимся в трудной жизненной ситуации в рамках Республиканской акции «Помогите детям собраться в школу»;
- оказание единовременной материальной помощь гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- выделение земельных участков под посадку картофеля;
- оказание адресной социальной помощи на основании социального контракта.

Сфера нашей деятельности включает не только реабилитационную направленность, но и пропаганду семейных ценностей, национальных традиций, родительской ответственности. Проводится плановая работа по вовлечению и участию детей и родителей в различных мероприятиях, акциях, семинар-тренингах.

В повседневной жизни дети сталкиваются с многообразием проблем, которые они ощущают своими неокрепшими душами и нервами сегодня, которые в полной мере влияют на их завтра. С учетом этого главным стержнем проводимой работы является межведомственное взаимодействие всех субъектов профилактики.

В настоящее время остро стоит потребность в новых эффективных методиках по работе с неблагополучными семьями и детьми, ведь в условиях социально-педагогических учреждений диапазон решаемых ими проблем достаточно широк, а опыт невелик. Законодательные акты, лежащие в основе социальной политики государства в отношении детей, нацелены на сохранение семьи для ребенка. Это позволяет нам сегодня не только на ранних стадиях вмешиваться в неблагополучные ситуации в семьях, но и задействовать все имеющиеся в регионе ресурсы в рамках различных ведомств, для выведения семьи из социально опасного положения, определиться в отношении к детям, нуждающимся в государственной защите.

В то же время следует отметить, что не все документы срабатывают должным образом и проблема детей, в особенности семей, остается актуальной, требует постоянного анализа и системной работы.

Список литературы:

1.Федеральный закон № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;
2. Васильева Л.Л., Кащеева А.В., Петрова Л.Ю., Преображенская Е.В., Черняева Т.Н. Понятийный аппарат социальной педагогики. - С.: Научная книга, 2009;
3. Воспитательный потенциал семьи и социализация детей // Педагогика.- 1999.- № 4.- С. 27-39;
4. Гончарова Т. Неблагополучные семьи и работа с ними/ Т.Гончарова // Народное образование. 2002.- № 6- С.98;

УДК: 378.833:796.325

Таштанов М.А.

Жалал-Абадский университет экономики и предпринимательства, Жалал-абад, Кыргызская Республика

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ФИЗИЧЕСКОЙ И ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ БУДУЩИХ ЭКОНОМИСТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ВОЛЕЙБОЛУ

Одним из эффективных средств всестороннего физического развития, физической и технической подготовленности будущих экономистов является игра в волейбол. В ходе исследования изучены проблемы и выявлены основные педагогические условия использования волейбола в профессионально-прикладной физической подготовке студентов-экономистов.

***Ключевые слова**: Игра в волейбол, физическое развитие, физическая и техническая подготовка, студенты-экономисты, эффективность занятия волейболом, профессиональная-прикладная физическая подготовка.*

Tashtanov M.A.

Jalal-abad university of economy and Entrepreneurship,Jalal-abad, Kyrgyzstan.

INCREASE THE LEVEL OF PHYSICAL DEVELOPMENT, PHYSICAL AND TECHNICAL READINESS OF FUTURE ECONOMISTS ON THE CLASS VOLLEYBALL

One of the most effective means of comprehensive physical development, physical and technical readiness of future economists is playing volleyball. The study investigated the problems and identified the main pedagogical conditions of use of the volleyball professionally applied physical training of students-economists.

***Keywords**: volleyball, physical development, physical and technical training, the students-economists, efficiency of volleyball, professional-applied physical training.*

Актуальность исследования. Способность управлять народным хозяйством закладывается в период обучения в ВУЗах, где будущие специалисты должны овладеть основами избранной профессии, усвоить принципы здорового образа жизни и выработать потребности в систематических занятий ФиС.

Одним из наиболее популярных и эффективных в студенческой среде видов спорта-являются спортивные игры, в частности волейбол. **Цель исследования.** Экспериментально обоснованиеобразовательной программы по физической культуре, базирующейся на использовании волейбола.

Методика и условия организации исследования. Образовательный материал по физической культуре подобран с учетом условий спортивной материально- технической базы вуза.

В каждом образовательном занятий решается предусмотренные образовательные, воспитательные и оздоровительные задачи, на педагогические наблюдения за студентами, занимающимися по традиционной образовательной программе, показали, что проведения занятий значительная часть времени используется нерационально.

Специфические нагрузки включают в себя эффекты с элементами волейбола, упражнения с мячом в парах, тройках, четверки с перемещением, различные виды подач мяча и взаимодействия защитников, «либеро» и нападающих.

Образовательная программа- состоит из 10 часов теоретических и 122 практических занятий: передача мяча: над собой; на точность; нападающий удар; подача мяча, блокирование.

В предлагаемой нами – программе учтены отдельные недостатки традиционной программы, что позволило на 5-10 минут сократить неэффективное использование и потерю образовательного времени, что позволило повысить моторную плотность занятий до 25%.

Неэффективное использование образовательного времени сокращается благодаря тому, что повышается обостренные чувства студентов в занятиях по физической культуре.

В свою очередь увеличивает возможность целенаправленного воздействия на ФР, работоспособность, функциональные возможности студентов, уровень их здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение. Установление взаимосвязи физической и технической подготовленности студентов представляет возможным активизировать двигательную деятельность (ДД), усилить обостренные чувства к избранному виду спорта, что позволит вести более активный образ жизнедеятельности.

Используя стратегию, объединяющую теоретические знания теоретические знания с ФП, с элементами волейбола можно добиться более высокого уровня организации и проведения образовательных процессов по ФК в вузе.

У студентов, освоивших технические действия волейбола, появляется потребности реализации и закрепления приобретенных умений и навыков.

Игровая направленность образовательных процессов по физической культуре (ФК) (с использованием средств волейбола) обязывает информацией о физической и технической сторонах подготовки студентов, с целью более конкретного

Согласно требованиям республиканского физкультурного комплекса «Ден Соолук» (ГТО), уровень физической подготовленности (ФП) студентов определяется 6 тестами, использующиеся в образовательных программах по ФК.

Результаты в прыжках вверх с места, челночном беге 90м, в беге на 100м,прыжках в длину с места, подтягивание на перекладине, бросках мяча весом 1 кг соответственно в ЭГ улучшились на 3,5 см; 1,5 см; 077 сек; 9,9 см; 6,32 раз; 2 м. Такие же изменения произошли и в КГ, но они менее убедительны:1,3 сек; 0,92 сек; 0,3 сек сек;4,4 раз; 0,3 метра.

Выше указанные объясняются тем, что волейбол характеризуется как скоростно-силовой вид физических упражнений (ФУ) и занятия проводятся целенаправленно, а их последовательность носит учебно-тренировочный характер.

В целом за рассматриваемый период занятий в ЭГ достоверно значимо улучшились 5 из 6 параметров ФП.

Аналогичные изменения выявлены и в физическом развитии (ФР).

Среднеарифметический результат выполнения передачи мяча над собой сверху и снизу руками из 10 попыток в ЭГ увеличился соответственно с 5,72до 9,84 раза и с 4,00 до 9,36 раза; в передаче на точность с 4,64 до 9,12 раза; в подаче мяча с 2,76 до 7,84 раза; в выполнении нападающего удара с 2,84до 7,0 раза; в блокировании с 1,12 до 5,16 раза.

Аналогичные изменения обнаружены и в технической подготовленности (ТП) студентов Кг, но они значительно ниже по сравнению с ЭГ.В целом улучшение уровня ТП студентов более выражено в ЭГ.

Регулярное выполнение на учебно-тренировочных занятиях (УТЗ) технических действий волейбола и выполнение физической нагрузки средней и повышенной координационной сложности привело к тому, что соответствующие двигательные умения и навыки в ЭГ стали отличаться точностью, динамичностью и прочностью.

Повышение уровня выполнения технических действий решат тактические задачи игры в волейбол. Студенты стали выполнять более быстрые, точные движения, значительно улучшились координация выполнения технических действий, что позволило вносить коррекции в ход игры.

Из выше перечисленных положительных УТЗ оценок особое внимание на себе обращает то, что в ЭГ, уровень ТП студентов оказался лучше почти в два балла, что имеет существенное значение.

Решая проблему внедрения в образовательный процесс оздоровительной программы занятий волейболом, следует констатировать такой факт, что уровень студентов-волейболистов по рассматриваемым параметрам к концу учебного года начинают значительно улучшаться и превосходить таковой у студентов, занимающихся по общепринятой программе.

Полученные нами в ходе опытной работы количественные значения критериев (передача мяча над собой сверху и снизу, передача на точность, подача мяча, нападающий удар, блокирование)говорят о возможности целенаправленного использования волейбола как эффективного средства повышения уровня физической и ТП студентов-экономистов.

В ЭГ произошло изменения на 1 балл (по предложенной шкале оценок) по критерии уровня физического состояния, характеризующему эффективность работы сердечно-сосудистой системы, в КГ этот показатель остался без изменения.

В массе тела и ростовых показателях в ЭГ произошли соответствующие сдвиги:1,52 кг и 1,52см. ЖЕЛ, характеризующая производительность дыхательной системы организма и выраженная в относительных единицах возрастает с 3540 мл/кгдо 3956 мл/кг,в динамометрии(кг) увеличение составило5,44кг,АД сис.-8,02,АД-5,72 мм.рт.ст.

Выполнение в течении учебного года опытной программы занятий с преимущественным использованием волейбола способствовало значительному улучшению деятельности сердечнососудистой системы. ЧСС после 20 приседаний уменьшилось с 139,20до132,72 ударов в минуту,т.е на 6,48 время восстановления ЧСС сократилось с 130,40 до 69,24т.е на 61,16 сек.

В КГ значение вышеуказанных данных показателей увеличились незначительно, что не отразилось на общей оценке.

Анализ данных показал,что в целенаправленном процессе занятий волейболом существенно улучшается моторная плотность занятий,уменьшается простои, число студентов,пропускавшиеся занятия без уважительных причин и число студентов,перенесших ОРЗ,повышается успеваемость и число студентов,успешно выполнивших требования: базовой образовательной программы по учебно-научной дисциплине «физическая культура» и республиканского физкультурного комплекса «Ден Соолук».

Заключение.Итак, проведенные исследования по совершенствованию содержания и занятий волейболом со студентами-экономистами позволили полностью реализовать поставленные задачи.

Список литературы:

1. Айрапетянц, Л.Р. Педагогические основы планирования и контроля соревновательной и тренировочной деятельности в спортивных играх: автореф. дис. …докт. Пед.наук:13.00.04 / Л.Р. Айрапетьянц.- М.,1992.-42с.

2. Аксенов, Ю.Н. Динамика физического развития и физической подготовленности первокурсников в зависимости от спортивной направленности учебно-тренировочного процесса /Ю.Н. Аксенов, А.В. Лотоненко// Проблемы повышения физической подготовки студенческой молодежи: сборник научных трудов: под редакцией В.В. Васильевой, В.И. Жолдак.-Воронеж: ВГУ.-1988.-С.42-46.

3. Гальвица, Н.П. Факторы, способствующие формированию устойчивого интереса к занятиям физической культурой и спортом /А.П. Гальвица, Н.А. Горбунова //Вестник физической культуры.-Алматы: ААНПЦ ФК МОН РК, 2010.-№10.-С.98-102.

4. Таштанов, М.А. Повышение оздоровительно-прикладной физической подготовленности студентов-экономистов на занятиях по волейболу /М.А. Таштанов //Вестник КазНПУ им Абая. Серия: Начальная школа и физическая культура.- Алматы, 2016.- №2.-С.18-21.

УДК 347.96

Терешко Э.А.
Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, Могилев, Беларусь

К ВОПРОСУ О КАДРОВЫХ РАЗЛИЧИЯХ СУДЕЙСКОГО КОРПУСА ВЕРХОВНОГО СУДА В РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассматриваются некоторые аспекты формирования кадров для Верховного суда в Республике Беларусь и Российской Федерации.

Ключевые слова: *Верховный суд, аттестация судей, квалификационный класс.*

Tereshko E. A.
Mogilev state University named A. A. Kuleshov, Mogilev, Belarus

THE STAFFING DIFFERENCES OF THE JUDICIARY SUPREME COURT OF THE REPUBLIC OF BELARUS AND THE RUSSIAN FEDERATION

This article discusses some aspects of formation of personnel for the Supreme court in the Republic of Belarus and the Russian Federation.

Keywords: *Supreme court, certification of judges, the qualification class.*

Одним из элементов эффективности судебной власти является кадровая политика, которая занимается совершенствованием форм и методов оценки личностных качеств, результатов деятельности руководящих кадров и лиц, зачисляемых в резерв и выдвигаемых на руководящие должности.

Верховный Суд Белорусской ССР был создан в соответствии с Положением о судоустройстве, принятым II сессией ЦИК БССР четвертого созыва 30 марта 1923 года. Документ обобщал опыт судебного строительства с момента образования БССР и определял пути дальнейшего развития.

Верховный Суд Республики Беларусь состоит из судей Верховного Суда Республики Беларусь, в том числе Председателя Верховного Суда Республики Беларусь, первого заместителя и заместителей Председателя Верховного Суда Республики Беларусь. Количество заместителей Председателя Верховного Суда Республики Беларусь определяется Президентом Республики Беларусь по представлению Председателя Верховного Суда Республики Беларусь. Судьи Верховного Суда Республики Беларусь назначаются Президентом Республики Беларусь с согласия Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь по представлению Председателя Верховного Суда Республики Беларусь [1].

Впервые Верховный Суд в России был учрежден в советский период, в качестве высшего судебного органа, осуществляющего контроль за всеми без исключения судами и рассматривающего в качестве кассационной инстанции ограниченный круг дел, а надзорной инстанции любые дела, решения по которым были приняты судами РСФСР. Деятельность регламентировалась в соответствии с Положением о судоустройстве РСФСР от 31 октября 1922 г. [4]. В настоящий момент правовой статус Верховного Суда урегулирован нормами ст. 19 Федеративного конституционного закона от 31 декабря 1996 г. «О судебной системе Российской Федерации» и названным Законом РСФСР о судоустройстве.

Верховный Суд Российской Федерации состоит из ста семидесяти судей Верховного Суда Российской Федерации. Судьи Верховного Суда Российской Федерации назначаются на должность Советом Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по представлению Президента Российской Федерации [2].

В соответствии с Кодексом Республики Беларусь «О судоустройстве и статусе судей» кандидатом на должность судьи Верховного суда может быть гражданин Республики Беларусь, достигший 25-летнего возраста, владеющий белорусским и русскими языками, имеющий высшее юридическое образование с присвоением квалификации «Юрист», стаж работы по специальности не менее пяти лет, порядок исчисления которого определяется Правительством Республики Беларусь или уполномоченным органом, не совершивший порочащих его поступков, сдавший квалификационный экзамен на должность судьи.

Судьей Верховного Суда Российской Федерации может быть гражданин, достигший возраста 35 лет, с высшим юридическим образованием по специальности «Юриспруденция» или с высшим образованием по направлению подготовки «Юриспруденция» квалификации «магистр» при наличии диплома бакалавр по направлению подготовки «Юриспруденция» и имеющий стаж работы в области юриспруденции не менее 10 лет [3].

В Беларуси проводится квалификационный экзамен на должность судьи в целях оценки уровня профессиональных знаний, умений и навыков лиц, претендующих на занятие должности судьи, их деловых и морально-психологических качеств. Положительный результат квалификационного экзамена является основанием для зачисления кандидатом в судьи и действителен в течение трех лет с момента его сдачи [1].

В Российской Федерации отбор кандидата на должность судьи осуществляется на конкурсной основе. В целях установления наличия у кандидата на должность судьи теоретических знаний, практических навыков в области правоприменения, необходимых для работы в должности судьи, формируются экзаменационные комиссии по приему квалификационного экзамена на должность судьи. Порядок формирования экзаменационных комиссий, их полномочия и процедура принятия квалификационного экзамена на должность судьи определяются Федеральным законом от 14 марта 2002 года N 30-ФЗ «Об органах судейского сообщества в Российской Федерации». Судья, впервые назначенный на должность судьи, проходит по программе профессиональной переподготовки в образовательных организациях высшего образования и организациях дополнительного профессионального образования Российской Федерации [3].Общая продолжительность профессиональной переподготовки судьи не может превышать шесть месяцев. По результатам прохождения профессиональной переподготовки судье федерального суда, впервые назначенному на должность судьи, присваивается квалификационный класс.

С помощью квалификационной аттестации судьи определяется уровень его профессиональных знаний и умения применять их при осуществлении правосудия, а также результаты судебной деятельности, деловых и нравственных качеств судьи и соответствие его требованиям, предъявляемым Законом «О статусе судей в Российской Федерации» и Кодексом судейской этики. По результатам квалификационной аттестации судьям присваивается соответствующий квалификационный класс.

Аттестация судей Верховного Суда Республики Беларусь проводиться Высшей квалификационной коллегией судей Верховного Суда Республики Беларусь по представлению Председателя Верховного Суда Республики Беларусь. Заключение об оценке деятельности судьи принимается квалификационной коллегией судей в отсутствие аттестуемого и носит рекомендательный характер. По результатам аттестации судьи оформляется аттестационный лист [1].

Политика в вопросе формирования кадров для Верховного Суда Республики Беларусь и Российской Федерации имеет схожие черты, которые обусловлены советским прошлым и ныне действующим Договором о создании Союзного государства. Однако, различия двух государств очевидны, которые, во-первых, характеризуются действующим белорусским и российским законодательством.

Список литературы:

1. Кодекс Республики Беларусь о судоустройстве и статусе судей, 29 июня 2006 г., № 139-З в ред. от 04.01.2014 N 121-З Электронный ресурс. Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000. / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь (10.11.2016).
2. О Верховном Суде Российской Федерации: Федеральный конституционный закон от 05.02.2014 N 3-ФКЗ ред. от 15.02.2016 // Электронный ресурс. http://www.consultant.ru/document/cons _doc_LAW_158641/ (10.11.2016).
3. О статусе судей в Российской Федерации: Закон РФ от 26.06.1992 N 3132-1 ред. от 01.09.20162016 // Электронный ресурс. http://www.consultant.ru/document/cons _doc_LAW_158641/ (10.11.2016).
4. Судебная власть / Под ред. И. Л. Петрухина. – М.: ООО «ТК С89 Велби», 2003. С. 350.

УДК 614.8

Титопулу М.Д., Стайкова Ж. Н.
Медицинский университет Софии, Болгария

ТРАВМЫ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, СВЯЗАННЫЕ С ОРГАНИЗАЦИЕЙ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ

Данная статья посвящена анализу вопросов производственного травматизма, а также характеристик занятости и трудовых несчастных случаев с точки зрения организации рабочего времени на предприятиях.

Ключевые слова: *трудовые несчастные случаи, риск несчастных случаев, пропаганда здорового образа жизни, рабочее время, предотвращение рисков.*

Titopoulou M. D., Staykova J.N.
Medical University - Sofia, Bulgaria

INDUSTRIAL TRAUMATISM RELATED TO THE ORGANISATION OF THE WORKING TIME

This article is devoted to the analysis of the questions of industrial traumatism as well as to the characterization of the labor activity and of the occupational accidents related to the organization of the working time in the business organizations.

Key words: *traumatic occupational injuries, risk of occupational accidents, health promotion, working time, risk prevention*

Травматизм представляет собой совокупность новых и рецидивирующих поражений в одной или нескольких группах населения определенного вида деятельности: трудовой, коммунальных услуг, транспорта, спорта и др. Травма является нарушением анатомических пропорций и функций тканей или органов с местным или общим значением для организма, вызванным внезапным воздействием факторов внешней среды на человека. Термин «травматизм» используется для обозначения множества несчастных случаев, которые имели место в определенные периоды времени. Информация о травмах, ее исследование и анализ на разных уровнях, направлена на обеспечение статистически достоверной информации об уровне травматизма как меры реализованного риска. Он, в свою очередь, представляет собой итоговую оценку эффекта от профилактики:

• Раскрытие информации о тенденциях в изменениях уровня травматизма или его характеристик;

• Выявление проблемных областей с накоплением случаев аварий с целью определения приоритетов для ориентации усилий и мер против травматизма;

• Компенсации жертв через систему институтов страхования;

• Раскрытие общих и важных факторных причин несчастных случаев, а также отношений между ними в процессе, ведущем к несчастным случаям;

• Раскрытие информации о дефектах в системе управления безопасности и здоровья данной компании, а также информации о пробелах в законодательстве на отраслевом и национальном уровне;

• Разработки широкомасштабных и эффективных корректирующих и превентивных мер, касающихся систем защиты, корпоративного управления системы охраны труда, деятельности институтов страхования, используя информацию об условиях, при которых случаются несчастные случаи через сами несчастные случаи во всей их полноте. Условия труда представляют собой сочетание производственных факторов, влияющих на здоровье и производительность человека в процессе труда.

Действие является составной частью деятельности и имеет относительную автономию, характеризующуюся осознанием цели и способов ее достижения. Существуют два типа действий - умственные и практические. Через умственные действия формируется образ объекта, его фиксация или воспроизведение какой-либо информации, решаются определенные логические задачи и др., к практическим действиям относятся двигательные (моторные) и ручные. Работоспособность определяется сочетанием физиологических и психологических процессов, при наличии которых выполняется работа в течение определенного промежутка времени с определенной эффективностью.

Усталость является физиологическим изменением в организме работника, вызванным потерей энергии в процессе работы. Обычно процессы, происходящие при развитии утомления, преломляются в сознании работника в чувство слабости. Основными причинами переутомления являются:

• Усталость от чрезмерного физического и/или умственного напряжения, которая не уменьшается после отдыха и постепенно накапливается;

• Неблагоприятные санитарно-гигиенические условия труда. Работа в таких условиях приводит к развитию большей усталости, чем при нормальных условиях;

• Плохая организация отдыха в нерабочее время, неправильная организация режима труда и отдыха в рабочее время.

Первым этапом работоспособности является стадия введения в работу (нарастающая работоспособность). В этот период навыки работника неустойчивы, сопровождаются лишними движениями, а показатели качества и эффективности ниже. Это период адаптации человека к данной деятельности.

Второй этап – это этап устойчивой работоспособности и характеризуется высокими технико-экономическими показателями.

Третий этап получил название стадии развития усталости. Уровень технико-экономических показателей начинается снижаться, снижается зарплата, ухудшается качество продукции, увеличивается количество ошибок.

Продолжительность различных этапов работоспособности зависит от многих факторов и колеблется в широких границах. Период введения в работу длится от 30 до 90 минут, и устойчивой работы до 3 часов. Между работоспособностью и травматизмом существует тесная связь. Статистические данные показывают значительное увеличение аварий на этапах 1 и 3, а на 2-м этапе этот уровень примерно в два раза ниже.

На уровень и динамику работоспособности влияют:

• Среда, в которой реализуется деятельность;

• Характеристика процесса труда и технических возможностей, которые будут использоваться при работе;

• Социальная среда в сочетании с характером работы, создающие эмоциональный фон;

• Индивидуальные характеристики человека.

Основные методы повышения эффективности можно условно разделить на активные и пассивные.

К активным методам, непосредственно действующим на трудовой процесс, относятся разделения задач, оптимизация ритма работы, рациональная организация труда, совершенствование режима труда и отдыха. К пассивным методам, косвенно влияющим на производительность, относятся условия внешней среды, улучшение погодных условий, снижение уровня шума, вибрации, улучшение освещения и многое другое.

Несчастный случай считается производственным, согласно Положению об установлении, расследовании, регистрации и представления отчетов об авариях, если произошел:

а) во время любой работы, проделанной по поручению руководства предприятия или компании;

б) во время перерывов, проводимых в организации, предприятии или компании;

в) когда работник спасает общественное имущество или жизнь человека;

г) во время пути на работу или с работы.

Все травматические повреждения и заболевания, возникающие при этих условиях, называются несчастными случаями на производстве. Производственной считается и авария на транспорте, согласно ст. 4, пунктам 1 и 2, во время пути на работу или с работы:

• Основное место жительства или другое дополнительное место жительства постоянного характера;

• Место, где застрахованное лицо обычно питается каждый рабочий день;

• Место получения оплаты.

Пострадавший при аварии и свидетели должны информировать как можно скорее своих непосредственных руководителей. По иерархии информация о несчастном случае на работе должна достигнуть до руководства. Об инциденте, который отвечает определению производственной аварии, сообщается в территориальное подразделение Института страхования в течение 3-х рабочих дней с момента происшествия. В состав комиссии должны входить представители рабочих из комитетов и групп по охране и условий труда и профсоюзных организаций предприятия (если таковые имеются). Комиссия должна представить доклад о расследовании и подписать его. Основная цель расследования состоит в том, чтобы на базе правильно установленных обстоятельств аварии принять меры для предотвращения подобных.

Список литературы:

1. Кодекс социального страхования (в силе с 01.01.2000 г., обн. ДВ. бр. 110 от 17.12.1999г., посл. изм. ДВ бр. 62 от 09.08.2016г.)
2. Закон об установлении, расследовании, регистрации и отчете аварий на производстве от 01.01.2000 г., посл. изм. ДВ. бр. 18/10.03.2015г.
3. Работа и здоровье в ЕС. Статистический портрет, Евростат.
4. Charles, A. Prévenir les risques: agir en organisation responsable. AFNOR, 2006.

УДК 351.761.3

Тиханович А.С.

Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, г. Гродно, Беларусь

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

В статье рассматриваются вопросы организации профилактической работы с детьми младшего школьного возраста, предлагаются средства профилактики для детей данного возраста.

Ключевые слова: *профилактика, социальная работа, наркозависимость, дети младшего школьного возраста, сказкотерапия.*

Tsikhanovich A.S.

Yanka Kupala State University, Grodno, Belarus

PREVENTING DRUG ABUSE IN CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE AS THE DIRECTION OF SOCIAL WORK

This article is devoted to the questions of the preventive work with children of primary school age, offers a means of prevention for children of this age.

Key words: *prevention, social work, addiction, children of primary school age, fairy tale therapy.*

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) является одной из наиболее острых проблем современного общества [6]. Данные Министерства здравоохранения Республики Беларусь свидетельствуют о том, что процент детей младшего школьного возраста, употребляющих наркотики, растет. К младшему школьному возрасту свыше 10 % детей уже знакомы с действием наркотиков [3].

Лучший метод борьбы с наркоманией – профилактика. Ведь как показывает мировая практика, излечить от наркомании удается не более 2-3 % заболевших [5].

В связи с тенденцией омоложения начала "наркогенной карьеры" особую актуальность приобретает исследование уровня информированности детей 6-12 лет о наркотиках для организации профилактической работы по формированию устойчивости в ситуации наркогенного соблазна [1].

Характер человека закладывается в младшем школьном возрасте, и так же общеизвестно, что дети этого возраста более подвержены влиянию со стороны окружающих их людей. Именно в этом возрасте особенно важно оказать правильное воздействие на ребенка. Поэтому профилактика наркомании в школе должна захватывать в первую очередь этот период детства [4].

Под профилактикой наркомании у детей младшего школьного возраста мы подразумеваем комплекс социальных, образовательных и психологических мероприятий, направленны на устранение или нейтрализацию основных причин и условий, вызывающих употребления ПАВ. Вместе с тем, приходится констатировать тот факт, что именно профилактика является до сих пор наиболее уязвимым местом. До сих пор продолжаются поиски наиболее эффективных средств профилактики наркозависимости у детей младшего школьного возраста [4].

В целях изучения характера отношения детей к наркомании и здоровому образу жизни нами был проведен анкетный опрос среди учащихся младшего школьного возраста. В исследовании приняли участие 86 учеников 1-4 классов, в возрасте от 6-до 12 лет. Для большей наглядности представим полученные данные при помощи рисунка 1. Из рисунка видно, что большинство респондентов (71 %) имеют четко сформированное негативное отношение к употреблению ПАВ, настроены на ведение здорового образа жизни. Вместе с тем, обращает на себя внимание тот факт, что почти каждый третий из учащихся, участвующих в исследовании (29 %), недооценивает масштабы вреда наркомании, не до конца понимает ценность своего здоровья, не считает необходимым вести здоровый образ жизни.



Рис. 1 – характер отношения детей младшего школьного возраста к наркомании и здоровому образу жизни

Обработанные данные показали, что более половины детей, участвующих в исследовании (64 %) уже знают, что такое наркомания, и связывают данный термин со смертельным заболеванием. Вместе с тем, почти каждый 12-ый ребёнок, участвующий в исследовании, готов «попробовать или понюхать что-то в виде жидкости (порошка)», каждый пятый − закурить, если кто-то это предложит им сделать. Вызывает тревогу тот факт, что отдельным учащимся младшего школьного возраста (5 %), участвующим в экспериментальном исследовании, предложение закурить уже поступало. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди друзей опрошенных школьников (21 %) есть те, кто хотя бы раз пробовали курить. Настораживает тот факт, что более 20 % детей, на вопрос «относится ли пиво к спиртным напиткам?» ответили отрицательно.

Обработанные результаты проведенного исследования в очередной раз доказывают, что в настоящее время в обществе необходимо максимально рано выявлять симптомы психологической предрасположенности детей к употреблению наркотических веществ в период младшего школьного возраста и активно вести профилактическую работу.

Как показало наше исследование, эффективным средством профилактики наркозависимости у детей младшего школьного возраста может служить сказкотерапия – один из видов арт-терапии. Под сказкотерапией мы подразумеваем средство, использующее

метафорические ресурсы сказки для создания символического банка жизненных ситуаций, позволяющих расширить сознание детей, совершенствовать их взаимодействия с окружающим миром, активизировать ресурсные возможности личности.

Анализ научных, учебно-методических работ показал, что основное воздействие на ребёнка оказывает сказочная метафора, а уже только потом виды и приёмы работы со сказкой. Сказочная метафора затрагивает не только поведенческие пласты психики, но и её ценностную структуру. Это благоприятно сказывается на формировании у детей внутриличностных антинаркотических барьеров, являющихся защитным фактором от возможной наркотизации, а так же для понимания ценности здорового образа жизни − подтверждает В.Д. Комарь.

Профилактическая работа с ребенком с привлечением сказки может стать источником знаний о нормах поведения, социальных установках и ценностных ориентациях, с помощью которых ребенок сможет оценить себя и других. Это позволит создать адаптивную социальную среду для дальнейшего социального становления личности в этот возрастной период, − подчёркивают А.Г. Жиляев, Т.И. Палачева и др.[2].

Анализ психолого-педагогической литературы позволил нам сформулировать понятие «профилактика наркозависимости среди детей младшего школьного возраста средством сказкотерапии». Под профилактикой наркозависимости среди детей младшего школьного возраста средством сказкотерапии мы подразумеваем воздействие на сознание детей с помощью метафоры, а также использование разнообразных приёмов сказкотерапии в целях предупреждения, устранения или нейтрализации основных причин и условий, вызывающих употребления ПАВ.

Основываясь на материалах, предложенных А.Г. Жиляевым и Т.И. Палачевой, нами была разработана собственная программа профилактики наркозависимости среди детей младшего школьного возраста средством сказкотерапии.

Выбирая метод профилактической работы среди детей младшего школьного возраста необходимо помнить о том, что информация должна дойти до детского сердца как угроза их здоровью и благополучию. И поэтому сказкотерапия является эффективным средством в профилактической работе с детьми данного возраста, так как отличается многообразием приёмов, благоприятным влиянием на ценностные ориентации ребенка, его социальные установки и способы поведения, и в то же время сказка легка в понимании для детей.

Список литературы:

1. Березин С.В. Психология ранней наркомании. – Самара: Самарский университет, 2000. С. 8.
2. Жиляев А.Г., Палачева Т.И. Особенности личностно-ориентированного подхода в системе первичной профилактики наркотизации младших школьников. − М.: Вестник Российского государственного гуманитарного университета, 2013. С. 231.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2013 г. –Минск: ГУ РНМБ, 2014. С. 231.
4. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. − Ростов на Дону: Феникс, 2000. С. 10-15.
5. Социально-педагогическая профилактика подростковой наркомании [Электронный ресурс] URL: http: www.narkotikam.net (дата обращения: 16.02.2016).
6. Тростанецкая Г.Н., Гериш А.А. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами. – М., 2002. С.12.

УДК 316

Тодожекова А.В.

Горно-Алтайский государственный университет, г. Горно-Алтайск, Россия

ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНЧЕСКИМИ СЕМЬЯМИ В СЛУЖБАХ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Рассмотрение технологий социальной работы со студенческими семьями в службах планирования семьи свидетельствует о необходимости организации социальной работы с данной категорией населения.

Ключевые слова: *семья; студенческая семья; службы планирования семьи; технологии; модели.*

Todozhekova AV

Gorno-Altaisk State University, Gorno-Altaisk, Russia

TECHNOLOGIES OF SOCIAL WORK WITH STUDENT FAMILIES IN FAMILY PLANNING SERVICES

Consideration of the technologies of social work with student families in family planning services demonstrates the need for the organization of social work with this category of the population.

Key words: *family; student's family; family planning services; technologies; model.*

На всем протяжении существования и развития такого социального института как семья, возникают трудные жизненные ситуации, решить которые возможно только при непосредственной помощи социальных служб. Особым типом семей является семья студенческая, она определяется как семья, где оба супруга являются студентами дневного (очного) отделения высшего учебного заведения, а также неполная семья с детьми, в которой мать или отец является студентом дневного (очного) отделения высшего учебного заведения. Не редкостью является ситуация, когда студенческой семье оказывается необходима помощь не только социальных учреждений, но и служб планирования семьи.

В соответствии с определением ВОЗ (всемирной организации здравоохранения) понятие планирование семьи подразумевает под собой обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей. [1] Подготовка к планированной беременности, обследование и лечение бесплодных пар, контрацепция, прерывание не планируемой беременности всё это охватывает понятие планирование семьи. Одна из самых главных задач любого государства является регулирование рождаемости, так как рождаемость гарантирует нормальную обстановку функционирования и развития будущих поколений. Планирование семьи является одной из существенных проблем системы здравоохранения и всего государства в целом. Разрешение этой ситуации сосредоточено сохранением генофонда нации, через охраны репродуктивного здоровья народонаселения, основываясь при этом, на условиях рождения здоровых и желанных детей. Планирование семьи является одной из важнейших проблем страны, так как, здесь встает вопрос о национальной безопасности всего государства. Поскольку она в определённой степени связана с будущим поколением, а именно с его здоровьем, данная проблема затрагивает каждого человека. От 18 августа 1994 Указом Президента РФ были утверждены федеральные программы целевого назначения: «Безопасное материнство» и «Планирование семьи» как под программы «Дети России», которая сосредоточена на обеспечении появления желанных и здоровых детей, предотвращение материнской и детской заболеваемости, снижение естественной убыли населения.[2]

В XXI веке, когда приоритетам общечеловеческих ценностей придаётся всё большее значение, понятие "здоровье" становится неотделимым от феномена стабильного формирования социума, а одним из ведущих его компонентов является социальная составляющая. Как известно, здоровье человека, всецело зависит от особенностей согласования его биологического начала, сформировавшегося в результате длительной эволюции, под влиянием факторов окружающей среды, и неисчислимых социальных воздействий. Эти две составные части человека - социальное и биологическое - находятся в диалектической взаимосвязи и единстве.

Таким образом, основной технологией решения проблемы охраны здоровья является - лечение и профилактика его нарушений через использование комплексного подхода, т.е. с учетом не только биологических (внутренних), но и социальных (внешних) факторов, воздействующих на состояние здоровья человека.

Исследование разных аспектов социальной работы, даёт возможность сделать вывод о крайней необходимости подготовки специалистов в сфере предоставления именно такой помощи как медико-социальная. Данный вид помощи, многими учёными рассматривается, как одна из важнейших составляющих социальной медицины, считается одним из направлений социальной работы. Однако, в то же время, имеет выраженный прикладной характер.

А.В. Мартыненко под медико-социальная работой, подразумевает новейший вид профессиональной деятельности, носящей мультидисциплинарный характер и включающей в себя социально-правовую, медицинскую и психолого-педагогическую помощь. При этом, медико-социальная работа сосредоточена на реабилитацию, укрепление и сохранение здоровья населения. [3]

Ухудшение репродуктивного здоровья, в большей степени связано с причинами социального характера, из перечня которых можно выделить осведомленность населения, находящаяся на низком уровне, в вопросах сохранения репродуктивного здоровья, безалаберное отношение к нему, особенно среди молодежи и находящаяся на стадии формирования система мер профилактической направленности в данной области и пр.

При этом уже довольно давно действуют центры планирования семьи, однако, предпочтение в деятельности этих учреждений отдаётся лечению, нежели мероприятиям носящих профилактический характер заболеваний и отклонений в области полового поведения. Работа со студенческой семьей в центре планирования семьи сосредоточена на: правовое информирование; оказании поддержки семьи в решении возникающих конфликтных ситуаций; оказании помощи семье в сложной жизненной ситуации; социально-психологическая подготовка молодых супругов к появлению на свет и воспитанию ребенка; формирование установок на ответственность относительно семьи, к своему будущему ребенку и его здоровью. В качестве форм работы могут использоваться как групповые, так и индивидуальные.

Рассмотрим технологии и методы социальной работы, со студенческими семьями применяемые в центрах планирования семьи:

-социально-психологическое консультирование (персональное и супружеских пар) в целях оказания помощи семьи в кризисный период, приспособления молодых супругов к семейной жизни, возникновению новых ролей, информирование о различного рода аспектах воспитания будущих детей, и семейной жизни в целом, а так же помощь в разрешении конфликтных ситуаций.

- осуществление правового консультирования по вопросам юридического характера в сфере охраны здоровья, социальной защиты семьи, защиты интересов и прав ребенка и семьи.

- тренинги с группой молодоженов, студенческих семей, носящих обучающий характер, сконцентрированных на увеличение моделей поведения участников в разнообразных условиях совместной жизни, проведение групповых занятий по системам подготовки к появлению на сет и воспитанию детей.[4]

Таким образом, основными технологиями социальной работы со студенческими семьями в службах планирования семьи являются: социально-психологическое консультирование; предоставление информации о льготах для студенческой семьи; консультирование по юридическим вопросам в сфере здравоохранения; донесение информации о наличии организаций и учреждений, в которые семья может обратиться за оказанием помощи; информирование о пособиях и выплатах студенческой семьи; обучающие тренинги с группой студенческих семей, молодоженов, направленные на увеличение вариантов поведения участников, в различного рода, ситуациях совместной жизни. Но самой *главной технологией* применяемой в службах планирования семьи в отношении не только студенческих семей, является – профилактика, направленная на половое просвещение, воспитание половой культуры молодёжи. Сформировавшаяся система работы со студенческой семьей в целом соответствует стоящим перед обществом приоритетам по укреплению студенческой семьи, улучшению ее материального, духовного и нравственного состояния, оказанию ей социально-психологической поддержки в территориальных службах социальной помощи молодежи.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс] URL: http://www.who.int (дата обращения: 14.11.2015)
2. Медицина, психология. [Электронный ресурс] URL:http://med-books.info (дата обращения: 16.11.2015)
3. Мартыненко, А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учеб. пособие/ А.В. Мартыненко. - М.: Гардарики, 2007. – 159с.
4. Указание Минздрава России от 23 марта 1998 г. № 219-у «О штатно-организационной структуре центров планирования семьи и репродукции».

УДК 364:331.552.4

Толкуева А. В.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ: УТОЧНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

В статье рассматривается кадровый потенциал регионального государственного учреждения, а также даётся характеристика показателей эффективности кадрового потенциала.

Ключевые слова: *кадровый потенциал, социальные службы, показатели эффективности.*

Tolkueva A. V.
East-Siberian State University of Technologies and Management, Ulan-Ude, Russia

INDICATORS EFFECTIVENESS OF PERSONNEL OF SOCIAL SERVICES: CLARIFY THE CONCEPTS

This article is devoted to the human resources of the regional government agency, and given the characteristic performance of personnel potential.

Key words: *human resources, social services, performance indicators.*

В настоящее время в условиях всеобщей интеллектуализации производства человек становится его основной движущей силой. Достижение определенного результата деятельности группы или организации зависит от многих факторов. Объективные социально-экономические процессы вынуждают организации ориентироваться на инновационное развитие, и особую роль в этом играет кадровый потенциал [1].

Под кадровым потенциалом понимается весь численный состав постоянных работников организации, обладающих необходимыми профессиональной подготовкой и квалификацией, а также личностными особенностями для возможного участия в производственном процессе. Словом «потенциал» большинство экономистов обозначают средства, ресурсы, запасы, источники, которые могут быть использованы в производственных процессах, возможности работника, коллектива или общества материализовать свои знания и умения с целью обеспечения жизнеспособности и развития учреждения в конкретной обстановке [4]. Социологи добавляют также уровень образования [2], здоровья [3] и др.

Для предварительного изучения процесса формирования кадрового потенциала социальных служб, в целях получения дополнительных сведений об объекте и предмете, автором проведено разведывательное исследование. На предыдущих этапах на основе традиционного анализа специальной литературы [5], а также изучения деятельности социальных служб на базе Республиканского государственного учреждения (РГУ) «Центр социальной поддержки населения» [6] определены основные характерные черты и особенности объекта исследования. Для повышения достоверности полученных данных автором также проведен экспертный опрос методом интервьюирования по данному вопросу.

РГУ «Центр социальной поддержки населения» создано в соответствии с Постановлением Правительства Республики Бурятия от 29.10.2007 г. № 339. Учредителем Республиканского государственного учреждения «Центр социальной поддержки населения» является Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия [6]. Основным видом деятельности учреждения является предоставление социальных услуг без обеспечения проживания.

С целью диагностики проблем кадрового потенциала Центра социальной поддержки населения было проведено разведывательное исследование в виде интервьюирования (дата проведения:14 ноября 2016 г.) с заместителем руководителя Евгенией Валерьевной Токтохоевой. Интервью нестандартизированное; эксперт – представитель руководящего состава, имеет опыт участия в принятии решений; по способу общения социолога и респондента – личное интервью; выбор места – служебное помещение, отсутствие «третьих лиц»; запись информации – ручная.

- Евгения Валерьевна, скажите, пожалуйста, какие формы социального обслуживания являются наиболее актуальными в вашем учреждении?

- Актуальной социальной услугой на сегодняшний день является приёмная семья для пожилых граждан. В республике существует около 100 таких семей, где находят свой приют пожилые люди. На данный момент такие семьи есть во всех районах Бурятии за исключением Окинского района.

- Что, на Ваш взгляд, нужно усовершенствовать в системе оказания социальных услуг?

- Уже не первый год в г. Новосибирск разрабатывают новый программный комплекс по оказанию мер социальной поддержки населения. У нас же этот комплекс только-только внедряется. Данный метод оказания услуг предполагает работу с людьми, нуждающимися в оказании той или иной социальной услуги, от А до Я, от принятия документов до конечного результата, т.е гражданин получает оказание нами услуги в полной мере. Применение такого программного комплекса обеспечит оперативность и доступность социальных услуг для граждан. На данный момент такой метод применяется у нас частично, т.е не ко всем услугам.

- Евгения Валерьевна, несколько вопросов касаемо кадрового потенциала учреждения. Для Вашей специфики работы какие показатели эффективности кадрового потенциала актуальны?

- Само собой, это профессиональные знания, умения, навыки, обусловливающие профессиональную компетентность. Стаж и опыт работы, уровень образования, работоспособность, лидерский потенциал, а также ценностно-мотивационная сфера.

- И последний вопрос. Как вы считаете, по каким параметрам следует улучшить кадровый потенциал учреждения?

- К каждому сотруднику есть определённые квалификационные требования. Мы проводим специализированные семинары, также есть заочная учёба, однако этого не достаточно. Хотелось бы отправлять сотрудников на курсы. В наше время довольно часто проводятся выездные курсы из Москвы и Санкт-Петербурга для специалистов, но, к сожалению, сейчас нет таких финансовых возможностей.

- Спасибо большое за предоставленную информацию, Евгения Валерьевна.

Таким образом, с помощью полученной информации можно дать характеристику показателям эффективности кадрового потенциала. Эти показатели, согласно комплексу примененных автором методов изучения, можно объединить в квалификационный, психофизиологический, трудовой, творческий и нравственный потенциал (см. Рис. 1).

ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА				
Квалификационный потенциал	Психофизиологический потенциал	Трудовой потенциал	Творческий потенциал	Нравственный потенциал
Уровень знаний	Задатки	Способность и готовность к труду в условиях рынка	Уровень интеллекта, познавательные способности	Ценности
Уровень образования	Тип высшей нервной деятельности	Профессиональ-ные знания, умения и навыки	Креативность	Мотивы, идеалы
Стаж работы	Особенности эмоционально-волевой сферы	Мотивы трудовой деятельности	Потребность в самореализации	Мировоззрение
Профессиона- лизм	Работоспособ-ность	Степень идентификации с коллективом	Лидерские способности, активность	Направленность
Управление конфликтами	Самоанализ	Физическое и душевное здоровье	Организованность и ассертивность	Степень моральной чистоты целей и способов их достижения

Рисунок 1 – Характеристики и показатели эффективности кадрового потенциала

В целом, как показал проведенный анализ, в настоящее время недостаточно внимания уделяется анализу кадровой ситуации и использованию кадрового потенциала организации. Кадровый потенциал должен рассматриваться как общий уровень кадрового обеспечения возможностей существования и развития организации. Личностные и приобретенные трудовые качества человека оказывают влияние на эффективность работы организации.

Список литературы:

1. Кузнецова Н.В., Синицына О.Н.К вопросу о стратегии управления персоналом организации// Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2010. № 6. С.224-229.
2. Очирова О.А., Белоголов А.И., Дегтярева Т.В. Здоровье как социально-экологическая составляющая трудового потенциала // В сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Матер. IV Междунар. Научно-практ. конф. ВСГУТУ. 2015. С. 260.
3. Очирова О.А., Цыренова О.Б. К вопросу об уровне образования национальных кадров Бурятии и отраслевом и распределении в XX веке // В сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Матер. III Междунар. научно-практ. конф. ВСГУТУ. 2014 С. 169-170.
4. Петров А.В. Обучению – опережающий характер // Деньги и кредит. 2012. № 6.
5. Толкуева А.В., Бадмацыренова О.Б. Критерии и показатели эффективности управления персоналом // В сб.: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Матер. IV Междун. Научно-практ. конф. ВСГУТУ. 2015. С. 328-330.
6. Центр социальной поддержки населения РБ URL: http://www.cspn-rb.ru/ (дата обращения: 10.11.2016г.).

УДК 316

Тратинко Т.В.

Белорусский государственный университет, ГИУСТ, г. Минск, Республика Беларусь

СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КАК РЕСУРС СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ-СИРОТ

В статье рассматривается проблема воспитания ребенка вне семьи; раскрывается роль поддержки семейных отношений в условиях воспитания и развития ребенка вне семьи.

Ключевые слова: *дети-сироты, социальная защита детства, семейные отношения.*

Tratsinko T. V.

Belarusian State University, GIMST, City of Minsk, Republic of Belarus

FAMILY RELATIONSHIPS AS A RESOURCE FOR THE SOCIAL PROTECTION OF ORPHANS

In our article the problem of raising a child outside the family; discloses a supporting role of family relationships in terms of education and development of the child outside the family.

Key terms: *orphans, social protection in childhood, family relationships.*

Потребность в общении и близких доверительных отношениях с людьми относится к базовым потребностям личности. Продолжительные тесные взаимоотношения гарантируют позитивные переживания и расширяют адаптационный потенциал личности. В ситуации взаимодействия происходит обмен представлениями, чувствами, желаниями, переживаниями, осуществляется достижение определенных целей. Позитивными переживаниями собственного «Я», чувством защищенности, уверенности сопровождается присутствие человека, со стороны которого возможна психологическая поддержка и с которым устанавливаются отношения доверия. Социальная привязанность повышает адаптационные возможности личности, утверждает В.Г. Залевский. Удовлетворение потребностей в контактах, в привязанности способствует формированию эмоциональной устойчивости человека в сложных психологических условиях [1].

В каждом возрастном периоде складывается определенное отношение между ребенком и окружающей действительностью. Признано, что взаимоотношение ребенка с другими людьми, в том числе со сверстниками, имеет большое значение в становлении его как личности. Своеобразие этого отношения определяет социальную ситуацию развития ребенка. Удовлетворение потребности в контактах, в привязанности способствует формированию эмоциональной устойчивости человека в сложных психологических условиях. При этом продолжительные тесные взаимоотношения гарантируют позитивные переживания и расширяют адаптационный потенциал личности.

В детском возрасте существует специфический круг событий, являющихся психотравмирующими и обуславливающих возникновение различного рода депривaций. Нарушение значимой системы взаимоотношений является источником травматизации личности. Ситуация потери семьи сопряжена со страхом, страданием и надолго запечатлевается в эмоциональной памяти ребенка. Горе является сложным для детей переживанием, что в первую очередь связано со страхом отделения от родителей. Потеря может казаться ребенку угрозой выживания.

Утрата необходимых элементов взаимоотношений, которые закладываются в детстве, может стать причиной одиночества в будущем. Исследователи Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. считают, что в результате нарушений жизнедеятельности семьи оказывается неудовлетворенным основной спектр потребностей (потребность в безопасности, в привязанности, в причастности к группе, в самореализации), что тормозит развитие личности, обуславливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Одним из последствий семейных дисфункций является их психотравмирующее воздействие, приводящее к нарушениям психического здоровья индивида [2]. Ребенок часто не способен справиться с травмирующим опытом, который, как правило, формирует неумение вступать в значимые отношения не только с взрослыми, но и со сверстниками, переживание враждебности окружающего мира, чувство собственной неполноценности.

Развитие ребенка тесно связано с его окружением и системой отношений в семье. Ситуация переживания утраты родителей рассматривается как хронический психотравмирующий фактор, ведущий к утрате функций, реализуемых семьей.

По мнению А.И. Захарова, С.В. Ковалева, Н.Н. Обозова, привязанность, дружба, любовь являются формами межличностных отношений. Среди общих черт, характерных для них, выделяют: взаимопонимание, эмпатию, заботу, ответственность, доверительность, самораскрытие, то есть, способные обеспечить эмоциональную поддержку и психологическую защиту индивида в отношениях. Реализация потребности в привязанности, в причастности к группе в наибольшей мере осуществляется в семье.

У детей растущих вне семьи, существует потребность в общении со взрослыми, инициативные действия в адрес взрослых товарищей или педагогов, обостренная чувствительность к их вниманию и оценкам, что свидетельствует о том, что дети испытывают острую потребность во внимании и доброжелательности взрослого либо кого-либо из родственного окружения.

Ситуации детей, оставшихся без родительского попечения, характеризуются изменением отношений между ребенком и окружающей действительностью, что влечет изменения в структуре личности ребенка, а также его социальной жизни. Происходит нарушение значимой для личности системы отношений. От того, в каких условиях окажется ребенок без родительского попечения, будет в большей степени определено его развитие. Социальное одиночество, вызванное отсутствием доступного круга социального общения, и межличностное одиночество, связанное с отсутствием или нарушением привязанностей к конкретным людям, – лишь одно из последствий травматического опыта, обуславливающего психическое состояние ребенка.

Переживание ребенком утраты семьи имеет принципиальное значение для понимания роли сохранности родственных отношений в преодолении последствий травматического события. Эти отношения создают возможность поделиться с близкими естественными чувствами, которые дети испытывают, страдая.

Проблема родственных отношений в ситуациях травматического опыта строится на понимании социальной природы человека, определяющей роль среды как необходимого условия личностного развития. Изменение отношений между ребенком и окружающей действительностью влечет изменения в структуре личности ребенка, а также его социального бытия. Происходит нарушение значимой для личности системы отношений. От того, в каких условиях окажется ребенок в ситуации отсутствия родителей, будет в большей степени определено его личностное и социальное развитие.

Родственные отношения представляют собой сохранную структуру в социальной системе ребенка в ситуации отсутствия родительского попечения и могут выступать теми естественными условиями, которые позволяют снизить риск возникновения различных нарушений после травматического события. Можно говорить о терапевтичности родственных отношений, которые проявляются в поддерживающем взаимодействии, приносящем облегчение в ситуации, связанной со сложными жизненными обстоятельствами.

Сохранность родственных отношений, позитивный характер межличностного взаимодействия с родственниками выступает в качестве условия, способствующего психологической стабильности детей в ситуации нарушения целостности семьи. В частности, неблагоприятное, враждебное или опасное окружение, в котором по внутреннему восприятию и ощущению могут оказаться оставшиеся без родителей дети, а также реальное чувство опасности, страха, свойственное им в психотравмирующей ситуации, приводит к объединению семьи для общей защиты и активизации совместных действий. Таким образом, в подобных обстоятельствах, в семье может усиливаться чувство любви, преданности, долга, укрепляется авторитет родителей.

Однако, психотравмирующая ситуация может вызвать и обратную реакцию, а именно: усиление взаимного противостояния и ненависти в системе родственных отношений. Характерные для жизненного пути семьи ненормативные кризисные события могут приводить как к укреплению, так и к ослаблению семейных связей. Соответственно, мы можем отнести потерю детьми родителей к критическому моменту, который обуславливает либо ослабление, либо укрепление родственных отношений.

Таким образом, в ситуации лишения родительского попечения еще более актуализируется значимость и необходимость непосредственного общения несовершеннолетнего с близкими родственниками. Характер родственных отношений начинает определять реализацию защитной функции детей-сирот в ситуации травматического опыта. Активизация психотерапевтической функции, включенной в основную группу потребностей, реализуемых семьей, будет способствовать предупреждению социальной дезадаптации и минимизации последствий травматизации детей-сирот при смене социальной ситуации развития.

Список литературы:

1. Залевский В.Г. Психология и ригидность – флексибильность в структуре личности людей с субъект-субъектной профессиональной ориентаций: Автореф. дис. … канд. психолог. наук: 19.00.07 / Томский гос. ун-т. – Барнаул, 1999. – 25 с.
2. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 652 с.

УДК 376.64

Тратинко Т.В.
Белорусский государственный университет, ГИУСТ, г. Минск, Республика Беларусь

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы в социально-педагогических учреждениях, раскрывается содержание форм и методов работы с детьми и семьей в условиях социального приюта.

Ключевые слова: *социальная работа, социальный приют, социальная защита детства.*

Tratsinko T. V.
Belarusian State University, GIMST, City of Minsk, Republic of Belarus

SOCIAL WORK IN SOCIAL-EDUCATIVE CENTRES IN THE REPUBLIC OF BELARUS

The article discusses the organisation of social work in social-educative centres, it explains the contents forms and methods of working with children and families in the setting of social temporary care orphanages.

Key terms: *Social work, social temporary care orphanages, Social protection in childhood*

В структуре системы образования Республики Беларусь к социально-педагогическим учреждениям относятся: социально-педагогические центры и детские социальные приюты.

Деятельность специалистов социально-педагогических учреждений предусматривает осуществление комплексной профилактической, коррекционно-развивающей и реабилитационной работы с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации; семьями, находящимися в социально опасном положении; с несовершеннолетними, признанными нуждающимися в государственной защите и изъятыми из семьи.

Согласно концепции семейно-ориентированного подхода в социальной защите детства, деятельность социального приюта, как временной (до шести месяцев) формы жизнеустройства детей, признанных нуждающимися в государственной защите, должна быть направлена в первую очередь на реабилитацию ребенка и реабилитацию родителей с целью воссоединения семьи.

Процесс изъятия, разлука с родителями, потеря связи со старыми друзьями, изменение места жительства, режима, предъявляемых требований негативно сказывается на психологическом здоровье детей. Они вынуждены адаптироваться к новым условиям жизнедеятельности.

Под социальной адаптацией детей, нуждающихся в государственной поддержке (далее воспитанники детского социального приюта) понимается успешное усвоение ими своих социальных ролей в системе общественных отношений. Успешность адаптации таких детей зависит, прежде всего, от их индивидуально-типологических особенностей, сформированности определенных умений, а также тех условий, в которых они растут, воспитываются и обучаются. Все это позволяет сделать вывод о том, что для детей из неблагополучных семей, эта жизненная ситуация является стрессовой. Дети в состоянии стресса тяжело адаптируются к новым условиям.

Социальную работу с детьми находящимися в социальном приюте необходимо строить с учетом следующих правил: нельзя полностью разрушать связь ребенка с его домом; вера в то, что ребенок забудет свой дом и начнет жить сначала, если его куда-нибудь переместить и предоставить ему хорошие условия, – эта вера неоправданна; ни пребывание в чужой семье, не детское учреждение не могут дать ребенку необходимой ему любви и заботы; ее всегда будет не хватать.

Дети из неблагополучных семей, попавшие в приют, отличаются несформированностью коммуникативных навыков, снижением эмоционального тонуса, повышенной импульсивностью. Поэтому при организации коррекционно-развивающей работы с детьми в условиях детского социального приюта необходимо учитывать то, что каждый ребенок имеет свои проблемные зоны и свои ресурсы, у каждого уже есть определенные интересы и предпочтения, которые и определяют конкретные формы работы с ребенком.

В зависимости от возраста ребенка и характера дезадаптации могут использоваться самые различные формы психологической работы. Так с детьми дошкольного и младшего школьного возраста работу эффективнее вести через эмоциональную сферу с помощью игры, изобразительной деятельности, драматизации. Для них важно развитие познавательных функций, восприятия, произвольности. По мере взросления все большее значение приобретают социальные отношения со сверстниками и взрослыми. При работе с подростками, когда ведущую роль приобретает мнение сверстников, наиболее эффективной формой работы становится групповой тренинг, в ходе которого подросток имеет возможность в безопасной ситуации пробовать новые формы поведения, разобраться в своих собственных чувствах и научиться понимать других. В это же время становится возможной индивидуальная работа в виде психологической консультации (терапевтическая беседа).

Для работы с детьми, нуждающимися в государственной поддержке, наиболее эффективными являются креативные методы: арт-терапия, сказкотерапия, игротерапия и песочная терапия.

Роль воспитателя в процессе реабилитации несовершеннолетнего воспитанника социального приюта определяется не только отслеживанием режимных моментов в жизни ребенка, но и обязывает педагога находить оптимальные пути вовлечения его в процесс социализации. Педагогам в своей работе нужно уделять внимание таким понятиям, как любовь, ответственность, долг, милосердие, сострадание.

Целесообразно использовать различные формы работы с детьми: общественно-полезный труд, самообслуживание, чтение художественной и познавательной литературы, просмотр телепередач, экскурсии, целевые прогулки, познавательно-развивающие игры, конкурсы, продуктивная деятельность (лепка, аппликация, рисование, конструирование), праздники.

Таким образом, необходимо отметить, что изоляция от семьи, адаптация к новым условиям – период жизненного кризиса для каждого ребенка. Очевидно, что детям, нуждающимся в государственной поддержке, необходима разносторонняя социально-психологическая помощь, которая должна оказываться до их поступления в детский социальный приют, в момент приема ребенка в данное учреждение и в процессе их адаптации к новым условиям и образу жизни в социальном приюте.

Основой работы с семьей является «Индивидуальный план реабилитации семьи воспитанника социального приюта» (ИПР), в котором должны быть прописаны мероприятия, сроки реализации, ответственное лицо и предполагаемый результат. Необходимо отметить, что в работе специалистов приюта с родителями воспитанников реализуются те же технологии и методики, применяются те же организационно-содержательные формы работы, как и с неблагополучными семьями, но с учетом условий, задач и специфики социального приюта.

Работа с родителями должна строиться на основе следующих принципов:

1. Признание права на воспитание ребенка в биологической семье: приоритет воссоединения кровной семьи перед поиском «замещающей».
2. Приоритет наилучшему обеспечению интересов ребенка.
3. Субъект-субъектное взаимодействие (максимально возможное) с биологическими родителями ребенка.
4. Межведомственный подход в реабилитации и воссоединении семьи.

Как показывает практика, злоупотребление родителями спиртных напитков является основной причиной семейного неблагополучия. При работе сотрудников приюта по устранению этого негативного фактора в комплексной программе реабилитации семьи предусматривается консультирование родителей у врача-нарколога, а затем, по необходимости, и лечение от алкогольной зависимости. Также эффективными являются индивидуальные беседы по проблемам воспитания детей, родительские лектории, а также специально разработанные тренинги для родителей; привлечение к совместной деятельности, творчеству.

Однако при внедрении разнообразных инновационных форм работы специалистам необходимо помнить о том, что только именно от того, насколько сами родители заинтересованы в возвращении своих детей в семью, зависит успех и результат реабилитационной деятельности социально-педагогических учреждений. Таким образом, главная цель в работе с неблагополучной семьей – восстановить воспитательный потенциал семьи, обучить родителей использовать ресурсы семьи и ее окружения, воссоздать социальную сеть семьи, то есть восстановить систему отношений семьи с родными, соседями, учреждениями, обществом, расширение пределов, в которых они действуют.

Зачастую семья, находящаяся в социально опасном положении, не может самостоятельно справиться с проблемами, поэтому столь острой предстала востребованность в учреждениях и специалистах, призванных заниматься проблемами семьи. Ранее выявление семейного неблагополучия, своевременный анализ причин нахождения семьи в социально опасном положении, четкое разграничение обязанностей различных служб и ведомств по реализации комплексной программы реабилитации семьи выступает как мощный фактор в устранении семейного неблагополучия.

УДК 364.3

Туул В, Дашдулам Ц.
Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПО ОДНОРАНГОВЫМ ДАВЛЕНИЯМ, КОТОРЫЙ БЫЛ СДЕЛАН НА ДЕСИТИКЛАСНИКАХ

Tuul.B. Dashdulam.Ts.
Mongolian National University of Medical Sciences, Mongolia

THE RESULT OF SURVEY FOR THE PEER PRESSURES, WHICH WAS MADE AMONG THE 10TH GRADE STUDENTS OF GENERAL EDUCATION

Background: *In the recent society, the pressures are among the students of general education, which is being conducted wrong habits and behavior for them as well as limited their view, made incurious things, completed their liberty.*

If we introduce to solve problem early, how escape appropriate from their problems and how explain it to whom, when the hard time with problem, we will keep their life and liberty from the pressures.

Keywords: *Peer pressure, suburban, student, survey.*

Purpose: To discover the peer pressures, that students of general education are under the threat of the peer.

Objectives:

1. The survey is made incidentally for the 10th grade students of general education.
2. The survey is integrated and assessed, based on the advice is given in accordance with how overcome adversity by right way, to determine faced matter, to make right a resolution.

Methods: The survey was determined by method of descriptive through using question paper which was made in total 240 students between 14 and 16 ages and 120 students of the 10th grade of 2 secondary schools in suburban and 120 students of the 10th grade of 2 secondary schools in city centre.

Results: They know what the peer pressures: There are discrimination, denigration, defamation and to require using tobacco and alcohol, to do undesirable things, to frighten, to get in a depressed mood, to enforce a personal opinion, to damage a body, to claim the money.

There are following results: 41.7 % of the 10th grade students of general education in city center and 38,1% in suburban are pressurized. Their 50,4% in city centre and 66,1% in suburban can take to protect themselves, when they are in the pressures but 14.7% in suburban and 12,1% in city centre can't take protect themselves as well as 18.2% in city centre and 19.1% in suburban use alcohol and tobacco as a their own request, 2,6 % in city centre and 6,9% in suburban use it as an others' pressures then 79,2% in city centre and 74,1% in suburban never use it.

There are that shows: Their 9,5% in city centre and 6% in suburban are in family pressures, 9,5% in city centre and 16,5% in suburban are in their friends pressure, 66,0% in city centre and 51,3% in suburban are in students pressure who are higher grade than them, 38,2% in city centre and 44,3% in suburban are in adults pressure who has big build, 8,6% in city centre and 16,5% in suburban are in their classmate pressure, 16,5% in city centre and 28,5% in suburban are in the pressure of other schools student, 13,9% in city centre and 31,3% in suburban are in the pressure of threatening children who are near their home as soon as 14,7% in city centre and 23,4% in suburban never get in the pressure. Their 33,2% in city centre and 27,8% in suburban are pressurized by their family. 54,7% in city centre and 39,3% in suburban are in financial pressure, 17,8% in city centre and 18,2% in suburban are in material things pressure, 58,2% in city centre and 53,9% in suburban are in psychological pressure, 27,8% in city centre and 26,1% in suburban are in body pressure but 6,0% in city centre and 2,9% in suburban are in over sexual pressure.

Cause of anyone's pressure, students were gotten in these conditions that their 14,7% in city centre and 32,1% in suburban don't want to attend in their course and 20,0% in city centre and 6% in the suburban wouldn't say their own opinion, 0,8% in city centre and 3,1% in suburban choose thief's way, 0,8% in city centre and 3,4% in suburban rob other people, 2,6% in city centre and 14,7% in suburban smoke tobacco, 3,4% in city centre and 6,9% in suburban use alcohol. Their 4,3% in city centre and 8,6% in suburban are pressurized by other people, 13,9% in city centre and 13,9% in suburban lie as well as 27,8% in city centre and 20,8% in suburban aren't pressurized. There are that results: Students' 21,7% in city centre and 20,8% in suburban say that they are pressurized by anyone but 65,2% in city centre and 70,2% in suburban don't say about it. They damage other people incidentally or purposely in accordance with the others' wrong behaviors and habits. For example: Their 33,0% in city centre and 28,6% in suburban pressurize other students as well as 66,9% in city centre and 71,3% in suburban don't pressurize others.

Conclusions:

In total 39,9% of the students are pressurized by other people.Their 10.6% are affected in the wrong behavior and habit from the pressures and 20,1% began using alcohol and tobacco.

Their 58,2% can protect themselves when they are in the pressure. When they had any problem, 43,9% of them say about it for their family and 38,2% of them say about it for their friends. Their 58,6% are pressurized by students who are higher grade than them, therefore 56,8% get in psychological pressure, 47% in financial pressure and 26,9% in body pressure. They had following wrong habits and behaviors: Their 23,4% % don't want to attend in their course and 16% couldn't express their own opinion , 19,5% begin to burgle, 2,1% rob any things of other people, 17,3% smoke tobacco, 5,15% use alcohol, 6,45% are pressurized, 13,9% lie to somebody from these pressures. Their 67,7% don't say that they had in the pressures and 13,1% don't know to express it to whom.

УДК 378.046.4:616-08-039.75

Турчина Ж.Е., Вахрушева Н.П., Шарова О.Я.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ДЛЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ»

В статье рассматриваются инновационные подходы в подготовке кадров для преподавания дисциплины «Паллиативная помощь». Паллиативная помощь - это неотъемлемая часть медико - социальной помощи инкурабельным больным. Данная дисциплина преподаётся студентам бакалаврам «Социальная работа» в медицинских вузах, что и определяет актуальность данной проблемы.

Ключевые слова: *паллиативная помощь, хоспис, боль, программа обучения.*

Turchina J. E., Vakhrusheva N. P., Sharova O. I.
Krasnoyarsk state medical University. Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

INNOVATIVE APPROACHES IN TRAINING FOR TEACHING THE DISCIPLINE "PALLIATIVE CARE"

The article discusses innovative approaches to training for teaching the discipline "Palliative care". Palliative care is an integral part of medico - social assistance for the incurable patients. This discipline is taught to the students of bachelors in Social work in medical schools, and this determines the urgency of this problem.

Keywords: *palliative care, hospice, pain, program*

Количество людей, нуждающихся в паллиативной помощи, в современном мире неизменно увеличивается. Бурное развитие паллиативной медицины в наше время связано с общекультурными и собственно медицинскими причинами. Среди этих причин: увеличение продолжительности жизни, что влечет за собой проблему ухода за пожилыми и престарелыми, возрастание частоты онкологической заболеваемости, неуклонный рост ВИЧ - инфицированных и, следовательно, больных СПИДОМ, рост других социально -

значимых и обусловленных болезней, требующих решения вопросов об улучшении качества жизни, достойного ухода из жизни и соблюдении прав человека в современном мире.

Паллиативная помощь (ПП) - направление медико - социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного (уносящего жизнь) заболевания. Для оказания высококвалифицированной и эффективной паллиативной помощи требуется комплексная работа целой бригады специалистов: прежде всего, совместная работа врача и медицинской сестры, которые имеют специальную подготовку в этой области, а также психологов, социальных работников, священников, волонтёров, родных и близких больного. Актуальным является также и подготовка кадров для преподавания данной дисциплины в системе высшего образования.

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (институт профессионального образования, кафедра медико-социальной экспертизы и поликлинической терапии) совместно с Минздравом РФ с 10.12.15-16.12.15 организовали обучение по программе дополнительного профессионального образования по специальности «Актуальные вопросы преподавания паллиативной помощи», продолжительность обучения составляла 36 часов. Слушателями данного мероприятия были врачи-онкологи, врачи-терапевты, преподаватели медицинских вузов РФ, в целом было представлено из 46 субъектов РФ. Из г. Красноярска приняли участие в обучении 2 сотрудника кафедры Сестринского дела и клинического ухода КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого: к.м.н. асс. Иванов В.Г. и завуч кафедры, асс. Вахрушева Н.П. На данной кафедре проходят обучение студенты НП - Социальная работа, дисциплина «Паллиативная помощь», очное и заочное обучение.

По данным организаторов, актуальность темы обусловлена тем, что в новом Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная помощь признана одним из основных видов медицинской помощи, оказываемой населению. Завершается подготовка Порядков оказания паллиативной помощи взрослому населению и детям [2]. Таким образом, в стране на самом высоком уровне поставлена задача развития паллиативной медицинской помощи в регионах.

На семинарских занятиях были рассмотрены такие важные вопросы, как основные положения паллиативной помощи, и купирование болевого синдрома у инкурабельных онкологических больных. Практические занятия проходили на базе первого Московского хосписа имени В.В. Миллионщиковой. Одной из приоритетных задач в области медицины на сегодняшний день, является решение проблем возрастающего числа больных, нуждающихся в паллиативном лечении. Это обусловлено изменением демографической ситуации в сторону постарения населения, структуры заболеваемости и уровнем смертности, в том числе, от онкологических заболеваний. Согласно статистическим данным, в Российской Федерации ежегодно заболевают онкологическими заболеваниями 500 тысяч человек. Более 350 тысяч онкологических больных умирает, из них 75% нуждаются в оказании паллиативной помощи. Исходя из этих данных, появилась большая потребность обучение студентов медицинских вузов, которые бы владели профессионально навыками оказания паллиативной помощи.

Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи (ПП): ПП требует координированной работы высококвалифицированной междисциплинарной и мульти профессиональной команды [1]. Программы образования по ПП должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников.

Основные темы образовательной программы:

1. Принципы и практика паллиативной помощи
2.Этические вопросы в ПП.
3.Боль.
4.Симптоматическая терапия.
5.Психологическая помощь.
6.Вопросы организации ПП.

Для обучения специалистов в области ПП предлагается трехступенчатая система, согласно которой все медицинские работники в рамках своего основного образования изучают принципы и овладевают навыками оказания ПП, а затем если оказание ПП становится основным направлением их работы, изучают эту дисциплину более подробно уже как специалисты по паллиативной помощи.

Цель: проведение обучения, которое позволит студентам совершенствовать свое профессиональное поведение, когнитивно - дидактические функции, знания и навыки, необходимые для осуществления эффективной и сострадательной паллиативной помощи.

Задачи: показать, что процесс лечения — это не только диагностические исследования и лечебные процедуры; при оказании медицинской помощи пациент должен рассматриваться как единое целое, то есть лечить следует больного, а не болезнь.

Программа обучения: Основы паллиативной помощи (5%), Купирование боли и симптоматическая терапия (50%), Психосоциальные и духовные аспекты (20%), Этические и юридические вопросы (5%), Общение (15%), Командная работа и само рефлексия (5%).

Предлагаемый учебный план включает минимальный объем знаний и навыков, которые студент-медик должен освоить во время получения высшего образования [1,3]. Из вышеперечисленной информации видно, что купирование боли и симптоматическая терапия занимает более 50% учебного времени (часов), и соответственно на этих разделах необходимо остановится более подробно.

Выводы:

1. Таким образом, чтобы уметь применять всю методологию для лечения хронической боли, врачам нужно учиться. Еще в 1999 г. при кафедре онкологии Первого медицинского университета им. И.М. Сеченова был открыт курс паллиативной помощи онкологическим больным, на котором было подготовлено свыше 1400 специалистов, а с 2013 г. кадры готовит кафедра паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова – около 400 врачей в год.

2.В России около 1 миллиона пациентов нуждаются в паллиативной медицинской помощи. Теперь этот вид помощи получил законодательную поддержку – паллиативная медицинская помощь включена в программу государственных гарантий.

3.Решение проблемы адекватного обезболивания улучшит качество жизни пациентов, и будет положительно влиять на продолжительность жизни пациентов. 2015 год стал переломным для организации эффективной системы паллиативной медицинской помощи, и дело чести медиков справиться с этой непростой ситуацией.

Список литературы:

1.Белая книга: стандарты и нормы хосписносной и паллиативной помощи в Европе [Электронный ресурс] URL: http:// eapcnet.eu/ LinkClick.aspx? fileticket=N1uAGD7xuHY (дата обращения 04.10.2016).

2. Закон РЗ ст.36 ФЗ от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [Электронный ресурс] URL: http://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html (дата обращения 04.10.2016).

3. И.В. Крупнова, О.А. Константинова. Контроль за порядком назначения и выписывания наркотических средств в целях обезболивания // Вестник Росздравнадзора: научный журнал 2015 № 4 [Электронный ресурс] URL: http://www.patients.ru/media/89001/vr-04-2015-press.pdf (дата обращения 04.10.2016).

УДК 378.147:616-039.75

Турчина Ж.Е., Осипова Н.М., Ноздрина С.Н.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Федеральный сибирский научно-клинический центр ФМБА, г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ» В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

В статье рассматриваются актуальные вопросы преподавания дисциплины «Паллиативная помощь» студентам бакалаврам направления подготовки – Социальная работа в медицинском университете. Основной целью изучения» данной учебной дисциплины состоит в обучении будущего социального работника знаниям основ социальной работы в области паллиативной помощи, освоении технологий медико-социальной работы с инкурабельными пациентами и членами их семей.

Ключевые слова: *паллиативная помощь, социальная работа, обучение.*

Turchina J. E., Osipova N. M., Nozdrina S. N.
Krasnoyarsk state medical University. Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Siberian Federal scientific-clinical center FMB, Krasnoyarsk, Russia.

TOPICAL ISSUES OF TEACHING OF DISCIPLINE "PALLIATIVE CARE" IN THE PREPARATION OF BACHELORS IN SOCIAL WORK AT THE MEDICAL UNIVERSITY

The article deals with topical issues of teaching of discipline "Palliative care" for the students of the bachelors in the field of Social work at the medical University. The main purpose of the study" this discipline is to train future social worker knowledge of the foundations of social work in palliative care, utilization of medical social work with incurable patients and their families.

Keywords: *palliative care, social work, training.*

В современных условиях усугубления социальных проблем в России, ухудшения показателей здоровья подрастающего поколения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Необходимость подготовки таких специалистов определена нерешенностью ряда ключевых вопросов, связанных с организацией социальной работы в системе здравоохранения: в амбулаторном лечении, диспансерном наблюдении, обслуживании на дому, патронаже и консультировании по социальным вопросам, определения маршрутизации пациента, организации паллиативной помощи [2].

Цель изучения учебной дисциплины «Паллиативная помощь» состоит в обучении будущего социального работника знаниям основ социальной работы в области паллиативной помощи, ознакомлении с принципами организации паллиативной помощи и освоении технологий медико-социальной работы с инкурабельными пациентами и членами их семей. При этом задачами освоения учебной дисциплины являются: овладеть клиническими и организационными принципами паллиативной помощи; изучить особенности паллиативной помощи в педиатрии, нормативно-правовую базу организации и осуществления паллиативной помощи [3].

Разделы изучаемой дисциплины согласно рабочей программы по ФГОС ВО 39.03.02 - Социальная работа (очное, высшее образование, 4.0) : «Организация паллиативной помощи в России», «Частные методики и технологии в паллиативной помощи», «Биоэтические аспекты паллиативной помощи», «Общество и паллиативная помощь». Аудиторная работа составляет 56 часов: 24 час. лекции, 32 час. практические занятия.

В рамках изучения дисциплины «Паллиативная помощь» обучение студентов проводится на лекциях, аудиторных практических занятиях, а также в результате самостоятельного изучения отдельных тем. Занятия проводятся с использованием следующих методов обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения, исследовательский. В рамках изучения дисциплины проводятся следующие разновидности лекций: лекция-беседа, лекция-дискуссия, лекция с разбором конкретных ситуаций. Проводятся следующие разновидности аудиторных практических занятия: дискуссия, демонстрация, экскурсия, анализ проблемных ситуаций. Внеаудиторная (самостоятельная) работа обучающихся включает следующие виды учебной деятельности: решение тестов и задач, подготовка ответов на вопросы, подготовка презентаций, рефератов [1].

Вот уже как 3 года наша кафедра - кафедра СД и клинического ухода (СД и КУ) КрасГМУ сотрудничает с хосписным отделением МБУЗ «Городская больница № 2» г. Красноярска и учреждением социального типа «Красноярский Дом-интернат № 2 для ветеранов войны и труда». На их базе готовятся бакалавры по социальной работе, осваивая дисциплину «Паллиативная помощь». Результат данного сотрудничества – улучшение качества жизни пациентов в данных заведениях; привлечение внимания будущих социальных работников к проблемам оказания паллиативной помощи в Красноярском крае. Освоение рабочей программы и закрепление практических навыков студентами КрасГМУ, развитие чувства профессионального долга, ответственности, сострадания и милосердия, готовности ставить интересы инкурабельных пациентов превыше своих по девизом: «Добро начинается с тебя!».

Вопросы оказания паллиативной помощи в Российской Федерации на данный момент тема достаточна актуальная; Сибирский федеральный округ (СФО), а именно г. Новосибирск становится центром в Сибири проведения Международных конференций по паллиативной помощи (май 2015, 2016 гг.), выступления с докладами на различные значимые темы в данной области, а также проведение мастер-классов по уходу за инкурабельными больными (Москва, Германия, Польша и др.). В 2015 г. участниками данной конференции от нашего медицинского университета были Турчина Ж.Е., Селютина Г.В., а в 2016 г. студенты, занимающиеся в студенческом научном обществе – Либанова В., Сулейманова С. Интерес к участию в данной конференции был вызван тем, что данные студентки в ходе учебных занятий по циклу "Основы клинического ухода" занимались в СНО кафедры "Медицинский уход и реабилитология" и выступили с докладами " Организация паллиативной помощи в Европе" и "Биоэтические аспекты оказания паллиативной помощи в Европе" на вузовских межкафедральных конференциях: "Актуальные вопросы паллиативной помощи на современном этапе" и" Социально-философские проблемы биоэтики" (науч. рук. доц. Турчина Ж.Е.), и решили далее "пополнить " свои знания по достаточно "грустной", но очень нужной на современном этапе теме («Паллиативная помощь») на международной конференции в г. Новосибирске. Участники конференции : учёные, врачи, медицинские сестры и сестры милосердия, организаторы ухода за больными, специалисты по социальной работе, студенты обменялись своим опытом и обсудили вопросы организации ухода в стационаре и на дому, духовной поддержки и психологической помощи, общения с пациентом и его родственниками, формирования жизненного пространства пациента, обучения технологиям ухода за больными, применения современных средств ухода и реабилитации.

Организаторы конференции: Министерство здравоохранения Новосибирской области Министерство социального развития Новосибирской области Епархиальный Дом Милосердия, г. Новосибирск ННИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н.Мешалкина Университет прикладных наук г. Йены, Германия Институт развития организаций, г. Йена, Германия Европейский Центр Долгосрочной Опеки при поддержке TZMO SA.

5 марта 2016 г. в КрасГМУ в рамках преподавания учебной дисциплины "Паллиативная помощь" у студентов НП - Социальная работа состоялась внутривузовская учебно-практическая конференция "Актуальные вопросы паллиативной помоши", посвящённая 20-летию образования кафедры СД и клинического ухода. Организаторы конференции: кафедры СД и КУ (зав.каф. доц. Турчина Ж.Е.), ОНП - Социальная работа (руководитель доц. Тихонова Н.В.), фармацевтический колледж (руководитель Селютина Г.В.). Участники конференции: студенты 1 - 4 курсов очного и заочного обучения ОПН - Социальная работа, студенты ФФМО, фармацевтического колледжа отделения «Сестринское дело», сотрудники кафедр, представители практического здравоохранения и социальной защиты.

На учебно-практической конференции было представлено 13 докладов на актуальные темы паллиативной помощи: «Организация работы хосписов в России и за рубежом»; «Волонтёрское движение»; «Организация паллиативной помощи взрослому населению и детскому контингенту в России и за рубежом»; «Эвтаназия» и др., из них 6 докладов были студенческих. Хочется отметить, что все доклады были выполнены с хорошим творческим потенциалом, красивые презентации, видеофильмы. В дискуссии приняли участие представители учреждений Социальной защиты, которые отметили актуальность представленных докладов, а также высказали предложения на

дальнейшее сотрудничество. 22.11.16 сотрудники кафедры СД и КУ проводят конференцию для среднего медицинского персонала в Федеральном сибирском научно-клиническом центр ФМБА Россия.

Список литературы:

1.Опыт преподавания дисциплин медико-социального направления в подготовке бакалавров по социальной работе [Электронный ресурс] / Ж.Е. Турчина [и др.] // Медицина и образование в Сибири.-2015.-№3, Новосибирск.http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1716 (дата обращения: 07.11.2016).

2.Тихонова Н.В. Особенности формирования профиля «медико-социальная работа с населением» в подготовке бакалавра социальной работы с высшим образованием в КрасГМУ// Сборник научных трудов «Вузовская педагогика». - Красноярск, 2014.- С.61- 64.

3.Турчина Ж.Е. Оптимизация учебного процесса на клинической кафедре медицинского вуза в связи с переходом на ФГОС ВПО [Электронный ресурс] / Ж. Е. Турчина // Медицина и образование в Сибири.-2013.-№3, Новосибирск. http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=989 (дата обращения: 07.11.2016).

УДК 378.046.4

Тюрикова Г.Н., Соколова О.В., Гнездилова И.Ю.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, г. Орел, Россия

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРАСПЕЦИАЛИСТА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: СПЕЦИФИКА И СОДЕРЖАНИЕ

В статье рассматриваются вопросы профессиональной культуры специалиста социальной сферы пенитенциарного учреждения, его отношение к эффективности профессиональной деятельности и своему профессиональному росту.

***Ключевые слова**: профессиональная культура, пенитенциарная система, социальная работа, эффективность профессиональной деятельности, профессиональный рост, профессиональные нормы, компетенции.*

TurikovaG.N., Sokolova O.V., Gnezdilova I.U

Orel State University of IS Turgenev, Orel, Russia

PROFESSIONAL CULTURE OF THE SPECIALIST IN THE PENITENTIARY INSTITUTIONS: SPECIFIC AND CONTENT

The article deals with the problems of professional culture of the specialist in the penitentiary institutions; the relation of the expert to the effectiveness of professional activity and their professional competence.

***Key words**: professional culture, penitentiary institutions, effectiveness of professional activity, professional competence, professional standards.*

В настоящее время культура рассматривается как универсальная форма реализации сущностных сил личности, как творческая созидательная деятельность. Вместе с тем, она представляет собой нормативные требования к любому виду деятельности человека, поэтому существует столько видов культуры, сколько существует видов самой человеческой деятельности [1]. Из множества видов культуры особое место занимает культура личности.

По мнению Л.В. Мардахаева, любого человека характеризует общая культура личности, под которой понимается усвоенный и повседневно проявляемый человеком сложившийся и признаваемый в конкретной среде жизнедеятельности, опыт его поведения, отношений, общения [3].

Составной частью общей культуры, как считает Л.В. Мардахаев, является профессиональная культура личности. Профессия как социально-культурное явление обладает сложной структурой. В структуру профессии включены предмет, средства и результат профессиональной деятельности, а также цели, ценности, нормы, технологии, образцы и идеалы. Профессиональная культура может проявляться на различных уровнях. Высокий уровень ее проявления характеризуется хорошо развитой способностью к решению профессиональных задач, что подразумевает развитые профессиональные мышление и сознание. Профессиональная культура как системное образование представляет собой единство профессиональных ценностей, технологий, сущностных сил личности, направленных на творческую реализацию в разнообразных видах профессиональной деятельности. [1,2].

Профессиональная культура специалиста социальной сферы в пенитенциарном учреждении также включает в себя совокупность взаимосвязанных личностных качеств, профессионально-исследовательских знаний, навыков и профессиональных характеристик деятельности специалиста, которые складываются в процессе профессиональной подготовки в вузе, развиваются в системе послевузовского образования, самообразования специалиста и проявляются повседневно. Проявление профессиональной культуры во многом зависит от профессиональной подготовки специалиста, отсформированности базовых (общекультурных и профессиональных) компетенций. Эти компетенции как основа профессиональной культуры закладываются в вузе, а в дальнейшем развиваются и совершенствуются в процессе приобретения профессионального опыта, повышения квалификации, самообразования.

Профессиональная культура специалиста социальной сферы в пенитенциарном учреждении - это качественная характеристика личности специалиста, осознающего свою роль в системе пенитенциарной социальной работы, владеющего основами профессиональной деятельности и обладающего способностью и готовностью реализовать себя в работе со специфическим контингентом учреждения в соответствии с профессионально-этическими нормами [5,6].

Профессионализм специалиста проявляется в его эффективной повседневной профессиональной деятельности, а эффективность его работы зависит от профессионального мастерства и профессиональной культуры.

Профессиональная культура специалиста социальной сферы пенитенциарного учреждения имеет внутреннюю и внешнюю составляющие.

Внутренняя культура определяет поведение личности в различных жизненных и профессиональных ситуациях. Ее основу составляют знания и умения, а также сформированные личностные установки, идеалы, потребности и мотивы, определяющие сферу и условия их повседневного проявления. Внутренняя культура специалиста имеет следующие уровни:

- индивидуально-личностный - определяетвнутреннее своеобразие личности специалиста, его индивидуально-психологические достоинствами и недостатками*;*
- чувственный (эмоциональный)-определяет эмоциональное отношение специалиста к контингенту пенитенциарного учреждения, социальной работеи ее результатам;
- теоретический (мировоззренческий) - определяет и показывает, какие знания усвоены специалистом и в какой степени они могут быть использованы в профессиональной деятельности.

Внешняя составляющая профессиональной культуры находит повседневное проявление в его отношении к осуждённым, к социальной работе, к результатам собственной профессиональной деятельности. Она включает:

- личностный уровень - внешние достоинства и недостаткиспециалиста как человека;
- коммуникативно-поведенческий уровень - характеризует повседневное проявление специалиста в общении с коллегами, осуждёнными и другими субъектами профессиональной деятельности.;
- профессионально-прикладной уровень-показывает степень овладения специалистом реальным опытом в понимании и разрешении актуальных социальных проблем, возможности специалиста в работе с контингентом учреждения и определяет, таким образом, результативность профессиональной деятельности;
- уровень внешнего отношенияхарактеризует отношение специалиста к объектам социальной работы в пенитенциарном учреждении, особенности взаимодействия с другими людьми. [4].

По своей сути внутренняя профессиональная культура специалиста социальной сферы в пенитенциарном учреждении есть накопленный им социальный и профессиональный опыт и сформированное отношение (эмоционально-чувственное) к собственному опыту. Это индивидуальный стиль профессиональной деятельности специалиста.

Специалисткак человек и как личность является носителем и воплощением реальной профессиональной культуры.

Личный профессиональный опыт как основа, стержень профессиональной культуры, включает такие его составляющие, как: личность самого социального работника пенитенциарного учреждения, его теоретический и практический профессиональный опыт, личностные качества.

Теоретический профессиональный опыт – это правовые, психолого-педагогические, социальные, профессионально-прикладные знания (знание технологий социальной работы в пенитенциарных учреждениях), которые необходимы специалисту для квалифицированной деятельности [4].

Практический профессиональный опыт включает усвоенные умения и навыки, закреплённые на практике и применяемые при решении профессиональных задач. Это своеобразный «интеллектуальный капитал», который накоплен самим специалистом, и который находится в постоянной динамике, «инвестируясь» в личностное и профессиональное развитие специалиста.[4]. Содержание практического профессионального опыта включает: уровень владения специалистом искусством профессиональной деятельности (профессиональное мастерство); развитие профессионально важных личностных качеств, позволяющих специалисту наиболее полно реализовать профессиональное мастерство в интересах эффективности профессиональной деятельности.

Профессиональное мастерство складывается из владения социально-психологическими технологиями, методами, и методиками, а также средствами и приёмами развития у специалиста социально-педагогической техники – самоуправления; вербального и невербального, непосредственного и опосредованного воздействия на человека; культуры общения; культуры речи.

Профессионально-важные качества составляют основу индивидуального своеобразия специалиста, которое повседневно проявляется в процессе его профессиональной деятельности, и определяют его индивидуальный профессиональный стиль.

Таким образом, профессиональная культура специалиста социальной сферы пенитенциарного учреждения включает в себя профессиональные знания, опыт и стремление к их постоянному совершенствованию; обеспечивает взаимосвязь процессуальности и стремления к профессиональному творчеству, а также умение выделять совокупность методологических идей, направленных на решение проблем человека и общества.

Список литературы:

1. Исаев В. Ф. Профессионально-педагогическая культура преподавателя: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. С.208.
2. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: Учебник. — М.: Гардарики, 2005.С.269.
3. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика:учебник для студ. высш. учеб.заведений. – М.:ИздательствоРГСУ:Издательство «Омега-Л», 2013. С.416. – (Социальное образование XXI века)
4. Морева Н.А. Основы педагогического мастерства: Учеб.пособие для вузов - М.: Просвещение, 2006. С.320.
5. ТюриковаГ.Н., Филатова О.В, Гнездилова И.Ю. Современное состояние и перспективы развития профессионального образования специалистов в области социальной работы в пенитенциарных учреждениях России //Ученые записки Орловского государственного университета. Научный журнал №2(58), Орел, 2014г., серия «Гуманитарные и социальные науки», С.370-374.
6. Филатова О.В., Гнездилова И.Ю. Некоторые аспекты профессиональной подготовки кадров для социально-педагогической работы в пенитенциарных учреждениях в контексте компетентностного подхода//Учёные записки Орловского государственного университета. Научный журнал №6, Орёл-2011, С.471-476

УДК 376.37

Уварова Д.А., Урбанаева Е.Г.

Иркутский национальный исследовательский технический университет, г. Иркутск, Россия

ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ДАУНА В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ

В данной статье рассмотрены различные виды помощи и поддержки детей с синдромом Дауна в получении общеобразовательных услуг, показана деятельность организаций г. Иркутска, оказывающих данные виды помощи.

Ключевые слова: *синдром Дауна, обучение, общественные организации, лекотека, иппотерапия*

Uvarova D.A., Urbanaeva E.G.

Irkutsk National Reseach Technical University, Irkutsk, Russia

GENERAL EDUCATION SERVICES TO CHILDREN WITH DOWN SYNDROM IN IRKUTSK

This article describes the various types of aid and sub-delay of children with Down's syndrome to obtain comprehensive services, shows the activities of organizations of Irkutsk providing these types of services.

Keywords: *Down syndrome, education, civil society organizations, Lekoteka, hippotherapy.*

Синдром Дауна является одной из самой распространенной хромосомной патологии в России. По данным фонда «Даунсайд Ап» в Российской Федерации ежегодно рождается около 2500 детей с синдромом Дауна [7]. В нашей стране существует проблема с социализацией таких детей и их интеграцией в наше общество из-за недоступности многих социальных услуг, в том числе образовательных. В данной статье представлен опыт общественных и государственных организаций города Иркутска в оказании образовательных услуг для детей с синдромом Дауна, а также раскрыты основные направления их деятельности.

При диагнозе синдром Дауна развитие ребенка имеет свои особенности: речь появляется поздно и остается недоразвитой на протяжении всей жизни, понимание речи дается с трудом, словарный запас весьма скромный, часто наблюдаются звукопроизношения в виде дислалии или дизартрии. Подобные сложности в освоении речи обусловлены снижением остроты слуха, маленькой полостью рта, пониженным мышечным тонусом. Больные с трудом могут распознать свои ощущения, плохо представляя, куда необходимо поместить язык для произношения звуков. Зрительное восприятие у детей с таким диагнозом также развито неполноценно. Маленькие пациенты предпочитают избегать сложных изобразительных конфигураций и фиксируют свое внимание, как правило, лишь на единичных зрительных образах. Дети не в состоянии искать и находить детали, внимательно рассматривать конкретные предметы.

Поэтому детям необходимы особые методики обучения, которые были бы им под силу. Основной дидактический принцип обучения таких пациентов – комплексное задействование различных каналов восприятия (органов чувств) [5].

Малыши-дауны могут стать учащимися дошкольного учреждения компенсирующего вида, в котором создаются специальные условия для нормального функционирования ребенка. Например, в сентябре 2016 года на базе детского сада № 100 города Иркутска открылся центр «Лекотека». Лекотека – система психолого-психологического сопровождения семей, которые воспитывают детей с проблемами развития [6]. Основной метод воспитания и обучения данной системы – игра. Например, здесь проводятся занятия по керамике, в процессе которых у детей быстрее развивается мелкая моторика, что важно для развития малыша-дауна. Также есть кабинет театрализованной реабилитации, в котором дети создают театр своими руками, где они раскрывают свой творческий потенциал и снимают все психологические зажимы.

Одной из организаций, организующих работу с детьми-инвалидами является иркутская областная общественная некоммерческая организация инвалидов «Семейная усадьба» [1]. В рамках организации была основана особая школа, главное назначение которой подготовка детей к максимально возможной самостоятельной жизни. Большое внимание в школе уделяется адаптации детей и подростков: им прививают социальные и трудовые навыки, они получают понятие об окружающем мире, в особенной, адаптированной форме знакомятся с привычными всем школьными предметами. Здесь они познают себя, учатся навыкам общения и самообслуживания, трудятся и отдыхают, вместе с родителями и друзьями проводят праздники. В школе дети работают с деревом, воском, шерстью, глиной, рисуют, изучают основы народных ремесел.

Активную роль в формировании физического развития «солнечных детей» принимает конноспортивный комплекс «Фонд Тихомировых» [3]. Одним из видов деятельности фонда является адаптивный конный спорт, который направлен на физическое развитие людей с ограниченными возможностями здоровья. Посещая занятия иппотерапией, у всадника-инвалида работают практически все группы мышц. Это формирует динамический стереотип, который всадник-инвалид переносит из верховой езды в повседневную жизнь. Таким образом, многим детям удается заметно улучшить свое здоровье, а также они становятся морально устойчивыми людьми, они чувствуют себя увереннее в обществе и избавляются от комплекса неполноценности, что является огромным успехом иппотерапии.

Крупной организацией, предоставляющей поддержку детям с синдромом Дауна, является иркутская областная общественная организация родителей детей с ограниченными возможностями «Радуга» [2]. Эта организация объединяет родителей, в чьих семьях растут дети с синдром Дауна. Основными направлениями деятельности организации является социальная адаптация и реабилитация детей с синдромом Дауна, интеграция таких детей в общество, а также исполнение законодательства об оказании дошкольных и общеобразовательных услуг детям с синдромом Дауна. Организация сотрудничает с общественными объединениями, действующими в интересах детей-инвалидов, содействует «солнечным детям» в развитии творческих способностей, занятиях спортом, а также осуществляет программы по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации детей-инвалидов и проводит различные мероприятия такие как «День равных возможностей», благотворительный марафон «Спорт во благо».

Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» обеспечивает медицинскую, психологическую, психолого-педагогическую деятельность для детей с ограниченными возможностями здоровья [4]. Здесь созданы условия для комфортного прохождения реабилитации и лечения. Социально-психологической реабилитацией в Центре занимаются такие работники как логопеды, педагоги-психологи, учителя-дефектологи, преподаватели изобразительного искусства и декоративно-прикладного творчества, музыкальные руководители, инструкторы по труду, социальные педагоги. К каждому ребенку в процессе работы формируется и применяется индивидуальный подход в обучении, используя которые работники пытаются раскрыть внутренний потенциал своих «солнечных чад» и показать его обществу. Также здесь применяются такие технологии как «Снузлин» и лекотека. Социально-педагогическая реабилитация заключается в обучении навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, навыкам общения и другим формам жизнедеятельности.

В заключение необходимо отметить, что в Иркутске дети с синдромом Дауна находят помощь и поддержку, в которой они нуждаются. Разноплановая работа с детьми позволяет воспитывать всесторонне развитую личность, которая может правильно применять полученные знания и навыки, адекватно оценивать окружающую нас обстановку, хорошо адаптироваться к новым условиям жизни и которая, впоследствии, может найти свое место в жизни своей семьи, города, страны.

Список литературы:

1. Иркутская областная общественная организация инвалидов «Семейная усадьба» [Электронный ресурс] URL: http://sem-usadba.ru (дата обращения: 01.11.2016)
2. Иркутская областная общественная организация родителей детей с ограниченными возможностями «Радуга» [Электронный ресурс] URL: http://raduga-sd.ru (дата обращения: 03.11.2016)
3. Иркутский общественный благотворительный Фонд Тихомировых по реабилитации детей-инвалидов с помощью верховой езды [Электронный ресурс] URL: http://www.tihomirovy.com/?p=hippotherapie (дата обращения: 03.11.2016)
4. Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» [Электронный ресурс] URL: http://orc-irk.ru (дата обращения: 01.11.2016)
5. Особенности развития и обучения детей с синдромом Дауна [Электронный ресурс] URL: http://www.webkarapuz.ru/article/osobennosti-razvitiya-i-obucheniya-detey-s-sindromom-dauna (дата обращения: 01.11.2016)
6. Особенным детям – особенная забота [Электронный ресурс] URL: http://newsbabr.com/irk/?IDE=144268 (дата обращения: 01.11.2016)
7. Синдром Дауна: признаки, причины, статистика. Справка [Электронный ресурс] URL: https://ria.ru/disabled/20091124/195284093.html (дата обращения: 01.11.2016)

УДК 377.5

Урусова О.И.

Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, г. Гродно, Беларусь

НЕОБХОДИМОСТЬ И АКТУАЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ И (ИЛИ) ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

В статье рассматриваются вопросы формирования социального опыта у лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями посредством непрерывного образования. Определяется актуальность непрерывного образования для лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Ключевые слова: *непрерывное образование, социальный опыт, лица с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.*

Urusova O.I.

Hrodna State University, Grodno, Belarus

THE NECESSITY AND URGENCY OF CONTINUOUS EDUCATION FOR PERSONS WITH SEVER AND (OR) MULTIPLE PHYSICAL AND (OR) MENTAL DISORDERS

This article is devoted to the questions of the formation of social experience in patients with severe and (or) multiple physical and (or) mental disorders through continuing education. Determined by the continuous relevance of education for persons with severe and (or) multiple physical and (or) mental disorders.

Key words: *lifelong learning, social experience, individuals with severe and (or) multiple physical and (or) mental disorders.*

Обучение в течение всей жизни продиктовано требованиями жизни; это условие сохранения жизнеспособности, улучшения качества жизни и личностного развития. Непрерывное образование человека лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями (далее – ТМНР) нацелено, в первую очередь, на улучшение качества его жизни, овладение социальным опытом, преодоление социальной инвалидности. В процессе непрерывного образования решаются социальные и образовательно-воспитательные задачи: изменение общественного мнения, толерантности общества, социализация личности, формирование самокомпетенции у лиц с ТМНР.

В социальной психологии говорится, что социализация относится к процессам, посредством которых люди осваивают способы совместной жизни, эффективного взаимодействия друг с другом, «научаются эффективно участвовать в социальных группах» [6] и, следовательно, посредством и в результате которых они накапливают свой личный социальный опыт. Это «весь многогранный процесс усвоения опыта общественной жизни и общественных отношений» [6].

В педагогике решение социальных и образовательных задач посредством непрерывного образования можно рассматривать как смыслообразующие понятия. Специально организованная деятельность по передаче социального опыта, развитию коммуникации, социализации лиц с ТМНР – это суть педагогического процесса. Очень важно определить структуру и содержание непрерывного образования лиц с ТМНР, так как от этого зависит наполняемость содержания обучения и воспитания.

В п. 5 статьи 24 Конвенции о правах инвалидов Генеральной Ассамблеи ООН (указ № 401 Президента Республики Беларусь от 24.09.2015) обращают на себя особое внимание слова, а именно: Государства-участники обеспечивают, чтобы инвалиды могли иметь доступ к общему высшему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни…) [2].

Развитие системы непрерывного образования направлено на поддержку компетентностного развития личности с ТМНР, на реализацию Конвенции. Компетентностный подход в образовании лиц с ТМНР создает все необходимые условия для разностороннего развития личности с ТМНР, формирования компетенций и личностных качеств, позволяющих эффективно действовать в различных жизненных ситуациях. Концепция непрерывного образования основана на принципах непрерывности, гибкости, на реализации образования «не на всю жизнь, а через всю жизнь» [5].

Система непрерывного образования направлена на реализацию следующих функций:

– обеспечение адаптации человека с ТМНР к постоянно меняющимся условиям социальной среды путем предоставления возможностей организации индивидуальной образовательной траектории в течение всей жизни;

– укрепление, объединение образовательных ресурсов общества для использования образовательных средств для лиц с ТМНР;

– формирование образовательного социального партнерства как компонента гражданского общества с целью социализации лиц с ТМНР.

Непрерывное образование призвано установить более тесные связи с жизнью, проложить новые пути развития в области теории и методики обучения и воспитания лиц с ТМНР, обеспечить индивидуализацию обучения лиц с ТМНР, использовать новые технологии, наиболее перспективные технические средства.

Непрерывное образование является не только педагогической системой, характеризующейся определенными структурными особенностями, функциональными связями и технологиями обучения, но и специфической составной частью всего общества. Оно становится непрерывным, связанным с жизнью, а не просто окончательным, предписанным человеку в период его обучения в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации [4].

Развитие системы непрерывного образования позволяет создать все необходимые условия для обеспечения реакции системы образования на динамично изменяющиеся потребности личности, общества, экономики [4].

Непрерывное образование определяется как система жизнедеятельности человека, реализующая право гражданина на образование, обеспечивающее создание адаптивной коррекционно-развивающей среды, индивидуализированное по содержанию, времени, темпам, с учетом потребностей и возможностей лиц с ТМНР.

Актуальность его определяется правовой, политической, экономической и социальной необходимостью [3].

Целью непрерывного образования человека с ТМНР на протяжении всей жизни является постоянное развитие такого человека средствами социального образования в условиях коллективного сотрудничества и сопровождения другими людьми, предоставляющими среду для положительного подражания, что будет способствовать овладению социальным опытом, преодолению социальной инвалидности, улучшению качества его жизни в целом [3].

Таким образом, основными постулатами обучения в течение всей жизни человека с ТМНР являются:

1) создание образовательного пространства для образования и формирования социального опыта на протяжении всей жизни человека с ТМНР;

2) обеспечение свободы выбора места обучения на протяжении всей жизни;

3) равноправие в непрерывном образовании между представителями различных культур, национальностей, степенью выраженности психофизических нарушений;

4) способность к обучению независимо от степени выраженности психофизических нарушений, от содержания обучения и общих целей образования;

5) необязательность достижения конкретных образовательных целей при непрерывном образовании;

6) необязательность получения документа об образовании;

7) нацеленность образования на постоянный доступ к культуре в различных ее проявлениях, на возможность сформировать в человеке всеобъемлющее представление о мире и о своем месте в этом мире [1].

Список литературы:

1. Инклюзивные процессы в образовании // Материалы Международной конференции (г. Минск 27 – 28 октября 2016). – Мн. : – 2016. – 406 с.
2. Конвенция о правах инвалидов Генральной Ассамблеи ООН, 13 дек. 2005 г., резолюция 61/106 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability. shtml. – Дата обращения : 01.11.2016
3. Лисовская, Т. В. Цель, задачи, функции и принципы непрерывного образования лиц с инвалидностью / Т. В. Лисовская. – Дефектология. – 2015. – № 4. – С. 40–46.
4. Пережовская, А. Н. Непрерывное образование: цели, задачи, содержание, функции, перспективы развития // Проблемы и перспективы развития образования: материалы VI междунар. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2015 г.). - Пермь: Меркурий, 2015. - С. 38-41.
5. Римарева, И. И. Непрерывное образование – определение, структура, специфика, проблема [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.rozmarin.narod.ru/text9.htm. – Дата обращения : 27.10.2016
6. Современный словарь по педагогике / сост. Е.С. Рапацевич. – Мн. : Современное слово, 2001. – 928 с.

УДК 316.6:159.9

Фомина О.О.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, г. Волгоград, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

В статье рассмотрены результаты исследования психологического благополучия. Выдвинуто предположение о существовании взаимосвязей особенностей межличностного поведения с благополучием личности.

Ключевые слова: *психологическое благополучие, межличностные отношения, межличностное поведение.*

Fomina O.O.

Russian Academy of National Economy and Public Administration, Volgograd, Russia

CORRELATIONS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

The article describes the results of a study of the psychological well-being. It is suggested the existence of the relationship characteristics of interpersonal behavior to the well-being of the personality.

Keywords: *psychological well-being, interpersonal relationships, interpersonal behavior.*

Психологическое благополучие – относительно устоявшееся понятие в современной психологии, отражающее субъективную оценку собственной жизни, с точки зрения полноценного функционирования и реализации потенциала. Проблема психологического благополучия была впервые поставлена М. Яходой [2], предложившей ряд критериев психологического здоровья. Впоследствии К. Рифф возьмет за основу данные критерии для построения шестифакторной модели психологического благополучия, на которую мы опираемся в своем исследовании: автономность, компетентность, личностный рост, позитивные отношения с окружающими, самопринятие [3].

Мы определяем благополучие как относительно стабильное психологическое состояние, заключающееся в положительной оценке жизни, отношений и собственной личности (функционирования), с точки зрения баланса имеющихся ресурсов и предъявляемых к среде запросов, т.е. полноты реализации собственного потенциала [1, с. 169].

В статье предполагается выделить взаимосвязи особенностей межличностного поведения с благополучием и его компонентами, а также проанализировать межличностное поведение на разных уровнях благополучия. В исследовании приняли участие 90 человек, проживающих г. Волгограде (N=90, в возрасте от 18 до 55 лет). Нами были использованы следующие психодиагностические методики: Шкала психологического благополучия К. Рифф, Опросник межличностных отношений В. Шутца, Гиссенский личностный опросник; Диагностика межличностных отношений Т. Лири, с применением корреляционного и факторного анализа данных.

По результатам корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона) были получены следующие взаимосвязи особенностей межличностного поведения и компонентов психологического благополучия. Были обнаружены значимые положительные взаимосвязи социального одобрения с компетентностью (r=0,530, при p<0,01), самопринятием (r=0,313, при p<0,01), жизненными целями (r=0,491, при p<0,01), общим уровнем благополучия (r=0,467, при p<0,01). Авторитарный тип межличностного поведения положительно взаимосвязан с компетентностью (r=0,318, при p<0,01) и самопринятием (r=0,305, при p<0,01). Мы можем предположить, что социальное одобрение, проявляющееся в положительной оценке собственной социальной репутации, уверенности, привлекательности; способность добиваться поставленной цели, а главное успешно взаимодействовать с окружением, позволяют человеку позитивно оценивать собственное благополучие, а также быть уверенным в собственной компетентности. Авторитарность позволяет, за счет проявления лидерских черт, умения отстаивать свое мнение и организовывать групповую деятельность, обеспечивать высокий уровень самопринятия и уверенности в своих силах, компетентности.

Также были выявлены и проанализированы значимые отрицательные корреляционные связи. Подчиненность как тип межличностного поведения отрицательно взаимосвязана со следующими компонентами благополучия: компетентность (r=-0,466, при p<0,01), позитивные отношения (r=-0,420, при p<0,01), самопринятие (r=-0,471, при p<0,01), а также с общим уровнем благополучия (r=-0,400, при p<0,01). Зависимость взаимосвязана с компетентностью (r=-0,474, при p<0,01), самопринятием (r=-0,453, при p<0,01) и общим уровнем благополучия (r=-0,403, при p<0,01). Дружелюбность имеет отрицательные корреляционные связи с автономностью (r=-0,546, при p<0,01), самопринятием (r=-0,346, при p<0,01) и общим уровнем благополучия (r=-0,363, при p<0,01). Также стоит отметить отрицательные взаимосвязи замкнутости и позитивных отношений (r=-0,484, при p<0,01). Мы может предположить, что такие типы межличностного поведения как зависимость, подчиняемость и дружелюбность, характеризующиеся преобладанием конформных тенденций, препятствуют самостоятельному принятию решений, провоцируют зависимость от других, неуверенность в собственных силах, что отрицательно сказывается на уровне автономности и компетентности. Ориентация на оценки и мнения других, затруднения в противостоянии социальному давлению, ожидание одобрения со стороны окружающих могут негативно сказываться на общем уровне благополучия, а также самопринятии.

По результатам факторного анализа с применением метода крайних групп нам удалось выделить факторы межличностных отношений.

На повышенном уровне благополучия были выделены следующие четыре фактора (дисперсия 61%).

1. Потребность во взаимодействии – преодолении социальной пассивности (25,6%). Фактор образовали следующие шкалы «Контроль требуемый» (0,820), «Включение требуемое» (0,699), «Включение проявленное» (0,531), а также «Социальная слабость» (-0,680).
2. Неконформное поведение со склонностью к компромиссам (16,3%). Фактор образовали следующие шкалы «Агрессивный» (0,916), «Эгоистичный» (0,711), «Подчиняемый» (0,604), а также «Подчиненность» (-0,630).
3. Эмоциональная открытость в отношениях (10,8%). Фактор образовали следующие шкалы «Аффект проявленный» (0,839), «Аффект требуемый» (0,673), «Включение проявленное» (0,579), а также «Закрытость» (-0,641).
4. Конформные тенденции в отношениях (8,1%). Фактор образовали следующие шкалы «Альтруистический» (0,782), «Дружелюбный» (0,775), «Открытость-закрытость» (-0,480).

Учитывая выделенные на повышенном уровне благополучия факторы, мы можем говорить о более открытых и эмоционально комфортных типах межличностного поведения, к которым склонны респонденты. Личность ориентирована на других, стремится участвовать во взаимодействии и имеет потребность в теплых и близких отношениях. При этом для испытуемых важно отстаивать мнение и учитывать собственные интересы, обеспечивая должный уровень автономности и самопринятия.

На пониженном уровне благополучия были выделены следующие четыре фактора (общая объяснительная дисперсия 56,1%).

1. Доминантное поведение со склонностью к компромиссам (20,1%). Фактор образовали следующие шкалы «Агрессивный» (0,840), «Эгоистичный» (0,812), «Подчиняемый» (0,620), «Авторитарный» (0,568).
2. Потребность теплых, эмоциональных отношениях (13,6%). Фактор образовали следующие шкалы «Включение требуемое» (0,810), «Аффект проявленный» (0,797), «Включение проявленное» (0,538).
3. Эмоциональная закрытость в отношениях (12,7%). Фактор образовали следующие шкалы «Закрытость» (0,786), «Недостаточный контроль» (0,708), «Социальная слабость» (0,632).
4. Интровертированная направленность в отношениях (8,1%). Фактор образовали следующие шкалы «Депрессивность» (0,853), «Подчиняемый» (0,456), а также на отрицательном полюсе – «Включение проявленное» (-0,516), «Авторитарный» (-0,490).

Итак, испытуемые, обладающие пониженным уровнем благополучия, склонны к доминантному поведению, им важно отстаивать свои позиции в отношения, даже прибегая к конфликтному и авторитарному поведению. Они имеют выраженную потребность в теплых доверительных и эмоционально открытых отношениях. Однако для них представляет сложность открываться и доверять окружающим, они редко проявляют инициативу во взаимодействии, возможно заранее ожидая неудачи или имея негативный опыт прошлых взаимодействий.

Таким образом, мы проанализировали взаимосвязи психологического благополучия и ряда межличностных особенностей. А также описали характерное для повышенного и пониженного уровней благополучия межличностное поведение.

Список литературы:

1. Фомина О.О. Факторы и возможные типы психологического благополучия личности // Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. – 2016. – Т.5. – №2 (18). – С. 168-173.
2. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books. 1958.
3. *Ryff C.D.,* Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. P. 719–727.

УДК: 331.101.32

Фомин В. В.
Московский технологический университет, Москва, Россия

АДАПТАЦИЯ КАК ФАКТОР УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ

В статье рассматривается роль и сущность первичной и вторичной адаптации как элемента кадровой политики и, одновременно, фактора устойчивого развития организации.

Ключевые слова: *адаптация, кадровая политика, фактор устойчивого развития.*

Fomin V.V
Moscow Technological University, Moscow, Russia

ADAPTATION AS A FACTOR OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT

The article discusses the role and nature of the primary and secondary adaptations as a personnel policy element and, at the same time, a factor of sustainable development of the organization.

Tags: *adaptation, personnel policy, a factor of sustainable development.*

Хорошо известно, что адаптация играет важную роль в организации. В данной статье автор хотел бы представить адаптацию как элемент кадровой политики и как фактор стабильного развития любой организации.

В наше время рыночных отношений все подвластно изменениям. Как внешняя, так и внутренняя среда организации и ее успех напрямую зависят от того, насколько быстро онаможет приспособиться к тем или иным изменениям.

Адаптация персонала в масштабных организациях является одним их самых крупных процессов управления [1]. Успешные организации уделяют этому вопросу большое внимание, потому что для них адаптация нового сотрудника означает контроль огромного количества бизнес процессов. Если каждый новоприбывший работник будет введен в компанию должным образом, то компания позднее получит лояльный коллектив с малым процентом текучести кадров. По статистике, около 80% их тех, кто увольняется в течение первого полугода работы, принимают это решение в первые две недели работы [1].

Рассмотрим два виды адаптации:

1. Первичная. Попав в новый трудовой коллектив пришедший сотрудник дезориентирован. Он не знает правил и порядков, которые установлены в компании, не знаком с окружающими людьми и не знает, что ему делать. Чтобы избежать этого руководству следует подойти к адаптации очень серьёзно и креативно. Успех и вовлеченность в деятельности сотрудника напрямую зависит от того, как быстро и качественно он адаптируется в организации. Стоит подготовить рабочее место для сотрудника, чистый и аккуратный стол, доступ к информации помогают сотруднику приспособиться [2].

Нужно ставить четкие и ясные цели перед адаптантом и сообщать эту же информацию тем, кто будет работать с ним в коллективе для того, чтобы в трудный момент была возможность ему помочь.

Есть несколько нестандартных примеров адаптации в организации [3]:

Список из 15-20 нестандартных вопросов внутри коммуникации компании, которые задают новичку внутри коммуникационной сети организации, чтобы он смог рассказать о себе. Это может быть внутренняя социальная сеть, интранет портал или микроблог, чтобы сотрудники могли обсудить ответы. Так персонал узнает что-то новое о тех, с кем работает, а новичок приспосабливается к окружающим его коллегам.

Организация, в свою очередь, так же приспосабливается к сотруднику [3]. Она выделяет средства, людей и время для новоприбывшего. В интересах организации так же закончить как можно качественнее и быстрее период адаптации, потому что новый сотрудник может приносить прибыль компании. Если же сотрудник плохо приспособится, то организация будет нести убытки.Это также создаст неблагоприятный климат в коллективе, что без сомнения скажется на общении и степени вовлеченности персонала. Именно эти факторы, при игнорировании, могут оказать разрушительное действие и пошатнуть стабильность организации.

По этим причинам первичной адаптации стоит уделять время и силы, чтобы сохранять стабильность к тенденциям развития.

2. Вторичная адаптация.

Этот вид адаптации не менее важен. Он подразумевает под собою рост сотрудников и принятие на себя ряда новых обязанностей и ролей [4].

Хотелось бы привести пример с переходом сотрудника на пост руководителя отдела. Здесь успех компании напрямую зависит от её элементов, чем как раз и являются отделы. Если один из элементов будет работать некачественно, то попрошествии определённого периода времени у организации может возникнуть ряд проблем, не решив которые она можем совершенно ликвидироваться с рынка [5].

Поэтому к адаптации руководства на новом посту нужно подходить очень серьёзно. В этом ему могут помочь начальники других отделов, которые при возникновении нештатных ситуаций смогут что-либо подсказать.

Здесь важно одновременно адаптироваться вместе со своими подчинёнными и наладить взаимопонимание. От этого зависит успех деятельности отдела.

Пример адаптации [6]:

В отделе устанавливается карта мира. Среди сотрудников проводится опрос, где они учились, работали, жили и путешествовали, и помечаются кнопками на карте с их именами. Рядом висит такая же карта, но на ней уже указывают места сами сотрудники, в которые они хотят поехать в командировку. Со стороны сотрудника нужно аргументировать в чем будет заключаться польза для компании от этой поездки и, как это будет полезно для самого сотрудника. Таким образом, сотрудник показывает организации свою приверженность, что само по себе уже является одним из индикаторов успешности процесса адаптации.

Стоит отметить, что через процесс адаптации проходит каждый сотрудник в компании. Поэтому качество этого элемента кадровой политики играет большую роль иоказывает сильное воздействиеуже как фактор устойчивого развития организации в целом.И по этой причине современному специалисту в области управления человеческими ресурсами нужно ответственно подходить к программам адаптации и контролем за их выполнением.

Список литературы:

1. Алехина О.И. Ключевые персонал-технологии: практический инструментарий – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2014, 392 с.
2. ДашковаЕ.И. Инновационные подходы к управлению мотивацией персонала – М.: LAP LambertAcademicPublishing, 2012, 184 с.
3. Мансуров Р.С. Решебник для HR-директора – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2011, 296 с.
4. Никитина О. А. Удовлетворённость трудом и успех в профессиональной деятельности – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2014, 92 с.
5. Павленкова С.С, Прохорова М.П. Мотивация работы персонала – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012, 216 с.
6. Строителева Т.Г., Вукович Г.Г. Формирование эффективной кадровой политики – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2014, 296 с.

УДК 614.2(571.14)

Фомичёва М.Л., Борцов В.А., Хихлич О.С.

Региональный центр медицинской профилактики, г. Новосибирск, Россия

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Россия

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ВОПРОСАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Социологический опрос позволил определить информированность населения Новосибирской области в вопросах первичной медицинской профилактики и здорового образа жизни.

Ключевые слова: *население, первичная медицинская профилактика, здоровый образ жизни.*

Fomicheva M.L., Bortsov V.A., Khikhlich O.S.

Regional Centre for Medical Prevention, Novosibirsk, Russia

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

INFORMING THE POPULATION NOVOSIBIRSK REGION ON PRIMARY MEDICAL PREVENTION

Sociological survey allowed to determine population awareness of the Novosibirsk region in matters of primary medical prevention and healthy lifestyle.

Keywords: *population, primary medical prevention, healthy lifestyle.*

Совершенствование организации оказания медицинской помощи населению в значительной степени основывается на объемах совершенствования организации первичной медицинской профилактики. Современное состояние организации первичной медицинской профилактики требует применения научно-обоснованных методов управления, на основе системного подхода, учитывая возможности системы здравоохранения и потребности населения в информированности в вопросах первичной медицинской профилактики [1, 2, 3].

С целью определения информированности населения Новосибирской области проведен социологический опрос 400 человек. Среди опрошенных было 24,7% мужчин и 75,3% женщин. Средний возраст опрошенных 41 год. По социальному положению респонденты распределились следующим образом: служащие – 35,0%; рабочие – 28,5%; студенты высших образовательных учреждений – 18,0%; пенсионеров – 16,5%; безработных – 1,7% и учащихся средних образовательных учреждений – 0,3%.

Основными причинами обращения населения в поликлинику по месту жительства по данным социологического опроса являются: лечение – 65,3% (на 100 опрошенных); профилактический медицинский осмотр – 38,0%; получение медицинской документации (справки, направления и др.) – 29,0%; получение консультации – 22,5% и не обращаются – 9,7%.

Респонденты по-разному оценили состояние своего здоровья: большинство (58,5%) оценили его как удовлетворительное; 29,8% - как хорошее; 5% - как плохое; 2,5% - как очень хорошее; 0,2% - как очень плохое и 4,0% опрошенных затруднились ответить.

Большая часть (28,5%) опрошенного населения обращаются к врачу-терапевту участковому на 2 день после начала заболевания; 26,5% - на 5 и более день; 21,8% - на 3 день; 16,5% в 1 день и 6,7% - на 4 день, после начала заболевания.

Большинство (76,0%) респондентов считают здоровый образ жизни фактором укрепления здоровья; 17,5% считают, что больше да, чем нет; 3,0% - считают, что больше нет, чем да; 2,5% затруднились ответить и 1% не считают, что здоровый образ жизни является фактором укрепления здоровья.

Для 52,8% опрошенных рекомендации врачей по вопросам здорового образа жизни являются ценными; для 29,5% - скорее да, чем нет; для 12,2% - скорее нет, чем да; 3,0% - затрудняюсь ответить и для 2,5% - рекомендации врачей по вопросам здорового образа жизни не представляют ценности.

Только 25,8% опрошенных посещают отделение или кабинет медицинской профилактики в поликлинике; из них постоянно – 7,8%. Большинство (74,2%) населения не посещают по различным причинам: не знают о существовании такого отделения или кабинета – 41,8%; считают, что получают достаточно информации из других источников – 19,7%; из-за неудобного режима работы – 9,2% и из-за проживания на удаленном расстоянии от поликлиники – 3,5%.

Знают, где находится ближайший к месту проживания Центр здоровья и посещают его только 16,8%; знают, но не посещают – 21,8%; не знают, где находится – 36,3%; не знают о существовании таких центров – 18,0% и 7,1% затруднились ответить.

У большинства (37,0%) респондентов иногда возникают вопросы профилактической направленности; у 26,0% - такие вопросы возникают редко; у 17,7% - вопросы не возникают; у 14,0% - возникают при каждом посещении врача и 5,3% затруднились ответить.

Наиболее интересными для населения являются вопросы здорового образа жизни в целом – 50,3% (на 100 опрошенных); вопросы питания – 46,3%; инфекционной безопасности – 26,5%; профилактики артериальной гипертензии – 23,3%; профилактики профессиональных заболеваний – 22,0%; профилактики сахарного диабета – 19,5%; актуальности и своевременности вакцинации – 19,3%; оптимальной двигательной активности – 18,3%; профилактики курения – 16,0%; профилактики травматизма и несчастных случаев – 13,8%; профилактики алкогольной и наркотической зависимости – 13,3%; не интересуются вопросами профилактической направленности – 3,8% и 2,8% - затруднились ответить.

Большинство (69,5%) опрошенных отметили, что в их окружении имеются люди (родственники, друзья, знакомые), нуждающиеся в консультациях о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний и влиянии вредных привычек на здоровье; 22,3% опрошенных считают, что нуждающихся в консультации в их окружении нет и 8,2% затруднились ответить.

Только 15,3% респондентов всегда посещают мероприятия по вопросам здорового образа жизни; иногда посещают – 32,5%; никогда не посещают – 49,0% и 3,2% затруднились ответить.

Основными источниками в получении информацию профилактической направленности для опрошенного населения являются: Интернет - 60,8% (на 100 опрошенных); телевидение – 49,0%; лекции – 30,0%; социальная реклама – 28,8%; медицинская литература 27,0%; пресса – 26,0%; научно-популярная литература – 25,3%; родственники, знакомые – 21,3%; врач-терапевт участковый – 20,3%; радио – 13,5%; уроки или дни здоровья – 11,8%; акции – 10,5%; школа здоровья в поликлинике – 4,5%; врач-терапевт частной клиники – 4,5%; медицинская сестра участковая – 4,5%; не получают – 2,0% и 3,8% затруднились ответить.

Воспринимать информацию профилактической направленности по мнению опрошенного населения удобнее при личной беседе с медицинским персоналом – 44,8% (на 100 опрошенных); в электронном виде – 40,4%; в бумажном виде – 31,8% и 8,0% затруднились ответить.

Большинство (44,0%) респондентов пользуются Интернетом постоянно; 22,3% - пользуются ежедневно; 15,5% - пользуются периодически; 7,8% - пользуются редко и 10,4% опрошенных не пользуются Интернетом.

Относительно доверия медицинской информации профилактической направленности, найденной в Интернете мнение опрошенного населения распределилось следующим образом: доверяют только сайтам государственных медицинских организаций – 62,0%; не доверяют – 14,3%; доверяют любым сайтам – 6,5% и 17,2% затруднились ответить.

Для большинства (58,5%) опрошенных информация, содержащая достоверные данные по вопросам медицинской профилактики и здорового образа жизни на сайте государственной медицинской организации будет актуальной; для 24,5% - больше да, чем нет; для 4,3% - больше нет, чем да; для 3% - не актуальна и 9,7% затруднились ответить.

В результате проведенного социологического опроса получены данные относительно информированности населения в вопросах первичной медицинской профилактики, а так же наиболее удобные для восприятия способы получения информации профилактической направленности, что будет учитываться при разработке профилактических программ и организации мероприятий по первичной медицинской профилактике.

Список литературы:

1. Агапитов А.Е. Первичная медицинская профилактика в структуре профилактической медицины // Менеджер здравоохранения. - 2010. - №6. - С. 26-33.

2. Амлаев К.Р. Формирование грамотности в вопросах здоровья у некоторых категорий пациентов (обзор). // Профилактическая медицина. - 2013. - Т. 16. - № 2. - С. 18-22.

3. Вялков А.И. Актуальные проблемы укрепления общественного здоровья и управления профилактической деятельностью в системе здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением - 2009. - № 5. - С. 5-16.

УДК 378.014.53:364.6

Фомичева М. Л., Нестеренко Т. В.

Региональный центр медицинской профилактики, г. Новосибирск, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ГРУППАМИ РИСКА НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА

В статье рассматриваются вопросы организации профилактической работы с социально-уязвимыми группами населения, представляются ключевые направления и формы работы.

Ключевые слова: *охрана здоровья населения, межведомственное взаимодействие, группы риска.*

Fomicheva M. L., Nesterenko T. V.

Regional center of medical prevention, Novosibirsk, Russia

THE ORGANIZATION OF SYSTEM OF SCHEDULED MAINTENANCE WITH POTENTIAL RISK GROUPS OF THE POPULATION OF THE CITY OF NOVOSIBIRSK

In article the questions of the organisation of scheduled maintenance with social and vulnerable groups of the population are considered, the key directions and forms of work are represented.

Key words: *public health care, interdepartmental interaction, risk groups.*

Здоровье – это и одна из главнейших ценностей для человека и важнейший ресурс, обеспечивающий общественное благополучие. Совершенно закономерно, что необходимость сохранения и улучшения физического, психического и социального благополучия граждан на сегодняшний день считается приоритетным направлением в политике государства.

Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ гарантирует создание условий для сохранения здоровья россиян и определяет меру ответственности органов государственной власти, субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций за обеспечение возможности получения медицинской помощи и поддержания долголетней активной жизни каждому человеку.

Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что создание условий для сохранения здоровья населения не означает, что сам гражданин не несет ответственности за собственное здоровье. В то же время социальная реальность часто свидетельствует об обратном: среднестатистический россиянин рассчитывает на то, что государство исполнит свои обязательства, но сам не готов вкладываться в укрепление своего здоровья. Отметим, что эта парадоксальная установка, как правило, не рефлексируется в должной мере самими гражданами.

Так, по данным социологического опроса жителей г. Новосибирска почти 77,0% опрошенных заявляют, что здоровье зависит от самого человека, чем, по сути, позиционируют готовность взять на себя ответственность за сохранение и укрепление своего здоровья. Тем не менее, только 37 % респондентов стараются следить за своим здоровьем постоянно, а 46, 6 % делают это («следят» за ним) только во время болезни. Почти каждый четвертый житель мегаполиса ведет малоподвижный образ жизни (23 %), каждый пятый – курит (21 %). Алкоголь или энергетические напитки, нездоровое питание также являются частью социальной реальности – на это указывают 18 % горожан.

Очевидно, что одним из приоритетов в реализации цели сохранения и укрепления здоровья должно стать формирование ответственного к нему отношения самих граждан.

Особого внимания, конечно же, требуют «группы риска», дети и взрослые, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. Специалисты, изучающие эту проблему, совершенно справедливо отмечают, что неудовлетворенность социальной микросредой, материальным благосостоянием, неудовлетворенность потребности в безопасности, социальной защищенности оказывают непосредственное влияние на рост социальной дезадаптации и могут обуславливать возникновение болезни как варианта неконструктивного механизма копинга (совладания) со значимой психотравмирующей ситуацией [3]. Кроме того, социально незащищенные группы населения (дети и подростки, особенно из социально неблагополучных семей, люди с инвалидностью, пожилые граждане) часто не обладают достаточными информационными ресурсами или не имеют конструктивных моделей здоровье сбережения.

Государственное казенное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики» (ГКУЗ НСО «РЦМП») на протяжении 10 лет плодотворно сотрудничает с муниципалитетом города Новосибирска, со специализированными учреждениями, в организации профилактической работы, направленной на сохранение здоровья, с особо уязвимыми группами населения [1; 2; 5].

Новосибирск — крупнейший административный центр РФ, находящейся в Сибирском федеральном округе. Население имеет численность более 1,5 млн. жителей. В каждом районе города созданы и функционируют комплексные центры социального обслуживания населения (МБУ КЦСОН), успешно работают стационарные центры социальной помощи семье и детям («Заря», «Семья», «Обские Зори»). Одной из основных задач таких учреждений является оказание различных видов социальной помощи семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию. В рамках межведомственного взаимодействия специалисты ГКУЗ НСО «РЦМП» системно осуществляют просветительскую деятельность по вопросам профилактики заболеваний и здоровому образу жизни для детей и подростков, состоящих на учете в КЦСОНах или проходящих курс реабилитации в стационарных центрах. В качестве наиболее оптимального был выбран формат проведения уроков здоровья, направленных на формирование мотивации ответственного отношения к своему здоровью. Все занятия проводятся с учетом возрастных особенностей участников. В работе используются видеоматериалы, мультфильмы, тренажеры-симуляторы. По окончании каждой встречи детям вручаются памятные призы с символикой здорового образа жизни. Только за период с 01.09.2015г. по 01.09.2016 г. участниками интерактивных занятий стали 900 детей и подростков, большинство из которых воспитываются в социально неблагополучных семьях, а также 600 детей-инвалидов.

В период летних каникул активная работа по формированию приоритетов здорового образа жизни проводится в детских оздоровительных лагерях. Квест-игра «Тропа здоровья», интерактивный семинар «Десант здоровья» всегда вызывают особый интерес у подростков, вызывают яркие эмоции и повышают чувство собственной компетентности. За летний оздоровительный период 2016 года обучение навыкам оказания помощи, сохранения и укрепления здоровья прошли 1400 человек.

Об эффективности такой организации работы, на наш взгляд, свидетельствуют результаты социологического опроса среди подростков города Новосибирска, проведенного в 2015 году под эгидой «Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки» на основе методологии программы международного исследования Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья». Данные опроса показали, что среди подростков (9730 участников) из 14 российских городов-участников исследовательского проекта, именно новосибирские школьники 11, 13 и 15 лет выгодно отличались от своих сверстников из других городов по таким параметрам, как высокая удовлетворенность жизнью, высокий уровень физической активности, усвоенные установки на здоровое питание и сформированные гигиенические привычки, более поздний дебют и меньшая распространенность «вредных привычек» [4].

Особая категория людей, которые так же входят в состав группы потенциального риска, - это люди с ограниченными возможностями здоровья. Региональный центр медицинской профилактики уже много лет сотрудничает с Институтом социальных технологий и реабилитации Новосибирского технического университета (ИСТР НГТУ), а с марта 2016 года и с Государственным автономным учреждением Новосибирской области «Комплексный центр социальной адаптации инвалидов» (возраст адаптируемых - от 15 лет до 45 лет). Не смотря на имеющуюся инвалидность и сопутствующие заболевания, ответственное отношение к собственному здоровью должно стать неотъемлемой частью жизни, не только обеспечивающей эффективную интеграцию индивидов в социум, но и позволяющей максимально сохранять жизненную активность.

Еще одна большая группа потенциального риска, с которой активно работают специалисты РЦМП, – это пожилые люди. Основное направление работы с данной аудиторией - сохранение активного долголетия и профилактика наиболее распространенных для этой возрастной категории заболеваний. Врачи РЦМП читают лекции, проводят практические занятия, обучают слушателей навыкам самопомощи в социально-оздоровительном центре «Лунный камень», в Новосибирском доме ветеранов, в комплексном социально-оздоровительном центре «Обские Зори», на ресурсных площадках МКУ «Активный город». За год обучение активному долголетию проходят 1700 человек.

Особое внимание РЦМП традиционно уделяет специалистам, работающим с вышеназванными «группами риска». Профессиональная помощь специалистам «помогающих профессий» (до 400 специалистов за год), работа, направленная на профилактику синдрома эмоционального выгорания, сопровождение в профессиональных кризисах, необходимая информационная поддержка обеспечивают сохранность здоровья наиболее уязвимой группы из социономических профессий [2].

Таким образом, наш опыт позволяет нам утверждать, что мероприятия по формированию ответственного отношения граждан к своему здоровью и снижению распространенности факторов риска обладают нужным эффектом только тогда, когда представляют собой систему, позволяющую отслеживать изменения в социуме, гибко реагировать на запросы населения, определять приоритетные направления и формы работы. Очевидно, что такая организация профилактической работы требует высокого уровня координации межведомственного взаимодействия, объединения усилий не только организаций и учреждений здравоохранения, но и представителей

органов муниципальной власти. Но именно такой подход заложен в Федеральном законе N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и, как показывает практика, он позволяет полноценно реализовывать задачи сохранения здоровья нации.

Список литературы:

1. Колдина Т. В., Лиханов А. В., Кошенова М. И. Новосибирск – территория равных возможностей для всех детей // Здоровая городская среда, здоровая жизнь и преодоление неравенства в здоровье: Сборник материалов международной научно-практической конференции. – Ставрополь, 2013. - С.198 – 200.
2. Нестеренко Т. В. «Психологическое сопровождение специалистов "помогающих профессий"// Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене. Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, 2015. - С. 245-247.
3. Фомичева М. Л., Борцов В. А. Современные проблемы изучения социальной адаптации населения//Инновации в медицине, психологии и педагогике: МатериалыVII Международной научно-практической конференции (Вьетнам, Муй Нэ, 27 апреля-7 мая 2016 г.) – Новосибирск, 2016. – С. 78-80.
4. Koshenova M. I. Results of questioning "behaviour of school-aged children concerning health" in the city of novosibirsk in the context of interregional research // Science today: from theory to practice Proceedings of the 7nd International Academic Conference. Saint-Louis, Missouri, USA, 2016. - С. 50-51.
5. Plotnikova N., Koshenova M., Lokot A, Nezamaeva O. Public health in Novosibirsk as the responsibility of local governments // Health and the City: Urban living in the Twenty first Century. – Athens, Greece, 22-25 Oktober, 2014 [Электронный ресурс] URL: http:// www.healthycities2014.org (дата обращения 20.09.2016).

УДК 614.2

Фунтиков А.С., Борцов В.А., Фомичева М.Л.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Россия

Региональный центр медицинской профилактики, г. Новосибирск, Россия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

В статье рассматриваются вопросы организации и оценки эффективности работы электронного кабинета здорового ребенка

Ключевые слова: *профилактика, дети, кабинет здорового ребенка*

Funtikov A. S., Bortsov V.A., Fomicheva M.L.

Novosibirsk state medical University, Novosibirsk, Russia

Regional Centre for Medical Prevention, Novosibirsk, Russia

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF FUNCTIONING OF THE ELECTRONIC CABINET OF A HEALTHY CHILD

In the article the questions of organization and evaluation of the effectiveness of electronic Cabinet of a healthy child

Key words: *prevention, children, a study of healthy children*

Важное значение в сохранении жизни и здоровья населения имеет развитие профилактического направления системы здравоохранения. Особенно это касается лиц молодого возраста и детей. Профилактическая работа с детьми относится к программам первичной и вторичной профилактики и может проводиться с использованием различных межведомственных средств.

Электронный кабинет здорового ребенка является новым форматом профилактической работы с детьми, учитывая уровень информационной грамотности населения. Электронный кабинет здорового ребенка разработан сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» в 2015 году и размещен на сайте Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника 27», а в 2016 году размещен на сайте Государственного казенного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики».

В октябре 2016 года по истечению 9 месяцев работы электронного кабинета здорового ребенка проведена оценка эффективности его работы методом анкетирования 200 родителей, посетивших электронный кабинет здорового ребенка. Анкетирование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника 27».

В результате анкетирования определено, что источником получения информации об электронном кабинете здорового ребенка для родителей в большей степени является врач-педиатр участковый (56,0%), регистратура – 35,5%, рекомендации друзей, знакомых, родственников – 4,0%, информация в интернете – 2,5% и затруднились ответить – 2,0%.

Большинство респондентов (72,0%) отмечают удобство использования структуры электронного кабинета здорового ребенка, 16,0% высказались об относительном удобстве структуры электронного кабинета здорового ребенка, неудобство использования структуры наблюдается у 2,5% опрашиваемых и затруднились ответить 9,5% респондентов.

Используют все рекомендации, полученные в электронном кабинете здорового ребенка 39,0% родителей, большинство рекомендаций применяет 30,5% респондентов, только некоторыми рекомендациями пользуются 18,5% опрашиваемых, не используют рекомендации 5,0% опрашиваемых и затруднились ответить 7,0%.

Большей части респондентов (73,5%) после работы с электронным кабинетом здорового ребенка не требуется посещения других сайтов, лишь по некоторым вопросам посещают иные сайты 17,5% родителей, 6% респондентов отметили, что им требуется посещение других сайтов, затрудняются ответить 3% опрашиваемых.

Большинство (35,5%) респондентов отметили, что электронный кабинет здорового ребенка повышает уровень их знаний по первичной профилактике, 25,5% отметили, что больше да, чем нет, 16,0% - больше нет, чем да, 6% - не повышает и 17,5% родителей затруднились ответить.

Достаточно большой процент родителей (88%) рекомендуют своим знакомым, имеющим детей посещать электронный кабинет здорового ребенка, не рекомендуют 6,5% опрашиваемых, затрудняются ответить 5,5% респондентов.

Электронный кабинет здорового ребенка полностью заменяет необходимость посещения врача-педиатра участкового с целью профилактического консультирования у 34,0% родителей, частично заменяет у 44,5% опрашиваемых, отмечают, что не заменяет 7% респондентов и 14,5% родителей затруднились ответить.

Таким образом, социологический опрос родителей, посетивших электронный кабинет здорового ребенка показал востребованность проекта и целесообразность расширения аудитории родителей детей разных возрастных групп.

Список литературы:

1. Гончарова, О. В. Образовательные программы по уходу за ребенком в кабинетах здорового ребенка детских лечебно-профилактических учреждений / О. В. Гончарова // Мед. совет. – 2013. – № 1. – С. 73–79.
2. Казарин, Б. В. Здоровье населения и модернизация здравоохранения / Б. В. Казарин // Междунар. журн. экспериментального образования. – 2011. – № 3. – С. 106–110.
3. Организационные принципы и технологии профилактики XXI века / Т. В. Яковлева, А. А. Баранов, А. А. Иванова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 3–9.

УДК 316

Хабарова Е.В.
Горно-Алтайский государственный университет, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, Россия

УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ВИТАЛИСТСКОЙ СОЦИОЛОГИИ

В статье рассматриваются особенности управления социальной защитой населения в рамках виталистской социологии.
Ключевые слова: *виталистская социология, жизненные силы человека, социальная защита, качество жизни.*

Khabarova E. V.
Gorno-Altaisk state University, Republic of Altai, Gorno-Altaisk, Russia

MANAGEMENT OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION WITHIN VETLITSKOJ SOCIOLOGY

The article discusses the features of management of social protection of the population within vetlitskoj sociology.
Keywords: *Vetlitskaya sociology, vitality, social protection, quality of life.*

Каждая переломная эпоха решает свои конкретные исторические задачи на основе представлений о сущности добра и зла, о предназначении человека, его связи с миром, его свободе, воле и новой ответственности перед природой и будущими поколениями. Сегодня, пред всем миром, Россией в частности, стоят еще более сложные задачи исторического выбора. Именно это определяет сегодня главное содержание общественного развития, его концепцию и стратегию. Устойчивое развитие есть исторический факт, цель и основной смысл истории, который выражен в возможности удовлетворения всевозрастающих потребностей не только настоящих, но и будущих поколений [4].

Во второй половине XIX - начале XX вв. со всей остротой в качесве важнейшей проблемы, встал вопрос о выживании человека в новых социально-исторических и природных условиях бытия. Рождение новых цивилизаций, типов социального развития исторически все более масштабно зависит от плодотворной деятельности ученых, а в конце XX - начале XXI вв. по мере динамично растущей сложности человека и общества, по нарастающей - от успехов, достижений гуманитарных и социальных наук.

Вторая половина XX в. с очевидностью показала не только рост глобализации, рационализации, технологизации, стандартизации общественного развития, уравновешивающих их процессов и явлений. Так, интернационализация глобальных отношений стала уравновешиваться ростом количества национальных государств, которых во второй половине XX столетия возникло более 70. Это свидетельствует об активизации процессов возрождения традиций, инновационного развития отдельных наций и народностей, сохранения культурного многообразия как основы воспроизводства социальных систем, национально-государственных практик управления, организации личной и общественной жизни.

Не менее значимо и то, что осмысление человечеством своей истории, глобальных экономических и политических проблем, духовно-культурного и социально-бытового, экологического развития, роста темпов и сложностей, рисков этого развития, итогов социалистических и либеральных революций со всей очевидностью поставило к началу XXI в. ключевой вопрос: каков оптимальный вариант социальной организации общества, образа жизни людей, который бы дал возможность не только сохранить эту жизнь, но и сделать ее для всех людей благополучной, безопасной, плодотворной, сочетающей традиции и новации, сохраняющей органичность, естественный характер социокультурной эволюции и цивилизации, человечества в целом и его отдельных народов, наций, в особенности, в отдельности и в прошлом, и в современности, настоящем.

Анализ основных теоретических подходов и концепций и оценка современных тенденций социально-управленческих процессов в современном обществе показали, что главным недостатком действующей системы и стратегии социального развития России является то, что она не учитывает целостного характера развития жизненных сил семьи, ее жизненного пространства, в том числе социума, где она живёт. В связи с этим актуальным является рассмотрение взаимодействия жизненных сил и жизненного пространства населения в контексте виталистской социологии [2 и др.]. Социологическая концепция жизненных сил человека, рассматриваемая в рамках виталистской социологии (С. И. Григорьевым, Л. Г. Гусляковой и др.) [2], является базовой концепцией неовиталистской социологии и ряда её отраслевых направлений, в том числе социологии социальной работы.

Преобразования и реформы 1990-х гг. повлияли на жизнедеятельность российского общества и повлекли за собой серьезные социальные последствия. Остро встает вопрос о необходимости поиска эффективных путей выхода из нарастающего социального кризиса, в связи с чем возрастает интерес к проблемам благополучия человека и общества, его основ, возникающих при интеграции Разума и Духовности на пути к ноосфере, сохранению жизни, развитию виталистской социологии, в том числе виталистской социологии социальной работы [5, с.57].

В связи с этим, социология жизненных сил человека приобретает для социальной защиты особое значение [3]. Это обусловлено, прежде всего, резким ухудшением благосостояния абсолютного большинства населения страны в результате неудач демократических реформ, затяжного кризиса экономики и государственности. Не менее значимым оказались и серьезные проблемы экологического характера как следствие преимущественно технократического, вульгарно-экономического подхода к развитию хозяйственного комплекса страны в 1990-е гг. Все это многократно осложнило решение практических задач социальной защиты «слабых» групп населения, эффективности деятельности социальных работников по повышению уровня и качества жизни. Данная проблематика привлекла внимание достаточно широкого круга специалистов [2].

Такое понимание социально-управленческих процессов обеспечивает его комплексность, преемственность социокультурной динамики, ее взаимозависимость с обществом и природно-экологическим развитием человека, а также с развитием психических, духовных, интеллектуальных сил человека.

Как показывает опыт общественного исторического развития, жизненные силы человека особенно нерационально, неэффективно используются в период ломки традиционных, привычных взаимоотношений и связей. В России в период реформ и трансформации социальной сферы, преобразования социально - управленческого и геополитического пространства происходило разрушение сложившихся хозяйственных и в еще большей мере социальных связей. Значительных затрат сил индивидов и времени, социальных групп и организаций общества потребовало налаживание новой системы связей. Следовательно, одной из центральных задач регулирования жизненных сил общества должно являться создание условий для развития социально эффективных взаимодействий рассматриваемых сил индивидов, групп и общества в целом [1].

Список литературы:

1. Алтайская социологическая школа: история, современность, перспективы развития / [Ю. Е. Растов и др. ; под ред. С. И. Григорьева, Ю. Е. Растова]; М-во образования РФ, Алт. гос. ун-т, Ин-т гуманитар. исслед. при АГУ, УНПК "Социология, психология и соц. работа", Ин-т мониторинга качества регион.образоват. систем, Алт. краев. обществ. орг. "Регион. науч. центр", Алт. фил. Рос.о-ва социологов. - Барнаул: Регион. науч. центр, 2000. - 170 с.
2. Гуслякова Л. Г. Виталистская модель теории и практики социальной работы : монография / Л.Г. Гуслякова. – Барнаул : «Азбука», 2006. – 194с.
3. Гуслякова Л. Г. Качество жизни и социального обслуживания населения: монография / Л. Г. Гуслякова, С. И. Григорьев, Г. В. Говорухина, Ю. А. Калинина, М. Б. Лига, О. В. Тюнина; под ред. Л. Г. Гусляковой. – Горно-Алтайск: РИО ГАГУ, 2011. – 305 с.
4. Устойчивое развитие в XXI веке: социально-технологическое обеспечение / В.Н. Иванов. – М.: Муниципальный мир, 2006. – 764 с.
5. Хабарова Е. В. История становления социального обслуживания в Горном Алтае / Е. В. Хабарова // Проблемы и перспективы социально-экономического развития города: тезис. докл. регион. науч.-практ. конференции посвященной 85-летию образования г. Горно-Алтайска. 12 апреля 2013 г. – Горно-Алтайск: РИО ГАГУ, 2013. – С. 57-60.

УДК 316

Хабарова Е.В.
Горно-Алтайский государственный университет, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, Россия

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ В РЕГИОНЕ 1917 - 2016 ГГ

В статье рассматриваются особенности трансформации этапов управления социальной защитой в регионе 1917 - 2016 гг. на примере Горного-Алтая.

Ключевые слова: *социальная сфера, социальная защита, социальная политика.*

Khabarova E. V.
Gorno-Altaisk state University Republic of Altai, Gorno-Altaisk, Russia

THE FEATURES OF TRANSFORMATION OF SOCIAL PROTECTION IN THE REGION, 1917 - 2016

The article considers peculiarities of transformation stages of management of social protection in the region, 1917 - 2016 on the example of Gorno-Altai

Keywords*: social sphere, social protection, social policy.*

В современных условиях поиска путей развития страны оценка прошлого опыта социального развития становится особенно актуальной. Анализ регионального опыта развития социальной сферы поможет расширить представление об особенностях жизни в регионе, общих тенденциях общества, и позволит понять процесс происхождения и развития многих кризисных явлений.

Развитие системы социальной защиты в каждом регионе Российской Федерации имеет как свои особенности, так и общие черты, характеризующиеся географическим, экономическими, геополитическим особенностями экономического развития и др. [1].

XIX век – важный этап в историческом пути алтайского народа, где завершился процесс преобразования Горного Алтая в российскую территорию со всеми имперскими порядками и законами, именно там были заложены предпосылки для будущего экономического подъёма региона в XX веке [2, с. 67; 3, с.184].

Первый период с 1917 г. – период формирования государственной системы социального защиты. Данный период в регионе характеризуется процессом административно-территориального устройства, проблемой учета этнического компонента.

Второй период с 1922 г. – период перехода из категории колхозного крестьянства в категорию рабочих. Преобразования, главным образом, коснулись быта, веками сложившегося образа жизни алтайского населения. Это было связано с национальной спецификой региона, с особенностями характера проводимой властями политики; природно-климатическими условиями. Социальные преобразования осуществлялись в тесной взаимосвязи с переходом кочевого населения на оседлость и коллективизацией, для чего в местах кочевания создавались колхозные поселения по типу русских деревень.

Третий период 1941-1945 гг. - формирование нормативной базы социальной защиты населения, создание стационарных социальных учреждений по обслуживанию граждан, пострадавших во время ВОВ. Особое место в социальной политике занимают проблемы участников войны и их родственников, которые составляли весьма значительную часть общества. Были приняты законодательные акты, гарантирующие социальную защиту наиболее пострадавшим от войны группам населения: фронтовикам и инвалидам войны и труда, сиротам. Семьям военнослужащих выплачивались пособия, инвалидам — пенсии, предоставлялись различные льготы. В Горном Алтае были созданы районные и областные оперативные группы, которые совместно с райисполкомами, райкомами, горисполкомом партии проводили работу по совершенствованию системы социального обеспечения. Была учтена жилая площадь, как в частных домах, так и в коммунальных, где можно было поселить эвакуированных граждан. Государственным комитетом обороны были созданы дома для инвалидов Великой Отечественной войны (позднее преобразованные в трудовые интернаты), в которых они готовились и проходили переподготовку, получали мирные специальности к дальнейшей трудовой деятельности. Почти все дома отдыха и санатории, создаваемые за счет средств социального страхования, были временно преобразованы в военные госпитали.

Четвертый период с 1946 г. - формирование региональных (краевых, областных) отделов социального обеспечения, организация новых типов социальных учреждений и служб по оказанию помощи населению. Появление различных социальных институтов. Данный период становления социальной помощи в Горном Алтае характеризуется стремлением достичь возможного равенства в распределении богатства. Независимо от того, провозглашались ли при этом цели общественной пользы или социальной справедливости, суть их всех сводилась к тому, что «каждый должен владеть определенным минимумом, и никто не должен иметь больше определенного максимума». Социальное обеспечение в Горно-Алтайской области поднялось на качественно новый уровень. Районные и городские отделы социального обеспечения, кроме основных обязанностей по назначению и выплате пенсий и пособий, обязаны были заниматься материально-бытовым обслуживанием населения; оформлением в дома-интернаты престарелых и инвалидов; предоставлением бесплатных или частично оплачиваемых путевок на санаторно-курортное лечение; обеспечением инвалидов жилой площадью; оказанием единовременной материальной помощи и.т.д. Во всех структурных подразделениях собеса увеличились штатные единицы. В каждом отделе вводились должности общественных контролеров, инспекторов, ревизоров, создавались комиссии по трудовым спорам и пенсионным вопросам. Созданные отделы соцобеспечения занимались дифференцированным материальным обеспечением граждан исходя из особенностей их трудовой деятельности и в соответствии с государственной системой социального законодательства. С началом бурных социально-экономических преобразований в условиях сплошной коллективизации и перехода на оседлость стал игнорироваться национальный уклад жизни и специфика региона.

Пятый период с 1991 г. – формирование системы социальной защиты населения, подготовка профессиональных кадров в области социальной работы, расширение сферы услуг, оказываемых населению.

Кроме того, данный период характеризуется:

1. Разработкой организационно - экономических принципов формирования механизма социальной защиты, методов и форм оказания адресной социальной помощи;
2. Анализом основных факторов, определяющих степень социального неблагополучия на территории, критериев выделения объектов защиты по признакам социальной незащищенности и социального неблагополучия;
3. Определение основных направлений разработки модели социальной зашиты, адекватной реальным возможностям бюджета, наличию дополнительных источников средств и субъектов социальной защиты;
4. Повышение уровня и качества жизни;
5. Сбережение, воспроизводство и активное использование человеческого потенциала как ключевая задача обеспечения национальной безопасности;
6. Выявление групп населения, относящегося к категориям социально уязвимым.

Таким образом, особенностями трансформации управления социальной системой в регионе являются:

1. Этнический состав населения. Переходом кочевого и полукочевого населения на оседлость. Особенности национальных традиций, ведения традиционного хозяйства и социально-бытовых условий проживания.

2. Природно-климатические условия. Слаборазвитость сети и повышенные расходы на содержание социальной сферы из-за горного рельефа. Недостаток тепла, короткий безморозный период, глубокое промерзание почвы), значительное проявление эрозионных процессов, мелкий пахотный горизонт на горных склонах в средней и южной зоне республики.

3. Экономико-географическое положение. Плохой транспортной доступности большинства районов.

4. Взаимодействия федеральных и региональных органов власти. Разделение полномочий между разными уровнями власти в регионе, приводящие к изменениям форм собственности учреждений социального обслуживания, их переподчинение.

5. Тип социально-экономического развития региона. Неразвитый рынок труда и повышенная безработица, низкие доходы населения, значительная часть которых поступает от теневой экономики, прежде всего сбора дикоросов.

Список литературы:

1. *Григорьянц Г. Н.* Социальная защита населения в России: становление и развитие / Г. Н. Григорьянц, З. П. *Замараева.* – М.: МГСУ «Союз», 2004. – 392 с.
2. Концептуальные основы управления социально-демографическими процессами в регионе: монография / под ред. Л.Г. Гусляковой. –Горно-Алтайск: РИО ГАГУ, 2015.-132 с.
3. Устойчивое развитие в XXI веке: социально-технологическое обеспечение / В.Н. Иванов. – М.: Муниципальный мир, 2006. – 764 с.

УДК 377.5

Халудоров С.Ж.
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

О СМЕРТНОЙ КАЗНИ: ЗА И ПРОТИВ

В статье рассматриваются вопросы смертной казни, проблемы проведения смертной казни, смертная казнь в современном демократическом обществе, а также рассматриваются мнения за и против применения смертных приговоров как вида наказания за совершенные преступления.

Ключевые слова: *Смертная казнь, преступление, убийство, социальная справедливость, наказание, право на жизнь.*

Khaludorov S.J.
Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

ON THE DEATH PENALTY: FOR AND AGAINST

The article deals with the death penalty, the problems of the death penalty, the death penalty in a modern democratic society, and considered the views for and against the use of the death penalty as a form of punishment for their crimes.

Key words: *death, crime, murder, social justice, the punishment, the right to life.*

О смертной казни: за и против. Поиск наиболее оптимальных взаимоотношений государства и гражданина во все времена представляла собой сложную проблему. Модель идеального взаимоотношения зависит от множества факторов, например: формы общества, уровня социального и экономического развития, культуры и т.д.

Жизнь это самое ценное, что у нас есть. С момента рождения человек приобретает право на жизнь. Это право означает не просто существование человека, а его возможность вести полноценную жизнь. Уверенность в том, что никто не посягнет на твою жизнь, а если даже такое и случится, то понесет заслуженное наказание.

В действительности дела обстоят так, что право на жизнь не удается обеспечить на все сто процентов. Человек может быть лишен жизни по разным причинам, и, к сожалению, большинство таких причин носит насильственный характер. Люди гибнут от рук преступников, в вооруженных конфликтах, от голода и болезней, а также в результате техногенных катастроф.

Право может быть реализовано только тогда когда есть гарантии его реализации. По своей сути гарантии являются обязанностями. Государство берет на себя обязанности по обеспечению реализации гражданами своих прав, а также охраняет и восстанавливает нарушенные права и обязанности.

Смертная казнь признана как исключительная мера наказания за совершенные особо тяжкие преступления. Казнь используется как средство, направленное на защиту права, на жизнь. К сожалению, убийство стабильно числится в криминальных сводках. Государство должно приложить максимум усилий, чтобы обеспечить защитой право на жизнь путем назначения справедливого и юридически соразмерного наказания такому тяжкому деянию как убийство. В советской юридической литературе использовался термин «высшая мера социальной защиты». Государство защищало жизнь граждан от социально опасного поведения. Убийство каралось смертью преступника узаконенным государством по приговору суда, вступившему в законную силу. Суть такова, чтобы лицо, совершившее преступление претерпевал меры государственного принуждения.

На протяжении долгого времени смертная казнь как высшая мера наказания вызывала ожесточенные споры. Аргументы «за» и «против» можно разделить на два лагеря.

Аргументы «против»: возможность судебной ошибки; гуманизм; противоречие международным нормам.

Аргументы «за»: защита общества, справедливое возмездие; сдерживающие воздействие; экономическая несправедливость пожизненного заключения.

Статья 20 Конституции Российской Федерации закрепляет право каждого человека на жизнь и в качестве меры, направленной на его защиту возможность назначения смертной казни в качестве исключительной меры наказания за особо тяжкие преступления против жизни. Конституция объявила значение смертной казни как защиты высшей ценности, а именно человеческой жизни. Казнь можно расценивать как возмездие преступнику за совершенное убийство в форме мести за совершенное злодеяние. Но если государство санкционирует такой вид мести, то уровень развития права в таком государстве находится на довольно примитивном уровне. Понятия месть и правосудие становятся синонимами, а это путь к регрессу всего государства. Совсем иначе дела обстоят дела с правовым наказанием. Такой вид правосудия можно рассматривать как некие соглашения людей, которые устанавливаются для поддержания стабильной жизни в соответствии с представлениями о добро и зле. Право устанавливает дозволенную модель поведения индивида в обществе, не давая ему выходить за рамки дозволенного. Именно право должно определять меру виновности и наказания. Наказание должно быть общественно обусловленным следствием преступления.

Это было отражено в советской догме правосудия как восстановление социальной справедливости. Понятие социальной справедливости означает, что у всех граждан имеются одинаковые права и обязанности. Наказание служит для восстановления нарушенных прав и свобод гражданина. Это ведет к восстановлению справедливости.

Смертная казнь выполняет две функции: восстановление социальной справедливости, а также предупреждения совершения преступления другими лицами. Поскольку невозможно вернуть жизнь убитого, тем самым восстановить его нарушенное право, именно смертная казнь должна стать неким устрашающим инструментом от посягательства на жизнь. Вместе с этим, казнь преступника лишает шанса на его исправления. В этом заключается коренное отличие смертной казни от обычного наказания. Превентивная роль смертной казни имеет важное значение, но лишь в том случае если такое наказание выносится правомерно. Затрагивая вопросы о применении смертной казни государство, должно исходить из объективных потребностей общества. Граждане должны быть уверены, что их жизни охраняются государством от противоправных посягательств.

Вынося смертные приговоры, надо учитывать возможные ошибки судебного процесса, следственных мероприятий. История знает множество примеров, когда к высшей мере наказания приговаривались невиновные. Поэтому надо исключить все возможные факторы, которые могут привести к подобным печальным последствиям. Наказание должно восстанавливать справедливость, а не приводить к новым преступлениям. Ведь деятельность органов правосудия и следствия должны быть направлены на защиту прав граждан. Люди должны быть уверены, что виновные в совершении преступлений понесут заслуженное наказание.

Наиболее эффективной мерой профилактики преступлений будет повышение культуры населения, улучшение уровня образования. Культурное развитие человека отражает его нравственное воспитание. Именно нравственность является тем барьером, который не позволит человеку преступить черту.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.// Российская газета.– 1993.–25 дек.
2. Права человека в истории человечества в современном мире / Под ред. Е.А.Лукашевой. – М., 1989.
3. Матузов Н.И. Право на жизнь в свете российских и международных стандартов // Правоведение.- 1998. – С. 198
4. Теория государства и права. Учебник / Под. Ред. В.М. Корельского, В.Д. Перевалов. – М.: Норма-Инфра М, 1998. – С. 123

УДК 377.5

Халудоров С.Ж
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

ЭВТАНАЗИЯ И ПРАВО

В статье рассматривается эвтаназия, история возникновения, практика применения, а также применение к несовершеннолетним и вопросы легализации.

Ключевые слова: *Эвтаназия, право на жизнь, смерть,*

Khaludorov S.J
Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

EUTHANASIA AND THE RIGHT

The article deals with euthanasia, the history of the practice of application, and the application to minors and legalization issues.

Key words*: euthanasia, the right to life, death.*

Эвтаназия и право

«Где нет возможности совершенно прекратить страдания, не прерывая нити жизни, допустимо с нравственной точки зрения участия врача в успокоении больного навеки». А.Ф. Кони (Российский юрист).

Право на жизнь и его основные положения были закреплены всеми важнейшими международно-правовыми актами. Также право на жизнь гарантируется конституциями всех развитых и цивилизованных государств. Данный факт подчеркивает, что жизнь человека признается важнейшей ценностью и охраняется государством. Под правом на жизнь понимается право на неприкосновенность жизни, а также свободное распоряжение своей жизнью. Однако по поводу распоряжения правом на жизнь возникают некие трудности. Так, в России безнадежно больной пациент не может ходатайствовать о применение к нему процедуры эвтаназии и прекращении его физических страданий, вызванных тяжелым недугом. Все выше сказанное вот уже на протяжении многих веков является поводом дискуссий о легализации эвтаназии.

Российское законодательство в области эвтаназии

Право на жизнь в России гарантируется Конституцией Российской Федерацией. Жизнь признана высшей ценностью и охраняется государством (ст. 20 Конституции РФ).

В соответствии с Этическим кодексом Российского врача: « Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе, или по просьбе его близких, недопустима, в том числе и в форме пассивной эвтаназии. Под пассивной эвтаназией понимается прекращение лечебных действий у постели умирающего.

Согласно со статьей 45 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года № 5487-1 медицинскому персоналу строго запрещается осуществления эвтаназии, а именно удовлетворение просьбы больного или его близких об ускорении наступления его смерти любыми средствами или действиями, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизнедеятельности. Однако в правовом аспекте применения эвтаназии в Российской Федерации существует лазейки. Так, в России косвенно легализована применение косвенной эвтаназии, осуществляемая путем отказа от медицинского вмешательства или по прекращение искусственного поддержания жизни. Следует отметить, что право на отказ медицинского обслуживания имеет право не только пациент, но и его опекун или иной законный представитель. С точки зрения законодательства право на жизнь, а также право на смерть, это неотчуждаемое право каждого человека. Каждый вправе распоряжаться отмеренным ему временем, так как он хочет. Следует отметить, что существует сложная правовая коллизия. Право на жизнь признается за любым человеком, даже терминальным больным. Эти права заключаются в медицинском поддержании его жизни. Однако вопросы искусственного поддержания жизнедеятельности больного, решают его родственники или опекуны.

Современное российское законодательство не закрепило право гражданина на смерть как естественное право человека; такое впечатление, что законодатель игнорирует его. По мнению А. Н. Красикова, "право на смерть — это естественное право человека, как право на жизнь, а эвтаназию следует рассматривать как разновидность реализации человеком права на смерть".

Эвтаназия и несовершеннолетние

Еще одной проблемой эвтаназии является проблема применения эвтаназии во отношении несовершеннолетних. В соответствии с п. 2 ст. 24 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан». Несовершеннолетние, достигшие 15 лет, имеет право самостоятельно решать вопросы о применении к нему медицинского вмешательства. Статья 33 Основа законодательства Российской Федерации об охране здравоохранения позволяет родителям (законным представителям) несовершеннолетних, не достигших 15 лет, отказаться от медицинского вмешательства, хотя медицинское учреждение имеет право (но не обязанность) обратиться в суд для защиты интересов несовершеннолетнего. Таким образом, осуществление процедуры пассивной эвтаназии по отношении к несовершеннолетнему возможно. В соответствии с современным законодательством, дети до 14 лет обладают элементами дееспособности, они могут приобретать права и обязанности через законных представителей с некоторыми исключениями (пункт 2. Статьи 28 Гражданского кодекса Российской Федерации); несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет вправе действовать самостоятельно, но только с письменного согласия родителей или иных законных опекунов (подпункты 1, 2 Статьи 26, Статьи 27 Гражданского кодекса Российской Федерации. Следует отметить, что эвтаназия детей запрещена во всех странах. На основе вышеперечисленного можно сделать вывод о том, что дееспособность в вопросах определения круга лиц, к которым может быть применена эвтаназия, имеет крайне важное решение. Недееспособный или несовершеннолетний гражданин не может просить о применении к нему процедуры эвтаназии. Таким образом, правом на смерть, а равно как и правом реализации данной возможности обладают дееспособные граждане, достигшие совершеннолетнего возраста. Осуществление эвтаназии с помощью представителя противоречит общепринятым правовым принципам. Хотя такой способ встречается в общемировой правовой практике.

Заключение

Процедура легализации эвтаназии находится в зачаточном состоянии. Это объясняется тем, что право на смерть является антагонизмом по отношению к праву на жизнь. Отсутствие единого подхода к определению права на смерть и составляющего его правомочий. Также проблемой является исторически сложившееся представление о жизни и смерти, к пониманию права на смерть. Легализации эвтаназии они расценивают как торжество болезни и невежество врачей, пасующих перед трудноизлечимым недугом. Нельзя забывать о торжестве технического прогресса. Наука не стоит на месте. То, что казалось неизлечимым, в скором времени будет излечимым. Вопрос лишь в силе духа больного.

Проблема реализации эвтаназии это палка о двух концах. Здесь сложно поставить однозначный ответ за и против. Сколько людей столько и мнений, лично я придерживаюсь за легализацию. Право распоряжаться своей жизнью и смертью это право каждого человека.

Список литературы:

1. Конституция Р. Ф. Принята всенародным голосованием 12.12.93.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
3. Иванюшкин А.Я., Царегородцев Г.И., Карамзина Е.В. О соотношении понятий «медицинская этика» и «биоэтика» // Вестник АМН СССР. 1989. №4. – С.57.

УДК 364.3

Хандмаа С[1]., Мөнхбат О[2]., Сугармаа М[1].
[1] АШУҮИС, [2] МУИС

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ РАБОТЕ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ УЛАН-БАТОРА

Khandmaa S.[1], Munkhbat O.[2], Sugarmaa M.[1]
[1]School of Public Health, Mongolian National University of Medical Sciences
[2]National University of Mongolia

STUDY ON SOME PSYCHOSOCIAL FACTORS AT WORK OF SOCIAL WORKERS IN HEALTH SETTINGS OF ULAANBAATAR

Background: Social workers in health care setting have been working for 10 years in Mongola.The fundamental question of the study is whether job satisfaction of social workers in health care setting can be effective and significance for work environment and wellbeingamong social workers in health care setting. Based on literature review indicating and exploring psychosocial factors at work of social workers, we hypothesized that workload and job strain items of work environment and wellbeing survey predict job satisfaction. The significance of this study is to apply the cross cultural adaptation of work environment and well-beingsurvey instruments among social workers in Mongolia.

Key words: Job satisfaction, social workers in health care setting

Aim: To determinethe role of psychosocial factors at work of health social workers.

Methods:A Survey was conducted between 2015 and 2016 among 116 health social workers of health care settings in Ulaanbaatar. We used the work environment and well-being questionnaire developed by Mark Perston (2012). Work environment and well-being questionnaireconsists of 16 sub items measured on a 6 point Likert scale ranging from 1 to 6.The participation rate was 95%.

Results: Job satisfaction level of social workers in health care setting is medium (n=3.57) in Ulaanbaatar. There were no significant differences between age, tenure and job satisfaction. In the correlation analysis, job satisfaction is correlated with some sub items of work environment and well being survey such as workload (p=0.01) and job strain (p=0.01) that are negatively significant. Thus, items of job control, supervision feedback, organizational support, supervision support, organizational commitment, and trust in supervision, self-care and time management are positively significant with job satisfaction.

Conclusion: Workload and job strain of social workers in health care settings are main factors for the job satisfaction.

Түлхүүр үг: Ажлын сэтгэл ханамж, эрүүл мэндийн нийгмийн ажил

Үндэслэл: Эрүүл мэндийн нийгмийн ажил нь нийгмийн ажлын бие даасан нэг салбар бөгөөд анх 20-р зууны эхэн үед дэлхийн улс орнуудад хөгжиж эхэлсэн түүхтэй. Манай улсад 1997 оноос их, дээд сургуулиудад нийгмийн ажилтныг бэлтгэж эхэлсэн (Oyut Erdene Namdaldagva 2010) бөгөөд 2003 оноос ЭМШУИС-д эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтныг бэлтгэж эхэлсэн байдаг. 2016 оны байдлаар тус сургуулийг эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтан мэргэжлээр 200 орчим мэргэжилтэн төгссөн бөгөөд Монгол улсын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тогтолцоонд 170 орчим эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтан ажиллаж байгаагийн 82 хувь нь Улаанбаатар хотын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнийI,II,III шатлалд ажиллаж байна. Тэдний 90 орчим хувь нь Өрхийн Эрүүл Мэндийн Төвүүдэд ажиллаж байна.

Манай улсад эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтны ажлын байрны нийгэм-сэтгэл зүйн хүчин зүйлс болон ажил үүргийн талаарх судалгаа манай улсад судлагдсан байдлыг авч үзвэл Х.Дамдинжав нарын 2002, 2006, 2010, 2012 онуудад эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтны хэрэгцээ, ажил үүргийн болон бусад тулгамдсан асуудлыг талаар хийсэн судалгааны үр дүнгээс харахад ажил үүргийн тодорхой бус байдал, удирдлагын ойлголт муу, ажлын ачаалал, ажлын байрны тогтвор суурьшил хамгийн тулгамдсан асуудал болоод байна. Иймд эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын ажлын байрнынийгэм-сэтгэл зүйн хүчин зүйлс, ажлын сэтгэл ханамж, тэдгээрт нөлөөлж буй хүчин зүйлсийн талаар судалгаа хийх хэрэгцээтэй байна.

Судалгааны ажлын зорилго: Улаанбаатар хотын эрүүл мэндийннийгмийн ажилтны ажлын байрнынийгэм-сэтгэл орчин, түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлсийг судалж, цаашид сайжруулах арга замыг тодорхойлоход судалгааны ажлын зорилго оршино.

Судалгааны арга: Ажлын нийгэм-сэтгэл зүйн хүчин зүйлсийг судлахдаа Марк Перстоны (2012) боловсруулсан Ажлын орчин-сайн сайхан байдлын анкетыг (Work environment and Well-being survey) ашиглав.

Үр дүн: Судалгаанд Улаанбаатар хотын Баянгол, Багануур, Баянзүрх, Чингэлтэй, Сонгинохайрхан, Сүхбаатар, дүүргийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний байгууллагын гурван шатлалд ажиллаж буй 116 нийгмийн ажилтан хамрагдсан бөгөөд тэдний 87.7 хувь нь эмэгтэй, 12.3 хувь нь эрэгтэй байв. Судалгаанд оролцсон нийгмийн ажилтнуудын дундаж нас нь 30.1 (±8.34), тухайн байгууллагад ажилласан хугацаа 3.7 (±4.8) нийгмийн ажилтнаар ажилласан дундаж хугацаа 2.7 (±3.13) жилбайлаа. Судалгаанд оролцогчдыг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний шатлалаар авч үзэхэд өрхийн эрүүл мэндийн төвийн нийгмийн ажилтан 81.6 хувь, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн нийгмийн ажилтан 14 хувь, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, төв эмнэлгийн нийгмийн ажилтан 4.4 хувь хамрагджээ. Судалгаанд оролцогчдын гэр бүлийн байдлыг авч үзвэл 60.5 хувь нь гэр бүлтэй, 39.5 хувь нь гэр бүлгүй байв.

Ажлын орчин-сайн сайхан байдлын хэмжүүр үр дүнг үндсэн 16 бүрэлдэхүүн хэсэг тус бүрээр шинжилгээ хийв. Тус анкетын хувьд Cronbach alpha-г тооцож үзэхэд дотоод нийцэл (α=0.75), стандарт хазайлт хэвийн тархалттай (SD=0.83) байв. Ажлын орчин-сайн сайхан байдлын хэмжүүрийн дундаж үзүүлэлтүүдийг авч үзэхэд ажлын зорилгоо тодорхойлж буй байдал (m=4.67), цагийн менежмент (m=4.33), байгууллагын төлөөх хүч чармайлт (m=4.07), өөртөө анхаарал тавих нь (m=4.02) бусад үзүүлэлтүүдтэй харьцуулахад өндөр байна. Ажлын хяналт (m=3.99), мэргэжлийн дэмжлэг, зөвлөгөө авч буй байдал (m=3.26), мэргэжлийн дэмжлэг, зөвлөмж хүсэх байдал (m=3.63), хамт ажиллагсадын дэмжлэг (m=3.73), ажлын дарамт (m=3.24), ажлын сэтгэл ханамж (m=3.57), ажил үүргээ гүйцэтгэх итгэл үнэмшил (m=3.56), мэргэжлийн удирдлагадаа итгэх итгэл (m=3.96), ар гэрийн амьдралд ажил нөлөөлөх байдал (m=3.6) гэсэн үзүүлэлтүүд дундаж байна. Харин ажлын ачаалал (m=2.96), байгууллагын дэмжлэг (m=2.84), мэргэжлийн удирдлагын дэмжлэгийг (m=2.87) муу хэмээн үнэлжээ. Судалгаанд оролцсон эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнууд нь байгууллагын болон мэргэжлийн удирдлагын дэмжлэг муу хэмээн үнэлжээ. Өөрөөр хэлбэл, байгууллагын зүгээс мэргэжлийн үйл ажиллагаатай холбоотой дэмжлэг муу хэмээн үнэлсэн байдлыг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний нэгдүгээр шатлалд ажиллаж буй нийгмийн ажилтнуудын хувьд өндөр байгаа хэдий ч стандарт ач холбогдол бүхий ялгаагүй (p=0.231) байна. Ажлын орчин-сайн сайхан байдлыг хүйсээр авч үзэхэд ажлын дарамтын (p=0.05) үзүүлэлтээс бусад үзүүлэлтүүдэд стандарт ач холбогдол бүхий ялгаа байсангүй. Үүнээс үзэхэд ажлын дарамтыг мэдрэх байдал хүйсийн хувьд ялгаатай буюу эрэгтэй эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын хувьд ажлын дарамт бага (3.07), эмэгтэй эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын хувьд өндөр (3.26) байгаа нь ажлын дарамтыг мэдрэх байдал өөр өөр байгааг харуулж байна. Судалгаанд оролцогчдыг насны ангиллаар авч үзэхэд ажлын хяналт (p=0.027), байгууллагын төлөөх хүчин чармайлт (p=0.000), өөртөө анхаарал тавих чадварын (p=0.049) үзүүлэлтүүд нь тухайн мэргэжилтний настай хамааралтай байв. Дээрх гурван үзүүлэлтээс бусад үзүүлэлтийн хувьд насны бүлэгтэй стандарт ач холбогдол бүхий хамааралгүй байна. Ажлын хяналт нь 26-29 насны эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын хувьд өндөр (m=4.31) байна.

Байгууллагын төлөөх хүч чармайлт нь 30-аас дээш насны эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын хувьд өндөр байна. Гэрлэлтийн байдлаар харьцуулж үзэхэд гэр бүлтэй (эхнэр, нөхөртэй) байх нь байгууллагын төлөөх хүч чармайлт (p=0.013), ажлын сэтгэл ханамжтай (p=0.39) хамааралтай байлаа. Өөрөөр хэлбэл, байгууллагын төлөөх хүч чармайлт нь гэр бүлтэй хүмүүсийн дунд илүү өндөр, харин гэр бүлгүй оролцогчдын хувьд бага байна.

Ажлын сэтгэл ханамж нь гэр бүлтэй хүмүүсийн дунд илүү өндөр байв. Ажлын хяналт, ажлын зорилгоо тодорхойлж буй байдал, байгууллагын төлөөх хүчин чармайлт, мэргэжлийн удирдлагадаа итгэх итгэл, өөртөө анхаарал тавих чадвар, цагийн менежментийн үзүүлэлтүүдийн дундаж нь гэрлэсэн болон гэр бүлгүй оролцогчдын аль алинд нь харьцангуй өндөр байна. Ажлын орчин-сайн сайхан байдлын хэмжүүрийн үзүүлэлтүүдийг мэргэжлийн болон мэргэжлийн бус нийгмийн ажилтнуудын дунд авч үзэхэд мэргэжлийн дэмжлэг, зөвлөмж авч буй байдал (p=0.044), байгууллагын дэмжлэг (p=0.004), байгууллагын төлөөх хүч чармайлтын

(p=0.013) үзүүлэлтүүд хамааралтай байна. Энэ нь мэргэжлийн нийгмийн ажилтнуудын хувьд байгууллагын дэмжлэг, байгууллагын төлөөх хүч чармайлт өндөр байгааг харуулж байна. Мэргэжлийн зөвлөмж, дэмжлэг авч буй байдал мэргэжлийн нийгмийн ажилтнуудын дунд өндөр байгаа нь мэргэжлийн үүргээ гүйцэтгэхэд шаардлагатай дэмжлэгийг хүсэх илүү өндөр байдагтай холбоотой гэж үзэж болохоор байна. Мэргэжлийн удирдлагатай эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын хувьд мэргэжлийн дэмжлэг, зөвлөмж авч буй байдал өндөр байна. Өөрөөр хэлбэл, мэргэжлийн дэмжлэг, зөвлөмж авч буй байдал нь мэргэжлийн удирдлагатай хамааралтай (p=0.002). Түүнчлэн ажлын зорилгоо тодорхойлж буй байдлын хувьд мэргэжлийн удирдлагатай хүчтэй хамааралтай (p=0.000) байгаа нь нийгмийн ажилтнууд мэргэжлийн үйл ажиллагааг гүйцэтгэх явцдаа мэргэжлийн үүргээ зөв тодорхойлоход мэргэжлийн удирдлагын үүрэг чухал байгааг харуулна. Эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын өөртөө анхаарал тавих чадвар нь мэргэжлийн удирдлагатай хамааралтай (p=0.05) ажээ. Эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнууд ажил үүргээ гүйцэтгэх явцаа цагаа зөв зохицуулах буюу цагийн менежмент мэргэжлийн удирдлагатай нийгмийн ажилтнуудын хувьд өндөр, өөрөөр хэлбэл, цагийн менежмент нь мэргэжлийн удирдлагатай шууд хамааралтай (p=0.000) байна. Ажлын орчин-сайн сайхан байдлын мэргэжлийн дэмжлэг, зөвлөмж авч буй байдал, ажлын зорилгоо тодорхойлж буй байдал, өөртөө анхаарал тавих чадвар, цагийн менежмент гэсэн үзүүлэлтүүдээс бусад үзүүлэлт нь мэргэжлийн удирдлагатай хамааралгүй байлаа.

Дүгнэлт: Ажлын орчин-сайн сайхан байдлын үр дүнгээс үзэхэд эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтнуудын нийгэм-сэтгэл зүйн хүчин зүйлсд нөлөөлж буй хүчин зүйлсийн хамаарлыг судлахад ажлын дарамт шахалт, ажлын хяналт, байгууллагын төлөөх хүч чармайлт, өөртөө анхаарал тавих чадвар нь хувь хүний хүчин зүйлстэй, мэргэжлийн удирдлага нь байгууллага болон ажилтай холбоотой хүчин зүйлтэй шууд хамааралтай байна. Ажлын сэтгэл ханамж болон зарим хэмжүүрийн хамаарлыг авч үзэхэд ажлын ачаалал, ажлын дарамтын үзүүлэлтүүд нь сэтгэл ханамжтай урвуу хамааралтай байна.

УДК 364.3

Хандмаа А.
Международный университет Улан-Батора, Монголия

ВЛИЯНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РЕСУРСА В ОБЛАСТИ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ УНИВЕРСИТЕТА

Khandmaa A.
International University of Ulaanbaatar, Mongolia

THE IMPACT OF HUMAN RESOURCE POLICY ON DEVELOPMENT OF UNIVERSITY

Summary: *The policy on sustainable development of universities is directly connected to having the right policy on human resource (which appears to be the main resource), as well as managing the methods and skills of management which will implement the policy. This decides whether organizations will work sustainably in the competitive market.*

Key words: *Human resource, policy, teacher, choice, develop and work in sustainable manner*

Purpose of the topic: Conducting the right recruitment, development, motivation and job stability for teachers is an important factor on the development of universities. Therefore our goal is to determine factors which may affect teachers' activities and their changing need on modern higher educational institutes.

Preface: Basis for development of universities is good human resources management and the correct determination of the human resources policy. The university's fulfillment of its obligations to produce quality education and prepare qualified specialists depends on many factors such as skills, organizational talent, communication methods, sector knowledge, experiment of university management, etc. Therefore, education quality is inseparably linked to the leader's skills. It is essential to study factors affecting human resources management, analyze the advantages and disadvantages, make conclusions and find solutions.

Goal of human resource management

- ***The formation of human resources with skilled and qualified employees***
- ***Training and development of employees***
- ***Job stability for skilled employees.*** *Implementation of these goals has become priority for university management.*

Manufacturers should have high skills in order to maintain product demand that meet the markets requirement, just as the main factor of universities is to produce human resource /skilled teachers. Due to the fact that Mongolia has made a transition to market economy, it has actually been a problem to form human resources with skilled teachers. It is and will be an actual issue. However, university as a training, research and production organization has an important role in solving actual management issues by developing teacher's skills, sharing, transferring and distributing their knowledge,

"The correct policy on human resources" makes a valuable contribution on development of universities and in order to achieve this goal it is necessary to develop a program on **the right recruitment, development and job stability for teachers** such as salary, promotion and social issues from different aspects and implement it. In order to contribute to the update of a university, the human resources policy we have made is in the following survey:

Table 1 - **Comparison of criteria on recruitment of teachers at universities**

No.	Criteria	Foreign countries universities	Mongolian universities		Frequency of criteria to teachers
			State owned	Private	
1	Doctor degree	5	12	40	57
2	Master degree	1	12	39	52
3	Excellent knowledge of foreign language	5	12	40	57
4	High communication skills	5	8	34	47
5	Scientific and academic research experience	5	12	39	56
6	Full capability to work on computer and internet	5	12	40	57
7	Teaching and pedagogical skills	5	12	18	35
8	Humanistic value and compassionate ethics	5			5
9	Management skills	4			4
10	Skills to give knowledge to students	5			5
11	Speaking and presentation skills	5		6	11
12	Full distribution of knowledge	5			5
13	Ability to work as a team	5	6	8	19
14	Professional working experience	4	3	3	10
15	Love to work as a teacher	4			4
16	Good attitude	4			4
17	Well-behaving skill	5	3	8	16
18	Love of children	1			1
19	Foreign language skill			9	9
20	Job stability	5	12	6	23

According to this survey, criteria on recruitment of teachers in the Mongolian state-owned and private universities are mostly the same. It looks a good idea that requirements for foreign university teachers include mostly criteria related to behavior. One can make teachers acquire skills but cannot change his/her natural behavior like **human values, communication skills and ethical skills**. However, criteria such as teacher's loving the job, love of children and a good attitude cannot be changed and should be taken into account. Other professional skills should be developed by the institute with a human resource policy.

Research on factors affecting teacher's development

In order to identify the factors affecting teacher's development we conducted the following survey where indicators such as the importance of the teacher's role, academic overload, poor support of research work, a professional improvement system, teacher's development and unplanned performance evaluations.

Table 2 - **Factors affecting teacher's development** (Teachers)

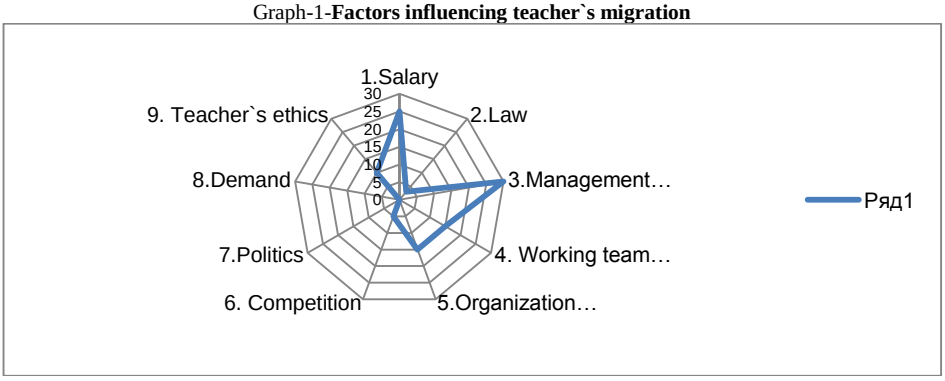
Indicator	Teachers of state owned universities		Teachers of non-state owned universities	
	quantity	share	quantity	share
Professional improvement system	46	41.8	50	42.4
Performance evaluation of teachers	30	27.3	32	27.1
Academic overload	36	32.7	46	39
Poor support of research work	54	49.1	50	42.4
Teacher's development is unplanned	38	34.5	32	27.1
Importance of the teacher's role	21	19.1	23	19.5

According to the above study state-owned university teachers have "poor research support", non-state-owned university teachers believe that a professional teacher development system has influence on their development. The above study also shows that the state and society need to take action for the development of human resources and teachers at universities.

❖ **The research on the stability of the teaching staff in higher education institutions in Mongolia:**

Research shows that in order to manage universities, it is necessary not only to form human resources, but to also develop, encourage, and form good work conditions.

Graph-1-**Factors influencing teacher`s migration**



The above study shows that a major factor influencing teacher's migration is the competence and expertise of management or managing techniques. This means management should have higher capacities and skills than their teachers. The study also shows that salary is a second influencing factor and teachers want to work in an environment with favorable treatment.

Conclusion: According to the above studies we see that the main issue of development of universities is the necessity to recruit in the right way, continuously train and develop working teachers, correctly perform an evaluation once properly developed, invest in teacher's qualifications and job performance. It is unavoidable to not address issues such as adequate remuneration, social guarantees, good working conditions and job stability for qualified teachers. Therefore, in order to develop sustainably, it is important to have highly qualified human resources and better management.

Bibliography:

1. Khandmaa A. Human resources management of higher educational organizations. UB. 2011
2. Khandmaa A. Modernization of higher education and teacher's development. UB. 2013
3. Khandmaa A. Issue of evaluation of teacher's skills. UB. 2016
4. Ram Shukla, Knowledge management in higher education: (A Case Study) Institute of Management, India
5. Philip G.Altbach,(2011) American higher education in the 21st Century, The Johns Hopkins University press

УДК 616.89

Хисматуллина З.Н.

Казанский национальный исследовательский технологический университет, г. Казань, Россия

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК СУЩЕСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В статье рассматривается необходимость и важность реабилитации больных с шизофренией, этапы реабилитации, определяется роль социального работника в её осуществлении.

Ключевые слова: *шизофрения, реабилитация, этапы реабилитации, госпитализм, социальная работа, социальный работник.*

Khismatullina Z.N.

Kazan National Research Technological University, Kazan, Russia

REHABILITATION AS AN ESSENTIAL COMPONENT OF A SOCIAL WORK WITH PATIENTS WITH SCHISOPHRENIA

There is a necessity and importance of the rehabilitation of the patients who suffer from schizophrenia and rehabilitation stages in the article. The role of a social worker in rehabilitation process is defined.

Key words: *schizophrenia, rehabilitation, stages of rehabilitation, hospitalism, social work, social worker.*

Неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровой личности является психическое здоровье. Психическое здоровье – это такое состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может продуктивно работать и противостоять обычным жизненным стрессам, а не только отсутствие психических расстройств и форм инвалидности.

К основным нарушениям психического здоровья относятся депрессия, психозы, шизофрения, деменция, самоубийства, эпилепсия, нарушения, вызванные употреблением алкоголя и наркотиков, а также нарушения психического здоровья у детей. [2]

Одним из наиболее часто встречающихся психических заболеваний является шизофрения. Ежегодно в мире шизофренией заболевают около 10 человек на 100 000 человек, она встречается примерно у 1 % людей на Земле. Среди больных, страдающих психо-

зами, доля ее составляет 70 %. Доля шизофрении среди всех больных, получающих лечение в психиатрических лечебницах составляет 40-50 %, а среди получающих амбулаторное лечение в психоневрологических диспансерах – около 40 %.

Шизофрения – это психическое заболевание с длительным хроническим течением, приводящее к аутистическим изменениям личности. [3]

Неблагоприятное развитие шизофрении не всегда является следствием только злокачественности патологического процесса, но также определяется реакцией личности больного на саму болезнь и на условия, складывающиеся в связи с болезнью. [2]

Неблагоприятные условия жизни и быта создаются и после выписки больного из стационара, поскольку больные шизофренией часто сталкиваются с предубежденным отношением со стороны окружающих. Такое предубеждение связано с представлениями о допустимости «особого» отношения к психически больному, как к человеку, лишенному способности разумно мыслить, самостоятельно решать свои проблемы. Государственные законы охраняют личные и имущественные интересы таких больных, но закон не может оградить больного от имеющихся в обществе предрассудков. Социальные связи больного шизофренией страдают с самого начала психического заболевания.

Поскольку шизофрения приводит к социальной изоляции, то социальный работник иногда бывает единственным человеком, с которым больной может достичь взаимопонимания, и с которым может войти в эмоционально-чувственный контакт. Перед специалистом стоит сложная задача: не только снять симптомы шизофрении, но, прежде всего, вернуть человека в социальную среду, научить его жизни в новых условиях, жить вместе со своей болезнью. Решить эти задачи помогает реабилитация. А именно: помочь восстановить способности решать жизненные проблемы; способствовать восстановлению или формированию эмоциональных, мотивационных ресурсов личности, которые были утрачены в результате заболевания; помощь в обучении социальному взаимодействию. [1]

Очень важно соблюдать все этапы реабилитации при шизофрении, поскольку решение задач восстановления человека как личности, возможно только при выполнении всего комплекса многоплановых реабилитационных мероприятий.

Первый этап реабилитации – это активные воздействия на больного, главная роль среди которых принадлежит биологической терапии. Этап направлен на предотвращение формирования психического дефекта, явлений гопитализма. Характеризуется сочетанием биологических методов лечения, включая медикаментозные, с лечением средой, с психотерапией, лечебной физкультурой.

Важнейшую функцию на этом этапе играет врач-психиатр. Он не только лечит, но играет большую роль в организации «терапевтической среды» в психиатрической больнице, в устранении всех необязательных ограничений режима в отделении больницы, в создании оптимальных отношений больных с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, с семьей.

Немаловажную роль играет и социальный работник, который поддерживает не только пациента, но и его ближайшее окружение. Он является своего рода источником информации и помощником в осуществлении юридического сопровождения. Этап реализуется в условиях обращения в психиатрическое учреждение, содержания и получения медицинской помощи. [2]

На втором этапе реабилитации осуществляется практическое освоение ролевых функций и социальных позиций. Задачей этого этапа является стимуляция социальной активности больных. Это процесс так называемой генерализации восстанавливаемых навыков, умений и знаний применительно к социальным отношениям и требованиям жизни, то есть к тому, что ожидает больного человека по возвращении из лечебного учреждения. Здесь особое значение приобретает трудовая терапия с обучением или переобучением больных новой профессии. Эта работа включает групповую, семейную психотерапию. Биологическая же терапия на этом этапе обычно ограничивается «поддерживающими» дозами психотропных средств.

Третий этап реабилитации – это этап закрепления и поддержки социального восстановления. Он предусматривает более полное восстановление социальной ценности больных, их доболезненных отношений с окружающими людьми. Здесь важна помощь в бытовом и трудовом устройстве, в организации доброжелательного отношения к больному в семье и на работе. Эти мероприятия проводятся во внебольничных условиях, уже после выписки больного из стационара.

Так как, значительная часть пациентов в социальной поддержке будет нуждаться постоянно, то такая поддержка является важнейшим компонентом психосоциальной реабилитации. И чем раньше после купирования острых проявлений психического заболевания, она будет начата, тем лучше. При том нужно помнить, что психосоциальная реабилитация может начинаться и проводиться на любом этапе оказания психиатрической помощи и что психосоциальные воздействия должны быть ограничены во времени и должны быть структурированы (то есть, должны преследовать достижение определенных, конкретных целей). [2]

При несоблюдении этих условий, т.е. при неопределенности во времени и при отсутствии структурированности психосоциальные воздействия будут малоэффективными и даже неэффективными.

Таким образом, наряду с лицами, профессионально вовлеченными в процесс оказания психиатрической помощи, такими как врачи-психиатры, другие медицинские работники учреждений, огромный вклад в реабилитацию больных шизофренией вносят социальные работники. Они помогают справляться с симптомами заболевания, обеспечивают организованное, продуктивное проведение времени, создают психологически безопасное социальное окружение, а также обучают больных социальным навыкам.

Социальный работник проводит работу с семьей больного, которая включает в себя обучение родственников узнаванию симптомов заболевания и способов совладания с ними; обучение взаимодействию внутри самой семьи.

Несмотря на разнообразие форм и типов течения шизофрении, есть общее, что их объединяет – это восстановление (реабилитация) физического, психологического и социального статуса людей, утративших эти способности в связи с заболеванием, что определяет большое социальное, экономическое и медицинское значение шизофрении. Поэтому так важно вернуть человека с шизофренией в социальную среду. Основная цель реабилитации и заключается в том, чтобы с помощью специфических мероприятий сделать инвалидов или лиц, временно утративших трудоспособность, способными к жизни в обществе, приобщить к нормальной личной и общественной жизни.

Список литературы:

1. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация (руководство) / Под ред. акад. РАМН, проф. В.М.Боголюбова. – Москва: Т 1. 2012. – 678 с.
2. Социальная работа в здравоохранении: Учебник / Под ред. Л.М.Мухарямовой, И.Б.Кузнецовой-Моренко. – Н.Новгород: Изд-во Нижегородского госуниверситета им. Н.И.Лобачевского, 2011. – 328 с.
3. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии / В.С.Чудновский, Н.Ф.Чистяков. – Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 2007. – 448 с.

УДК 377.5

Хлынин С.М., Шурухина Т.В.
Сочинский институт Российского университета Дружбы народов, г. Сочи, Россия

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ, ПРОГНОЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Демографическая ситуация в Краснодарском крае имеет положительную динамику и перспективу благодаря целенаправленной социальной деятельности региональных и федеральных структур.

Ключевые слова: *демографические показатели, социальная работа.*

Khlynin S. M., Shurukhina T.V.
Sochi Institute of RUDN University, Sochi, Russia

THE DEMOGRAPHIC SITUATION IN KRASNODAR REGION, FORECAST AND OUTLOOK

The demographic situation in Krasnodar region has a positive trend and perspective due to the targeted social activities of regional and federal structures.

Key words: *demographic indicators, social work.*

Целевая программа «Об улучшении демографической ситуации в Краснодарском крае» на 2011-2015 гг. явилась основой стратегической политики для всех заинтересованных структур. Основной целью программы является стабилизация численности населения и формирование социально-экономических предпосылок к последующему демографическому развитию, укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения, укрепление института семьи [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 5].

Численность населения Краснодарского края составляет 5 453 273 человека. В структуре городское население составляет 54,1%, или 2948000 человек и сельское 2505300 - 45,9% соответственно.

За 2014 год на фоне значительного роста городского населения (+179,5 тыс. чел.) в процентном отношении к общей численности населения края жителей села стало меньше (снижение с 47,2 до 45,9 %).

Основную долю в структуре сельского населения края составляет трудоспособное население, и его доля постепенно снижается. В 2013 году этот показатель составлял менее 46 %. Удельный вес населения в возрасте до 30 лет снижается, старше 50 лет – растет. Это свидетельствует об ухудшении воспроизводственной структуры населения.

В структуре населения Краснодарского края основную долю занимают женщины - 53,6 % в 2014 году. Причем в городе этот показатель (54,3 %) выше, чем в селе (52,8 %). Несоответствие возрастного состава мужчин и женщин является также следствием миграции в города преимущественно молодых женщин, что влияет на показатели естественного воспроизводства.

В 2014 году детей на Кубани родилось почти на 3,5 тысячи больше, чем за 2013 году. Второй год подряд регистрируется естественный прирост населения края, который составил за два года 3340 человек, то есть увеличился в 2 раза.

В целом за 2014 год коэффициент рождаемости по Краснодарскому краю составил 13,6, коэффициент смертности – 13,0. Значит, естественный прирост населения в 2014 году составил + 0,6. В 2013 году прирост составил + 0,3.

Показатели рождаемости и смертности в 2015 году сохранились практически на уровне предыдущего года. Третий год регистрируется естественный прирост населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2015 году составила 71,4 года. Суммарный коэффициент рождаемости - почти 1,78. Этот показатель гораздо выше, чем в большинстве европейских стран.

Естественный прирост населения региона по итогам 2015 года составил 2676 человек, что в 2,5 раза превышает данный показатель по стране. Кроме того, в целом показатель рождаемости на Кубани на 2,3% выше, чем в среднем по России

Для обеспечения стабильного позитивного развития демографической ситуации, надо укреплять институты брака, способствовать увеличению рождаемости и уменьшения смертности за счет реализации государственных и региональных социальных программ. Весомое значение имеют факторы, оказывающие воздействие на уровень рождаемости. Такие как условия природной среды, урбанизация, развитие здравоохранения, занятость женщин в общественном воспроизводстве, демографическая политика [2, 6, 7].

Позитивным изменениям способствовала реализация мер активной демографической политики, прежде всего материальной поддержки семей с детьми. В 2015 году в 69 регионах с неблагоприятной демографической ситуацией семьям, в которых родился третий или последующий ребенок, производилась ежемесячная денежная выплата в размере определенного в регионе прожиточного минимума для детей. 53 региона получили финансовую поддержку из федерального бюджета. 16 регионов производили такие выплаты за счет собственных средств. По состоянию на 1 января 2016 года ежемесячная денежная выплата была назначена на 319 тысяч детей, что составляет почти 80% от численности рожденных третьих и последующих детей.

Анализ показывает, что в крае должным образом относятся к предоставлению семьям такой выплаты, коэффициенты прироста рождаемости приблизительно на 40-50% превышают показатели регионов, в которых такой выплаты нет. В прошлом году продолжила работать программа материнского (семейного) капитала. Так, в 2015 году выдано более 1 млн сертификатов на материнский капитал. Всего за время действия этой программы государственный сертификат на материнский капитал получили 6,7 млн российских семей.

Максимальный размер пособия составлял в 2015 г. рассчитанный на основе МРОТ, составит 27 455 руб. (против 25 564 руб. в 2014 году). Единовременное пособие при рождении ребенка с 1.01.2015 г. - 14 497,80 рублей. Минимальное ежемесячное пособие по уходу за первым ребенком в 2014 году - 2 576 руб. 63 коп. Размер регионального материнского капитала в 2016 году составляет 110 775 рублей

Более 1,8 млн человек получили из средств материнского капитала единовременную выплату в размере 20 тысяч рублей, которая была введена в рамках плана действий Правительства РФ. Порядка 80% семей, имеющих право на маткапитал и, соответственно, на единовременную выплату, этой возможностью воспользовались.

Разработан дальнейший региональный план по повышению рождаемости на 2015-2018 годы, которыми предусмотрены меры, направленные на улучшение репродуктивного здоровья населения, применение вспомогательных репродуктивных технологий; профилактику и снижение числа абортов; поддержку семей при рождении детей в зависимости от очередности рождений, в том числе молодых и студенческих семей; создание условий для совмещения семейных обязанностей с трудовой деятельностью; обеспечение услугами присмотра и ухода за детьми, в том числе в возрасте до 3-х лет; содействие улучшению жилищных условий; повышение информированности населения о мерах поддержки семей с детьми [3,6,7]. Реализация программы направлена на стабилизацию численности населения и формирование социально - экономических предпосылок к последующему демографическому развитию; укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения; формирование у населения мотивации ведения здорового образа жизни; развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания благоприятного внутрисемейного климата[3, 4].

Таким образом, демографическая ситуация в Краснодарском крае имеет определенную положительную динамику, хорошую перспективу благодаря целенаправленной социальной деятельности региональных и федеральных структур.

Список литературы:

1. Андреев Е.М., Е.А. Кваша, Т.Л. Харькова, А.В. Рамонов. Смертность и продолжительность жизни / // Население России 2012 : двадцатый ежегод. демогр. докл. / отв. ред. А.Г. Вишневский. М., 2014. Гл. 4. С. 239–308.
2. Демографические угрозы в популяции промышленного города/Д. Е. Калинкин, А. Б. Карпов, Р. М. Тахауов, С. М. Хлынин, Ю. А. Самойлова//Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 3.–С. 33–36.
3. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 // http:demoscope.ru
4. Поляков Е.М. Демографическая ситуация в современной России // Общество: социология, психология, педагогика. 2012. № 2 С 17
5. Социальное положение и уровень жизни населения Краснодарского края: Стат. сб. / Краснодарстат. – Краснодар. - 2014.–196 с.
6. Хлынин С.М. Формирование основы для здорового образа жизни / Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия: материалы III Международной научно-практической конференции (май 2015 г.) / отв. ред. Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2015. – С.315-317
7. Шаповалова Я.А. Государственная политика в области семейно-брачных отношений 2014. 218 С.

УДК 316

Хорганова А.С.
Научный руководитель: Базарова Т.С.
Бурятский государственный университет г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ- ПЕРВОКУРСНИКОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БУРЯТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА)

В статье рассматриваются проблемы адаптации студентов – первокурсников в высшем учебном заведении. Нами было проведено исследование среди студентов – первокурсников социально – психологического факультета.

***Ключевые слова**: социальная адаптация, студенты – первокурсники, проблема социальной адаптации.*

Khorganova A.S
Scientific scholar: Bazarova T.S
Buryat State University, Ulan – Ude, Russia.

SOCIAL ADAPTATION OF STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS (FOR EXAMPLE BURYAT STATE UNIVERSITY)

The article deals with the problems of the first year students in higher educational school. The inverstigation was done among the first year students og social-psycological faculty.

Key words :social adaptation, first course students, the problems of social adaptation.

В современном обществе актуальна проблема адаптации студентов-первокурсников, так как студенту очень сложно привыкнуть к новым условиям обучения в ВУЗе. Адаптационный период студентов-первокурсников сопровождается трудностями в обучении, вхождение в новую социальную среду и в систему новых отношений.

Как известно первокурсникам не хватает навыков и умений, которые необходимы в вузе для успешного овладения программой. Проходит немало времени, прежде чем студент приспособится к условиям обучения в университете.

Сложности адаптации обусловлены факторами новизны учебной коммуникации, объема информации, специфике взаимодействия с преподавателями и общения в учебной группе выражается в ситуациях сложности усвоения учебной информации, повышенной утомляемости, нехватки времени, несогласованности взаимной ответственности при выполнении коллективного учебного проекта. Чем студент успешнее адаптируется к новым условиям, к новому коллективу, к новым нормам и ценностям студенческой группы, тем успешнее будет процесс самореализации в его студенческой жизни, а затем в будущей профессиональной деятельности.

Как нам известно, что студенческая жизнь начинается с первого курса и, поэтому успешная адаптация первокурсника в вузе является главным для дальнейшего развития студента как человека и будущего специалиста. Поступив высшее учебное заведение, у молодых людей есть некие стереотипы, которые начинают меняться при начале обучения. Новая обстановка, новый коллектив, новые требования, и также чаще всего оторванность от родителей, неумение распорядиться свободным временем, денежными средствами все это приводит к возникновению различных проблем.

С целью определения проблем адаптации нами было проведено исследование методом анкетирования. Были опрошены-студенты 1курса социально – психологического факультета Бурятского государственного университета. В анкетировании участвовало 21 респондент, из которых 20 девушек и 1 юноша, в возрасте 17 – 18 лет.

По итогам исследования можно сделать следующие выводы:

1) Большинство респондентов (57,2 %) ответили, что «социальная адаптация – это процесс приспособления человека к окружающей среде», следующие 33,3 % опрашиваемых затруднились с ответом, 9,5 % респондентов, считаю, что «социальная адаптация - это адаптация в обществе». Таким образом, можно сказать, что большинство современных студентов знают, что такое «социальная адаптация».
2)Следующий ответ был ожидаемым, 100 % респондентов уверены, что их образ жизни изменился с поступлением в ВУЗ. Поэтому, можно сказать, что обучение в школьном образовательном учреждении и в высшее учебном заведении отличается друг от друга.
3) 95,3 % опрошенных удовлетворяет студенческая жизнь, и только 4,7% не удовлетворены студенческой жизнью. Таким образом, можно определить, что студенческая жизнь, является намного интереснее, чем школьная.
4) 57,1 % респондентов вполне хорошо приспособились к новому коллективу, а 42,9 % чувствуют себя не очень комфортно в новой среде. Таим образом, не все студенты адаптировались к новым условиям.
5) У 41,7 % студентов есть проблемы с обучением, 38,9 % студенты, у которых не сложились отношения с группой, а остальные 19,4 % решили воздержаться. Таким образом, можно определить, что у студентов существуют проблемы, и главная из них, это проблема с учебой.
6) Проблемы с учебой выявились так, как 66,6% студентов не имели точного представления о процессе обучения в ВУЗе, а у 9,5 % не сложились отношения с одногруппниками, также 4,7 % не удовлетворяют условия обучения в ВУЗе, остальные 19,2% решили воздержаться.
7) Для решения вышеперечисленных проблем, студентам требуется помощь родителей 38,9 %, 9,5 % выбрали преподавателей, друзей выбрали 22,7% респондентов, и 19,4 % выбрали кураторов. Не смотря, на возраст и на статус самыми главными помощниками будут родители.
8) 85,7% студентов нашли хороших друзей, но 14,3 % не приобрели друзей в новом коллективе. Можно сказать, что у большинства студентов обладают хорошими коммуникативными умениями.
9) У достаточного большого(90,4 %) количества респондентов сложились хорошие отношения с группой, у 9,6 % опрашиваемых не сложились отношения.Исходя из данных, мы понимаем, что не зависимо от различных факторов в группе будут люди, у которых не сложились отношения со всей группой.

Таким образом, важнымицелями ВУЗа, будет являться развитие таких качеств, как умение общаться, понимать друг друга, умение работать в команде, и достаточно точно выражать свои мысли и быть ответственным.

Список используемой литературы:

1) Елгина Л.С. Социальная адаптация студентов в ВУЗе./ Л.С. Елгина Вестник Бурятского государственного университета. 2010/5 с.162
2) Буртонова И.Б. Система университетского образования: совершенствование самостоятельной работы студентов/ И.Б. Буртонова И.Б. Вестник Бурятского государственного университета. 2010/5 с.166
3) Базарова Т.С. Социальный портрет современного студента/ Т.С.Базарова, Изд-во Бурятского университета, 2009.-80.
4) Зборовский Г.Е., Шуклина Е.А. Социология образования. / Е.А. Шуклина, Г.Е. Зборовский Изд – во: Гардарики 2005., с.383
5) Библиотека интересных материалов. Электронный ресурс. http://biblo-ok.ru/bibliok/work/6666/3-ref.php (дата обращения 25.11.2015)
6) Ткачева Г.В. Научно – дидактические условия учебной адаптации студентов на начальном этапе обучения. Современное образование: преемственность и непрерывность образовательной системы «школа – вуз» – 240 с.
7) Академик. Электронный ресурс. http://human_ecology.academic.ru (дата обращения 20.11.2015)
8) Википедия. Электронный ресурс. https://ru.wikipedia.org/wiki/ (дата обращения 20.11. 2015)
9) Овчарова Р.В. Практическая психология образования/Р.В.Овчарова – М.: Издд.Центр «Академия»,2003.- 448с.
10) Степанова О.К. особенности этнических стереотипов Бурятии //Дисс. На соисание уч. Степ. Канд. Психол. Наук/ О.К.Степанова – Москва//социология 212с.
11) Терещенко А.Г. Изменение особенностей психических процессов у студентов в связи с адаптацией к учебной деятельности/ А.Г. Терещенко – Иркутск, 86с.
12) Моя библиотека. Электронный ресурс. http://mybiblioteka.su/4-80586.html (дата обращения 25.11.2015)
13) Старцева И.В.Психологические особенности формирования студенческого коллектива. Электронный ресурс. http://irkocc.ru/npk/51-adaptacija (дата обращения 27.11.2015)
14) Титова М.С. ст. Успешная адаптация студента как залог дальнейшего развития его человеческих и профессиональных качеств. Изд –во Иркутский областной колледж культуры. 2009.
15) Агеев В.В. Учебная деятельность как способ профессиональной адаптации студентов [Электронный ресурс] / В.В.Агеев, А.К.Файзуллина.- http://www.ageyev.kz/articles/artrus/08.htm (дата обращения 29.11.2015)

16) Сорокина Е. И. Психологические проблемы адаптации студентов к условиям учебной работы в ВУЗе [Текст] / Е. И. Сорокина, Л. Н. Маковкина // Психологические науки: теория и практика: материалы IV междунар. науч. конф. (г. Москва, ноябрь 2015 г.). — М.: Буки-Веди, 2015. — С. 1-3.
17) Климова Е.А. Общечеловеческие ценности глазами психолога – профессиоведа / Е.А.Климова // Психол. Журнал №4 с. 130 -136.
18) Эфендиев А.Г. Московское сотрудничество 1995 – 2000гг. социальная ситуация, тенденция, перспективы. / А.Г. Эфендиев, М.В. Кондрашова //Мир России №2. С.7-15
19) Абзаев П.Б. Оценка дифференциации населения региона по критерию уровни жизни. / П.Б. Абзаев , Е.В. Налетова///Социально стратификационная дифференциация российского общества.: Материалы международной научной конференции.
20) Дмитриенко С.А. Формирование навыков адаптации к профессиональной деятельности // Среднее профессиональное образование.- 2007. №2 с.38 – 41
21) Латыш Л.Б. К проблеме управления адаптацией молодежи // Право и образование.№2-2007. С.119-130
22) Платонов К.К. Краткий словарь систем ы психологических терминов – Москва.
23) Росляков А.Е. Процесс адаптации студентов в условиях вуза //Психология и эргономика. - №3 с.47 -49
24) Медведева Е.С. словарь терминов по социальной работе. Интернет ресурс. http://voluntary.ru/dictionary/853 (дата обращения 1.12.2015)

УДК 364.3

Хубусгеев Г.Б., Мантурова С.Ч.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

(на примере «Курумканского центра социальной помощи семье и детям»)

В статье рассматриваются вопросы социальной защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в Курумканском районе Республики Бурятия, анализируются технологии социального обслуживания в условиях «Центра социальной помощи семье и детям»

Ключевые слова: *социальная защита, социальное обслуживание, дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, социальные технологии, социальная работа, социальная реабилитация, приемные семьи.*

Hobucgeev G. B., Manturova S. CH.
East-Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

TECHNOLOGY SOCIAL SERVICE OF CHILDREN-ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

(for example, "Kurumkanskogo center of social aid to family and children")

In the article the questions of social protection of children-orphans and children left without parental care in Kurumkansky district of Buryatia Republic, analyzes the techniques of social service "Center for social assistance to family and children"

Key words*: social protection, social services, children-orphans, children left without parental care, social technologies, social work, social rehabilitation, foster care.*

Одной из форм социальной защиты населения является социальное обслуживание населения, представляющее собой деятельность по предоставлению социальных услуг гражданам, которую оказывают учреждения социального обслуживания. К таким учреждениям относится государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Курумканский центр социальной помощи семье и детям» (далее Центр). Целью Центра согласно Уставу его деятельности является обеспечение и реализация социальной защиты и конституционных прав и гарантий детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; охрана жизни и здоровья воспитанников; всестороннее развитие личности; подготовка к будущей самостоятельной жизни; предоставление комплексных услуг, направленных на поддержку, реабилитацию и восстановление социального статуса семьи.

В рамках Центра успешно функционируют следующие службы: стационарное отделение; комплексной помощи семье и детям; сопровождения замещающих семей; раннего выявление семейного неблагополучия; семейные клубы «Доверие, «Гармония»; клуб замещающих семей «Родной очаг».

Основной задачей социальной реабилитации в условиях стационарного обслуживания является восстановление социального статуса несовершеннолетнего, выявление причин его дезадаптации, социализация, восстановление и укрепление адаптационных возможностей организма, повышение устойчивости к влиянию многообразных негативных факторов.

В 2016 г. создана Служба комплексной помощи семье с целью оказания помощи семьям, находящимся в социально-опасном положении и трудной жизненной ситуации, содействия в их успешной социальной реабилитации и адаптации в современных условиях. В работе Службы используются инновационные технологии работы семьей такие как: «Мобильная бригада», «Домашнее визитирование», метод совместного планирования работы с семьей или составление соглашения о социальном сопровождении между семьей и специалистами Службы.

Создан семейный клуб «Доверие», который осуществляет комплексную социальную поддержку и пропаганду ценностей института семьи. Совместная деятельность родителей и их детей выстроена как неформальное отношение детей и взрослых: занятия, встречи, праздники, творческая мастерская. Были проведены мероприятия: «Семья вместе-душа на месте», акция «Чужих детей не бывает»; День семьи, любви и верности, конференция «Семья – хранительница человеческих ценностей, культуры исторической преемственности поколений» и т.д.

На основании закона РФ №48 «Об опеке и попечительстве» от 24.04.2008 г. и соответствующих решений администрации района «Центр социальной поддержки семьи и детей» 1 декабря 2010 г. создана Служба сопровождения замещающих семей в рамках осуществления Республиканской программы «Тоонто нютаг: традиция жива». Данная служба осуществляет свою деятельность по сопровождению замещающих семей, поиску, подбору и обучению кандидатов в замещающие родители.

Заслуживает внимания деятельность Школы подготовки замещающих родителей, благодаря которой организовано обучение граждан, желающих принять в свои семьи детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Учебная программа утверждена Приказом Министерства социальной защиты населения Республики Бурятия №315 от 01.06.2016 г. Основная цель занятий: предоставление возможности кандидатам оценить свои ресурсы, принять взвешенное решение, подготовить себя и членов своей семьи к проблемам, которые могут возникнуть после принятия ребенка. После завершения занятий выдается свидетельство об окончании Школы.

В целях организации поиска кандидатов в замещающие родители и информирования населения о детях – сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей с 1 апреля 2015г. службой проводится акция «Ищу семью», распространяются буклеты среди населения района, проводятся беседы с жителями сельских поселений. Ежегодно в рамках общереспубликанских мероприятий проводятся «День аиста», «День открытых дверей».

При Службе действует Клуб замещающих родителей «Родной очаг», членами которого являются приемные семьи. В клубе замещающие родители встречаются, имеют возможность обсудить волнующие их вопросы по воспитанию детей, делиться своим опытом, планировать совместный досуг, принимать участие в различных мероприятиях.

Уделяется внимание профилактике социального сиротства, проводится профилактическая работа с семьями, находящимися на ранней стадии семейного неблагополучия. Она проводится совместно с органами опеки и попечительства, благодаря чему оказывается конкретная помощь в получении необходимых документов для оформления соц2иальных выплат, даются советы родителям в вопросах воспитания детей, оказывается помощь в трудоустройстве, в налаживании внутрисемейных отношений.

Таким образом, Центр использует различные технологии оказания социальной помощи, способствует комплексным изменениям в жизни семей, формированию у родителей позитивных взглядов и адекватной мотивации по отношению к детям, к своей семье и обществу в целом.

Материалы для данной статьи извлечены из текущего архива Центра.

УДК 364.3

Цыбикова Л.А.

Восточно-Сибирский государственный университет технологий управления, г. Улан-Удэ Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЦЕНТРЕ «СВЕТЛЫЙ»

В статье раскрывается влияние современных социальных технологий работы с семьями детей с ограниченными возможностями здоровья на их дальнейшую социализацию и интеграцию в общество.

Ключевые слова: *дети с ограниченными возможностями, работа с семьями.*

Tsybikova Ludmila

East-Siberian State University of Technologies and Management, Ulan-Ude, Russia

THE ORGANIZATION OF SOCIAL REHABILITATION IN THE CENTRE "SVETLIY"

The article reveals the influence of modern social technologies of work with families of children with disabilities for their further socialization and integration into society.

Keywords: *children with disabilities, work with families.*

Среди множества проблем, касающихся детей сограниченными возможностями здоровья, проблема работы с семьями таких детей занимаетосновное место. По данным Минздрава России, на конец 2014 г. численность детей-инвалидов в России составила 545 тыс. человек, почти 78 % из них проживают в настоящее время в семьях. Эти цифры ясно показывают актуальность обсуждаемой проблемы .

Все семьи, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями, нуждаются как в психологической поддержке, направленной на повышение самооценки родителей, оптимизацию психологического климата в семье, так и в педагогической помощи, которая связана с овладением необходимыми знаниями и навыками по воспитанию ребенка [1, 2].

Повышенная уязвимость ребенка с ограниченными возможностями здоровья, потребность в уходе обуславливают трудности не только материального характера. Многие вопросы, естественным образом разрешающиеся в других семьях, становятся проблемами: как устроиться на работу; сможет ли ребенок пойти в школу; что будет с ним, когда не станет родителей и т.д. – все это приводит к появлению таких переживаний, как вина, боль, обида, гнев, одиночество, страх. За вышеперечисленным спектром проблем помимо острого «семейного» контекста лежит глубокое личностное значение, что зачастую приводит к необходимости пересмотреть ценностные позиции, смыслы и цели жизни. На уровне семьи — это может вызвать отчуждение членов семьи друг от друга, распад семьи или, наоборот, породить повышенную привязанность членов семьи друг к другу, концентрированность на своих проблемах и изоляцию семьи от общества.

В целях совершенствования социального обслуживания, обеспечения доступности психолого-педагогических услуг для детей-инвалидов по внедрению новой социальной технологии с января 2015 г. осуществляет свою деятельность полустационарное отделение дневного пребывания «Особый ребенок», оказывая социально-педагогические, социально-психологические услуги, услуги по повышению коммуникативного потенциала в полустационарной форме.

Ориентируясь на социальный заказ, сформированный семьей, государством, обществом, а также исходя из специфики, администрация Центра «Светлый» основной целью в работе полустационарного отделения считает получение ребенком квалифицированной помощи, направленной на индивидуальное развитие для успешной адаптации, реабилитации ребенка в социуме; социально-психологическое содействие семьям, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Восстановление, коррекция и компенсация утраченных и нарушенных функций детей в процессе обучения и воспитания, способствующих их социальной адаптации и интеграции в обществе.

Основная задача состоит в том, чтобы в максимальной степени интегрировать в общество детей с различными особенностями в развитии. Процесс интеграции подразумевает три направления деятельности: подготовка особого ребенка, готовность общества принять ребенка с особенностями и удобность окружающего пространства для пребывания. Необходимо соединить в одну плоскость эти составляющие для реализации возможности самого ребенка войти в социум, не разрушая его правил, и установить отношения с другими членами сообщества.

Задачами коррекционно-педагогического процесса являются: укреплять физическое и психическое здоровье детей, корректировать и компенсировать двигательные нарушения, развивать двигательные навыки; всесторонне развивать каждого ребенка с учетом его индивидуальных особенностей в коррекционно-педагогическом процессе; обогащать развитие ребёнка на основе организации разнообразных видов детской деятельности, их интеграция; формировать сенсорно – персептивные способности (преимущественно в структуре различных видов деятельности); приобщать воспитанников к общечеловеческим ценностям, развивать эмоциональную отзывчивость, способность к сопереживанию, к проявлению гуманного отношения;

Для занятий с детьми используются технологии лечебной педагогики, средовой подход и предметно-символьное расписание, здоровьесберегающие технологии, технологию сенсорной интеграции, игротерапию, музыкотерапию, арт-терапию, сказкотерапию, адаптивную физкультуру, Монтессори-педагогику, альтернативные формы коммуникации, самообслуживание и продуктивную деятельность (ручной труд).

Для каждого ребенка, получающего социально-педагогические и социально-психологические услуги, заполнены карты первичного приема, составлен интеграционный маршрут проведения необходимых мероприятий, прикреплен сопровождающий педагог, составлен индивидуальный отчет по диагностическим занятиям, на каждого ребенка заведено личное дело. Согласно интеграционному маршруту, после первичного приема каждый ребенок постепенно проходит путь от диагностических и индивидуальных занятий с педагогом до самостоятельного участия в групповом занятии. Практика показывает, что психолого-педагогическая помощь оказывается более продуктивной, когда с семьей работает команда специалистов, нацеленных на общий результат.

Работа с родителями занимает одно из ведущих направлений в проведении мероприятий Родители знакомятся с формой проведения занятий по адаптации детей в группе, коррекции поведения и дальнейшего развития.

С целью выявления основного запроса по реабилитации и процента удовлетворенности качеством оказываемых услуг, выявления динамики развития и эффективности получаемых услуг постоянно проводится анкетирование родителей.

Родители ознакомлены с формой проведения занятий по адаптации детей в группе, коррекции поведения и дальнейшего развития.

В 2015 г. оказано социально-педагогических, социально-психологических услуг и услуг по повышению коммуникативного потенциала – 9388.

Реабилитационную помощь получили 52 ребенка, из них имеют инвалидность 42 детей (83 %), 10 детей с ограниченными возможностями (17%).

Перешли от индивидуальных к групповым занятиям 34 ребенка (65%). Индивидуальные занятия продолжаются с 4 детьми (8 %). Перешли из одной группы в другую в связи с улучшением – 7 чел. (14 %).

Перестали получать услуги 16 детей, из них 13 (81%) детей – в связи с завершением интеграционного маршрута и переходом в учреждения образования, 2 (13%) детей – в связи с переездом в другой город, 1 (6%) ребенок – в связи с отдаленностью проживания (Иволгинский район).

По результатам коррекционно-развивающих занятий 29 (56%) детей смогли перейти к интеграции в учреждениях образования или изменили форму обучения, из них:

- посещают общеобразовательные ДДУ – 3 (10 %) детей;
- посещают специализированные группы ДДУ – 9 (31 %);
- подготовились и приступили к обучению в средней общеобразовательной школе – 1 (3,5 %) ребенок;
- приступили к обучению на дому – 1 (3,5 %) ребенка;
- перешел с индивидуальной на групповую форму обучения – 1 (3,5 %) ребенок;
- посещает группу подготовки к школе в СОШ – 3 (10 %) ребенка;
- приступили к обучению в СКОШ – 2 (7 %) ребенка;
- начал посещать занятия в общеразвивающем детском центре – 8 (28%) детей;
- начали медицинское обследование для прохождения МСЭ – 1 (3,5 %) ребенок.

За девять месяцев 2016 г. оказано социально-педагогических, социально-психологических услуг и услуг по повышению коммуникативного потенциала – 15936, услугами воспользовались 94 ребенка. Сформированы 10 групп из 6-8 детей согласно интеграционного маршрута.

Деятельность специалистов, проводимая в рамках данного отделения, может рассматриваться как одно из направлений работы по социальной адаптации семьи в контексте основных аспектов жизнедеятельности, особенностей семейного функционирования на различных возрастных этапах, что дает возможность учреждению свободнее передвигаться в проблемном поле семьи и выбирать наиболее адекватные для каждого этапа работы стратегии психолого-педагогической помощи и коррекции. Последовательная реализация этих этапов, вкупе с подчиненностью принципам, сформулированными в работе с особенными детьми, может стать организационной формой осуществления качественных изменений, которые повлекли бы за собой улучшение качества жизни семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья и интеграции этих детей в общество.

Список литературы:

1. Шурыгина Ю.Ю.Об особенностях организации социально-медицинской реабилитации // Поволжский торгово-экономический журнал №6 (22) 2011, Саратов. – С. 104-115.
2. Шурыгина Ю.Ю., Базарон А.П. Организация комплексной социально-медицинской реабилитации инвалидов: Монография. - Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2010. - 232 с.

УДК 364.3

Цыренлхам Т., Дашдулам Ц.., Одгэрэл Б., Цеденбал Б.

Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

АНАЛИЗ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ МОДЕЛИ В.Ф. ШАТАЛОВА КАК СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ

Tserenlkham T., Dashdulam Ts., Odgerel B., Tsedenbal B.

Mongolian National University of Medical Sciences, Mongolia

ANALYSIS OF EDUCATION MODEL VF SHATALOV AS MODERN TECHNOLOGY TRAINING

По указанию в законе о Науки и Технологии Монголии, технология – это комплексметодов, который превращает интеллектуальных работ человека в потребительские товары. А в документах ЮНЕСКО технология обучения рассматривается как системный метод создания, применения и определения всего учебного процесса преподавания иопределения знаний с учётом технических, человеческих ресурсов и их взаимодействия. Образовательный эффект на учащихся определяется педагогической целью и определенной обстановкой. Для обучения методов активизации учащихся надо соотносить педагогических процессов с определенным концепциям. Спланированный педагогические процессы должны быть следовательно взаимосвязаны и направлены на практику. Основная часть педагогической технологии является диагностическая процедура результатов.

Ключевые слова: *Педагогическая технология и технология обучения, опорный сигнал и конспект, образовательная модель и её показатели.*

По мнению профессора К.Г. Селевко любая педагогическая технология должна соблюдать следующие методологическим требованиям (критериям технологичности): ***Концептуальность.*** Каждой педагогической технологии должна быть присуща опора на определенную научную концепцию, включающую философское, психологическое, дидактическое и социально-педагогическое обоснование достижения образовательных целей. ***Системность.*** Педагогическая технология должна обладать всеми признаками системы: логикой процесса, взаимосвязью всех его частей, целостностью.

Управляемость предполагает возможность диагностического целеполагание, планирования, проектирования процесса обучения, поэтапной диагностики, варьирования средствами и методами с целью коррекции результатов. ***Эффективность.*** Современные педагогические технологии существуют в конкурентных условиях и должны быть эффективными по результатам и оптимальными по затратам, гарантировать достижение определенногостандартаобучения.

Воспроизводимость подразумевает возможность применения (повторения, воспроизведения) педагогической технологии в других однотипных образовательных учреждениях, другими субъектами. А также мы присоединяемся к многим учёным, которые отмечают, что при любом педагогическом вопросе надо рассмотреть аналитический процесс и креативность вместе. На практике очевидно, что внешность, отношение, привлекательность, открытость, вежливость, кругозор и креативность учителя имеет огромное влияние как на его педагогическое мышление, так и на процесс обучения. Педагогическая технология – это научно-системно обоснованная совокупность и порядок инструментальных и методологических средств для планируемых результатов на практике и достижения педагогических целей.

В.Ф. Шаталов, учитель-новатор,\Украйна\ в 70-ых годах прошлого века разработал свою знаменитую эффективную педагогическую технологию. Эта технология благоприятно влияет на интенсивность обучения, умение анализировать исистематизировать, саморазвитие учащегося.

Основное содержание. Основной категорий эффективной технологий обучения Шаталова В. Ф. являются ***опорный сигнал и конспект.*** Данная технология, в первую очередь, позволяет раскрыть потенциал каждого ученика за счет активизации работы психофизиологических механизмов, обеспечивающих восприятие, анализ и систематизацию информации, а также создания благоприятных психологических условий для полноценной самореализации личности[H1] .\9,10\. Систематизированные данные как числа, буквы, слова, формулы и знаки на одной странице являются ***опорными сигналами,*** и они помогают учащемуся запомнить или вспомнить содержания урока. Для того, чтобы составить ***опорный конспект***, состоящий из многих опорных сигнал, надо удовлетворять следующие принципы:

1. Лаконичность (300–400 печатных знаков).
2. Структурность (4–5 связок, логических блоков).
3. Смысловой акцент (рамки, отделение одного блока от другого, оригинальное расположение символов).
4. Унификация печатных знаков.
5. Автономность (каждый из 4–5 блоков должен быть самостоятельным).
6. Ассоциативность.
7. Доступность воспроизведению.
8. Цветовая наглядность и образность.

В системе В.Ф. Шаталова новый теоретический материал крупными блоками (охватывающими материал 2-3 и более параграфов учебника) вводит сам учитель. Он раскрывает его содержание, включая, где это возможно, опыты, различные средства конкретизации. Яркость, высокая эмоциональность, насыщенность живыми примерами такого рассказа сочетаются со строгой логикой изложения, с акцентированием внимания на методах познания, способах решения поставленной проблемы, поскольку последние наряду с предметным содержанием являются объектом усвоения. И мы проанализировали данную технологию Шаталова В.Ф на примере урока физики. В рамках нашего анализа мы попробовали следующие процессы:

- Планировали материалы урока крупными блоками
- Составить опорный конспект для каждого уровня урока
- Разработать систему для постепенного освоения знания учащего по физике
- Системное решение задач по физике
- Разработать систему как самопроверки, так и других
- Разработать гибкую оценочную систему для проверки учащего по дополнительным картам с опорными сигналами
- Искать возможности активизировать учащего в лаборатории и в решениях задач.
- Систематизировать материалы повторения
- Оценить учащего

Н. В. Басова, исследуя Шаталовой модели, отмечает, что основное в его технологии обучения: организация сложной познавательной деятельности учащихся в условиях группового обучения, внося элемент соревновательности. А также он представляет основные постулаты модели Шаталова В.Ф.:

1. Объяснять материал предельно понятно, даже упрощенно, для чего следует: снимать лишние нагрузки на внимание ребят, повторяя одно и то же 3—4 раза разными словами;
2. Не разрешать, чтобы учащиеся одновременно слушали и записывали.
3. Осуществлять опережающее рассмотрение теории, закреплять ее в блок-схемах или опорных конспектах, в которых сжато, отражается логическая последовательность материала. Изображать красочно, ярко, необычно, использовать закономерность зрительного анализатора.
4. Вести контроль знаний учащихся по этим блок-схемам.
5. Проводить занятия в пределах традиционного обучения с опорой на школу памяти, но не исключая и мышление учащихся.
6. Создавать в классе такую атмосферу, в которой каждый ученик чувствует себя спокойно и уверенно. Это является главной предпосылкой для творческой идеятельностном атмосферы, помогающей развитию способностей и интереса учащихся.
7. Применять принцип поурочного балла, т. е. спрашивать каждого учащегося на каждом уроке.
8. Дать каждому учащемуся возможность улучшить свой балл.
9. Гуманное отношение к учащимся и родителям.

Человеческий мозг может интегрировать информацию; исследуя и зная такого процесса кодирования в голове наши коллеги, в том числе, наш выдающий педагог Гомбожав Г. удачно пользовался технологией опорного сигнала на уроках физики.

Заключение. По критериям Селевко Г.К. интенсивная методологическая система Шаталова В.Ф. полностью удовлетворяет основные требования. Результаты нашего исследования показывает, что заключительные 9 постулаты могут соответствовать урокам физики, в школах и вузах. Образовательная модель Шаталова В.Ф. подходит не только для урока физики, но и для других занятий.

УДК 364.3

Чойням Б., Ценгел М., Бямбадоржи Е.
Монгольский национальный университет медицинских наук

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТЕКАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВЕГЕТАРИАНЦЕВ И НЕ ВЕГЕТАРИАНЦЕВ

Choinyam.B, Tsengel.M, Byambadorj.E
Mongolian National University of Medical Sciences

EFFECT OF ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA COMPARISON IN PEOPLE WITH VEGANS AND NON-VEGANS

Summary: Significant increase ofbronchial asthma, atopic dermatitis and eye and nasal allergic diseases has been concerning doctors and researchers of our country as well asof the world in recent years.Although there had been number of studies and surveys conducted on sickness rate of allergic rhinitis and asthma in last years, but none of them concerned about diseases condition on vegans and non-vegans in comparison. This can be a novelty for this survey. According to survey result, 98% of vegans are satisfied with their vegetarian diet, whereas 24% of non-vegans are not satisfied with their diet. Also, the result shows that vegan lifestyle is healthier than non-vegans living style and smoking is significantly lower in vegans. Allergic rhinitis and asthma sickness rate is relatively lower in vegans than to compare with rate in non-vegans. This result suggests a need of detailed research on each diet condition as well as ingredients of food or meal they eating and food processing methods.

Key words: *vegan, non-vegans, asthma, allergic rhinitis.*

Background: Changes in lifestyle, tobacco and alcohol use, physical inactivity and air pollution are being main causes for sharp increase in respiratory diseases, allergies and infectious diseases recently[1]. In year from 1999-2000, Mongolian and Finnish researchers found out that asthma rate was 1.1% and allergic sensitivity was 13.6% among population in rural area, and among population living in Ulaanbaatar, the asthma rate was 2.1% and allergic sensitivity was 31%. Currently, there are no studies that comparing respiratory illness and allergic rhinitis among vegans and non-vegans.

Aim: To study allergic rhinitis and asthma rate in vegans and non-vegans and the influencing factors.

Objectives:

1) To study allergic rhinitis and asthma rate in comparison among vegans and non-vegans;
2) To study and find out diet-satisfaction rate in vegans and non-vegans;
3) To study some risky factors affecting allergic rhinitis and asthma rate among participants;

Materials and methods: According to analytical research method,total 160 survey participants include vegans selected with probability sampling method and non-vegans selected with random sampling method. All participants were provided with consent form before starting the questionnaire.

Questionnaire was developed by selecting in part from Global Initiative for Asthma developed jointly by the National Heart, Lung And Blood Institute of America and the World Health Organization within joint seminars and selecting 2 parts from 11 part closed and half-open questionnaire developed under the guidance of the European Community Respiratory Health Survey. Statistical processing of questionnaire based findings was performed with SPSS 20.0 software.

Result: 43% of total survey participants was female, and 53% was male.

To compare survey participants by age and sex, women up to 40 years old are rather being vegans and it tends to balance in gender as the age is getting older in participants.

According to survey result, 98% of vegans are satisfied with their vegetarian diet, whereas 24% of non-vegans are not satisfied with their diet.

8.75% of vegans have allergic rhinitis whereas 32.5% of non-vegans have that rhinitis. And 7.5% of vegans are those who have had suffered from severe asthma for years and 10% are those who experiencing asthma for now. Meanwhile, 30% among non-vegans have severe asthma and 33.75% of them are suffering from asthma for now.

To consider common risks of allergic rhinitis and asthma, all vegans are non-smokers whereas 28.75% of non-vegans are smokers. To compare smokers in sex, 77.2% are males and 22.8% are females.

For about living environment of participants, 10% of vegans live in ger, 31.3% live in fenced house and 58.7% live in apartment, while, 21.3% of non-vegans live in ger, 26.3% live in fenced houses and 52.5% of them live in apartment.

Conclusion: Allergic rhinitis and asthma rate is relatively different in and among vegans and non-vegans. According to survey result, vegan lifestyle is healthier than non-vegans living style and smoking is significantly lower in vegans. Food products and ingredients consumed by non-vegans might affect their susceptibility to these diseases.

Reference

1. WHO. Global Initiative for Asthma, Global Strategy for Asthma Management Prevention. MH Pub. No 02-3659, Updated 2013.
2. Gombosuren.B The pathology of Respiratory system. Ulaanbaatar 2012. p361-412, 38
3. Munkhbayarlakh.S Rhinitology. Ulaanbaatar 2005. p119-146

УДК 616.728.2-089:615.847.8

Шарова О.Я., Турчина Ж.Е., Тараба Т.С.

Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.М. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В статье представлен подход к поздней комплексной реабилитации больных после эндопротезирования суставов нижний конечностей.

Ключевые слова: *физиотерапия, магнитотерапия, эндопротезирование.*

Sharova O.J. Turchina J.E., Taraba T.S.

Prof. V.F. Voino- Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russian Federation

MAGNETOTHERAPY IN COMPLEX REHABILITATION AFTER ENDOPROSTHESIS KNEE-HIP JOINTS

The article presents an approach to the late complex rehabilitation of patients after lower limb arthroplasty.

Keywords*: physical therapy, magnetic therapy, endoprosthesis*

Последние годы во всех странах стремительно растет число оперативных вмешательств по замене тазобедренного и коленного суставов искусственным эндопротезом [4]. Но даже при высокопрофессионально выполненном оперативном вмешательстве у большинства пациентов после эндопротезирования суставов длительное время сохраняются функциональные нарушения в тех случаях, когда в послеоперационном периоде не проводятся квалифицированные реабилитационные мероприятия.

Поэтому основной целью медицинской реабилитации является прежде всего восстановление функции оперированного сустава (на уровне повреждения, по Международной классификации функционирования, 2001); укрепление мышц обеих конечностей; восстановление возможностей передвижения и самообслуживания, восстановление правильного стереотипа ходьбы (на уровне активности, по МКФ); восстановление социальной и профессиональной активности, улучшение качества жизни (на уровне участия, по МКФ) [3].

Главной задачей_позднего послеоперационного периода (с 3-4 недели после операции) является максимальное восстановление нарушенных травмой и операцией жизненных функций организма. В этом периоде основное внимание следует уделять обучению больного правильной ходьбе и восстановлению навыков самообслуживания [2].

Основу комплексной реабилитации составляют занятия ЛФК. Кроме занятий лечебной физкультурой одновременно следует включать методы физиотерапии, массаж.

Однако стоит учитывать, что операцию по протезированию тазобедренного сустава чаще всего проводят людям старшего возраста, заболевание у которых развивалось годами и сопровождалось болевым синдромом, который заставлял их щадить повреждённую конечность, тем самым, перенося больше веса на здоровую. Если этот процесс продолжался долгие годы, то в качестве вторичных осложнений у них будут наблюдаться изменение трофики мышц и тканей тазобедренного сустава, развитие контрактур, появление сколиоза в качестве компенсаторной реакции и образование патологического двигательного стереотипа.

В 2010 году в Красноярском государственном университете им. проф. В.М. Войно-Ясенецкого на базе Университетской клиники был открыт центр ортопедии, травматологии и реабилитации.

Центр был определен, как научно-образовательно-реабилитационный центр, объединяющий и направляющий усилия врачей-ортопедов, неврологов, физиотерапевтов, реабилитологов в частности на реабилитацию опорно-двигательного аппарата.

С 2013 года была разработанна и внедрена программа по реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов в позднем послеоперационном периоде.

В центр ортопедии, травматологии и реабилитации Университетской клиники пациенты обращались в различные сроки после операции: от 1,5 месяцев после операции - до одного года. Позднее обращение можно объяснить невозможностью самостоятельно посещать клинику после оперативного вмешательства. Комплексная медицинская реабилитация пациентов с патологией тазобедренных суставов составляет - 10 дней, коленных – 7 дней.

За 2014-2016 год среди пациентов (312 человек) после эндопротезирования в поздний период реабилитации 72% составили женщины, средний возраст 68 лет,: 28% мужчины, средний возраст составил 63 года.

Основными проблемами пациентов являются: мышечная гипотрофия прооперированной конечности; дегенеративно-дистрофические изменения (отек, нарушение кровообращения, деформация); болевой синдром, ограничение функции сустава; утрата двигательных функций конечности в целом, как органа опоры и движения [3] .

Комплексная медицинская реабилитация после эндопротезирования на базе университетской клиники включает: определение программы реабилитации ортопедом- травматологом; занятия ЛФК с инструктором с индивидуальным подбором занятий; физиотерапия; массаж (вибромассаж, ручной массаж нижних конечностей); медикаментозная коррекция по необходимости.

При анализе назначаемых аппаратных факторов физиотерапии можно отметить следующие методы: УФО области шва- 10%; СМТ – терапия 34%; электрофорез лекарственных препаратов -15%; электростимуляцию мышц бедра - 57%; магнитное поле низкой частоты - 75%; низкоинтенсивное лазерное излучение инфракрасного диапазона - 46%.

Наличие современных металлоконструкций (некорродирующих, амагнитных) в зоне воздействия физических факторов, в том числе электрических и магнитных полей, не является противопоказанием к физиопроцедурам.

Наиболее частым физиотерапевтическим назначением в реабилитации является магнитотерапия, как монопроцедура, так и в сочетании с другими факторами.

Учитывая пожилой возраст наших пациентов и сопутствующие заболевания, магнитотерапия является для них достаточно безвредной процедурой.. Также преимуществом влияния магнитов является то, что их воздействие может проникать через одежду, компрессионное белье, кожу, обработанную различными кремами и гелями.

Кроме известных общих патогенетических механизмов магнитотерапии, можно отметить, что при воздействии магнитного поля происходит сокращение лимфатических сосудов, способствуя уменьшению отечности тканей и наблюдается адекватное функционирование кровеносных сосудов и нервных волокон в зоне прооперированного сустава.

В университетской клинике КрасГМУ используются физиотерапевтический комбайн БТЛ 5000, аппарат «Магнит».

Аппараты генерируют различной формы магнитные поля (импульсное, пульсирующее, переменное) и формируют магнитные импульсы низкой интенсивности (от 1 мТл до 160 МТл), низкой частоты (от 2 до 100Гц).

Индукторы располагают на дистальные отделы конечностей с целью устранения отека тканей, улучшения трофических функций, с обезболивающей целью. Следует учитывать, что излучатели следует расположить таким образом, чтобы силовые линии магнитного поля проходили вдоль металлической конструкции; дозировка напряженности магнитного поля должна быть уменьшена примерно в 1,5-2 раза по сравнению с общепринятой методикой [5].

Магнитные поля от 2-10 ГЦ, интенсивность магнитной индукции 50%, от 10 мТл до 100% (60-80мТл) от 16 до 32 минут. Курс, как правило, включает в себя проведение 8-10 процедур ежедневно, Продолжительность самой процедуры колеблется от 16 до 32 минут. Из отмеченных эффектов магнитотерапии можно указать следующее: ускоряется заживление поврежденных тканей организма; уменьшается боль при хронических болевых синдромах, ускоряется заживление рубцов после перенесенных хирургических вмешательств**.**

Эффективность реабилитации пациентов, перенесших эндопротезирование сустава, оценивается по данным анализа клинических, инструментальных методов исследования (угол подвижности суставов), уменьшение или отсутствие болевого синдрома, восстановление подвижности и активности в повседневной жизни и изменения качества жизни.

Повторение курса реабилитации рекомендуется через 6 месяцев. Полное выздоровление занимает в среднем от четверти до 2х лет– в зависимости от объёма протезирования, возраста и состояния здоровья пациента, а также степени выраженности двигательных нарушений, имевших место до операции, и функциональных возможностей другого тазобедренного сустава, позвоночника и коленных суставов.

Изучив отдаленные результаты, было установлено, что только 12 человек (4%) не отметили положительного эффекта от проведенной комплексной реабилитации, 197 пациента (63%) вернулись через 6-12 месяцев на реабилитацию, отмечая уменьшение болевого синдрома, восстановление движения в суставе и расширение двигательной активности. Улучшение походки после проведенного восстановительного лечения по вышеизложенной методике привело к улучшению качества жизни этих пациентов.

Таким образом, комплексная реабилитация позволяет активизировать пациентов после операции по замене сустава и вернуть его в привычную для него обстановку, к исходному уровню бытовой независимости, двигательной, социальной и профессиональной активности.

Одним из наиболее эффективных методов физиотерапии является назначение магнитотерапии. И только в случае комплексной реабилитации может быть достигнута цель операции эндопротезирования - восстановление утраченной подвижности сустава и улучшение качества жизни больного.

Список литературы:

1. Абельцев В.П., Михайлова Т.С., Ковалев А.И. Реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренных суставов средствами ЛФК на стационарном этапе// Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем: Тез. 4-ой науч.-практ. конф. М.: МЦМР. 1999. С. 84-86.
2. Буйлова Т.В., Цыкунов М.Б. Реабилитация при эндопротезировании коленного сустава // Федеральные клинические рекомендации. Москва, 2015г.
3. Карпухин А.О. Оценка эффективности госпитального периода физической реабилитации пожилых больных при эндопротезировании тазобедренного сустава: дис. … канд.мед.наук. Москва 2015. 165с.
4. Тараба Т.С. Физиопроцедуры в реабилитации больных после эндопротезирования крупных суставов в позднем послеоперационном периоде/ /Сборник научных трудов по материалам VI международной научно-практической конференции «Перспективы развития науки и образования», Москва, 2016.С 46-48
5. Улучшение качества жизни инвалидов войн и лиц пожилого и старческого возраста после эндопротезирования тазобедренного сустава// В. А. Жирное, Л. Г. Буканова, Н. В. Мельничук, Ж. О. Юшковская [Электронный ресурс] URL: http://www.med74.ru/articlesitem342.html/ (дата обращения: 12.10.2016).

УДК 612.2–002.1–036.1–02–008.87–058–053.2

Шварацкая О.В., Карпенко А.В.

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЧАСТЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРВИ У ДЕТЕЙ

В статье рассматриваются вопросы повторных бактериальных осложнений ОРВИ у детей, обговариваются медико-социальные факторы риска, некоторые иммунологические аспекты, возможности профилактики.

Ключевые слова: *ОРВИ, отит, синусит, лизоцим, дети.*

Shvaratska O.V., Karpenko A.V.

Dnepropetrovsk Medical Academy of MoH of Ukraine, Dnepr, Ukraine

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF RECURRENT BACTERIAL COMPLICATIONS OF UPPER RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN

The article is devoted to the issue of recurrent bacterial infections following upper airway viral disease. Medical and social risk factors are discussed, as well as immune background and preventive treatment.

Key words: *URI, otitis, sinusitis, lysozyme, children.*

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к наиболее распространенной патологии как во взрослой, так и в детской популяции, и занимает ведущее место в структуре общей инфекционной заболеваемости населения (до 95 %), при этом 70-80 % зарегистрированных заболевших составляют дети [2]. ОРВИ причиняют существенный экономический ущерб государству за счет временной нетрудоспособности пациентов и затрат на их медицинское обслуживание (так, например, в России в 2015 году ОРВИ занимали первое место по величине экономического ущерба [1]), а также снижают санитарно-эпидемиологическое благополучие населения. При этом дети склонны к более частому, чем взрослые, развитию осложнений ОРВИ, в том числе бактериальных. У детей острый гнойный средний отит, по данным Американской ассоциации педиатров, развивается при ОРВИ в 15-20 % случаев, острый бактериальный риносинусит – в 5-15 % случаев [4; 5]. Развитие бактериального процесса в верхних дыхательных путях и ЛОР-органах на фоне респираторной вирусной инфекции удлиняет продолжительность заболевания, увеличивает количество дней нетрудоспособности родителей, осуществляющих уход за больным ребенком, повышает стоимость лечения за счет увеличения количества препаратов и времени терапии, повышает медикаментозную нагрузку на организм ребенка и делает более существенными риски побочных эффектов терапии и аллергических реакций. Определенный контингент детей склонен формировать рецидивирующий паттерн бактериальных осложнений ОРВИ [3], что может приводить к снижению школьной успеваемости и нарушению социальной адаптации ребенка. Повторные бактериальные осложнения могут быть связаны в том числе с недостаточной функцией местной резистентности слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Учитывая изложенное, является актуальным исследование факторов риска и патофизиологических особенностей развития повторных бактериальных осложнений ОРВИ у детей, а также поиск эффективных, патогенетически обоснованных, и при этом относительно недорогих и доступных для широкого применения в педиатрической практике способов профилактики и лечения этих осложнений.

Для реализации данной цели исследования были обследованы дети в возрасте от 3 до 18 лет, у которых на фоне ОРВИ развились бактериальные осложнения в виде острого гнойного среднего отита (ОСО) или острого риносинусита (ОРС) (который у детей младшего возраста проявлялся как аденоидит). Исходя из данных анамнеза, дети были распределены на 2 группы исследования: I со-

ставило 128 детей с эпизодическими бактериальными осложнениями ОРВИ в анамнезе, II – 86 детей, характер осложнений у которых соответствовал критериям рецидивирующего течения (4 задокументированных эпизода ОСО и/или ОРС в течение года). В качестве контрольной группы выступили 36 детей с неосложненным течением ОРВИ. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Из исследования исключались дети, получавшие местные или системные антибактериальные препараты в течение предшествующих 2-х месяцев.

Всем пациентам проводилось объективное клиническое обследование, а стандартный комплекс лабораторных и инструментальных исследований, определенный соответствующими нормативными документами Министерства здравоохранения Украины. Кроме того, для определения истоков респираторной заболеваемости производился ретроспективный анализ медицинской документации ребенка и анкетирование родителей. Также было исследовано содержание иммунозащитного пептида слизистых оболочек верхних дыхательных путей лизоцима в ротоглоточном секрете в динамике заболевания.

Во II группе детей практически половина (46,5 %) имели высокий уровень общей респираторной заболеваемости (более 6 эпизодов ОРВИ в год), тогда как в I группе таких детей было всего 18,0 % ($\chi2=20,17$; $p<0,001$), в контрольной – 16,7 % ($\chi2=9,62$; $p=0,02$). Такая склонность к повышенной заболеваемости манифестирует в раннем возрасте: 73,26 ± 4,77 % детей II группы исследования впервые перенесли ОРВИ на первом году жизни, в отличие от I группы, где доля таких детей составила 46,88 ± 4,41 % ($\chi2=14,65$; $p=0,0001$). Медиана возраста первого респираторного заболевания составила 13,00 (4,50; 16,00) месяцев в I группе, 6,00 (4,00; 12,00) месяцев во II группе ($p<0,0001$ по U-критерю Манна-Уитни).

Факторами семейного анамнеза, которые могут увеличивать риск рецидивирующих бактериальных осложнений ОРВИ у ребенка, оказались склонность матери к частым респираторным заболеваниям (относительная вероятность возникновения повторных бактериальных осложнений ОРВИ у детей таких матерей ОВ=1,18; отношение шансов ОШ=1,30; 95 % ДИ [1,06; 3,01]) и наследственная отягощенность по материнской линии по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ОВ=1,62; ОШ=2,64; 95 % ДИ [1,16; 5,64]). Из перинатальных факторов наибольшее значение имело осложненное течение беременности матери: эндокринная патология (встречалась у 1,56 ± 1,10 % матерей пациентов I группы и у 10,47 ± 3,30 % матерей пациентов II группы; $\chi2=8,36$; $p=0,004$) и анемия (33,59 ± 4,17 % и 46,51 ± 5,38 % соответственно; $\chi2=3,52$; $p=0,049$). В постнатальном периоде жизни ребенка большое значение имело грудное вскармливание и его длительность. ОВ частых бактериальных осложнений ОРВИ при искусственном вскармливании в сравнении с естественным составила 1,28; ОШ=1,56; 95 % ДИ [1,07; 3,59]. При вскармливании женским молоком менее 12 месяцев в сравнении с большей продолжительностью данные показатели риска составили ОВ=1,5; ОШ=1,82; 95 % ДИ [1,05; 3,88].

Содержание лизоцима в ротоглоточном секрете детей II группы исследования в сравнении с I было достоверно меньшим во все периоды заболевания и после реконвалесценции. Так, в начале развития бактериального осложнения концентрации лизоцима составили 21,86 (12,89; 28,72) пг/мл во II группе против 39,82 (26,49; 45,29) пг/мл в I группе ($p<0,001$); в конце заболевания – 47,27 (36,29; 56,20) пг/мл против 65,39 (55,93; 76,52) пг/мл соответственно ($p<0,001$); в периоде реконвалесценции – 19,19 (16,80; 22,88) пг/мл против 26,58 (17,43; 34,98) пг/мл соответственно ($p=0,002$).

Учитывая изложенное, 38 детям, склонным к рецидивирующим бактериальным осложнениям ОРВИ, при следующем эпизоде заболевания в терапию с первых дней был включен лизоцимсодержащий препарат для местного применения «Лисобакт» («Bosnalijek» − Босния и Герцоговина). Данная терапия позволила снизить частоту развития бактериальных осложнений на 19,8 %; способствовала сокращению длительности основных проявлений заболевания: лихорадки (с 3,85±0,21 до 3,21±0,11 дней) и катарального синдрома (с 6,61±0,42 до 4,91±0,23 дней), а также уменьшению общей длительности заболевания (с 12,05±1,01 до 10,12±0,91 дней) ($p<0,05$).

Таким образом, включение в терапию ОРВИ препаратов, содержащих лизоцим, является патогенетически обоснованным и позволяет снизить частоту бактериальных осложнений у детей, склонных к их рецидивирующему возникновению, снизить тяжесть и длительность заболевания, что снижает частоту использования антибиотиков (что является существенным в свете актуальности проблемы антибиотикорезистентности в мире) и экономическую нагрузку на семью и государство. Пропаганда в обществе грудного вскармливания и санитарно-просветительская работа с матерями может способствовать профилактике формирования уязвимого в отношении повторных бактериальных инфекций верхних дыхательных путей контингента детей.

Список литературы:

1. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2015 года [Электронный ресурс] URL: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statictic_details.php?ELEMENT_ID=5525 (дата обращения – 5.11.2016)
2. Кареткина Г.Н. Острые респираторные заболевания: современное комплексное лечение // Лечащий врач. – 2016. - № 10. – С. 25-28
3. Нестерова. И. В. Проблемы лечения вирусно-бактериальных респираторных инфекций у «часто и длительно болеющих» детей. // Лечащий врач. – 2009. – № 6. – С. 40-43.
4. Lieberthal Allan S. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media / Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree [et al.] // Pediatrics. – 2013. – Vol. 131 (3). – P. 964-999.

УДК 364.044.

Широкалова Г.С.
Нижегородская государственная сельскохозяйственная академия, г. Нижний Новгород, Россия

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНОЙ ВЗАИМОПОМОЩИ

В статье рассматривается эффективность поддержки россиян, находящихся в сложной жизненной ситуации, через социальные сети.

Ключевые слова: *социальные сети, власть, неравенство, активность.*

Shirokalova G. S.
Nizhny Novgorod State Academy of agriculture, Nizhny Novgorod, Russia

SOCIAL NETWORKING AS A MECHANISM FOR SOCIAL SOLIDARITY

The article deals with the effectiveness of the support of Russians who are in difficult life situation through social networks.

Key words: *social networking, power, inequality, activity.*

Итоги работы ведущих институтов РФ ежегодно концентрируются в «Докладе о состоянии фундаментальных наук в Российской Федерации и о важнейших научных достижениях российских ученых». Процитируем один из выводов: «Происходящие в мировой экономике процессы ведут к углублению разрыва между экономическим ростом и социальным развитием. …Реформирование систем государственной поддержки граждан, становящееся общемировой тенденцией, ведет к возрастанию стоимости социальных услуг для населения и ставит под вопрос само существование социального государства. Изучение направлений трансформации современного мироустройства в его социальной составляющей рассматривается, в первую очередь, в контексте анализа практической политики в социальной сфере, в том числе и для России».

Зафиксированная тенденция не могла не отразиться в росте различных форм социальной активности по защите прав граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Среди них сбор подписей под петициями на сайтах Народная инициатива, Демократор.ру, Avaaz.org, Change.org. Помощь людям, даже минимальная, дает ощущение сопричастности к борьбе за справедливость. Список победивших петиций, представленных на сайтах, также дает уверенность, что хотя бы некоторые проблемы решаемы. В октябре 2016 г. Change.org разослало подписчикам письма с сообщением: «…скоро нас будет 10 миллионов! А это 10 миллионов неравнодушных россиян, верящих в важность диалога, решение проблем сообща».

Приоритетность таких форм поддержки прав граждан, попавших в сложную ситуацию, основывается на нескольких причинах: относительная анонимность подписантов, физическая безопасность при ожесточенных спорах с оппонентами, экономия времени, сил, финансов при участии в акциях, возможность выбрать любую их форму (подпись, присутствие на мероприятиях, материальная

поддержка), доступ к информации, не озвучиваемой государственными СМИ, более подробное изучение волнующей проблемы, координация совместных усилий для ее решения, общение с единомышленниками. Кроме того, это «социальная скороварка для выпуска пара» через комментарии к петициям, выполняющая функцию снятия социального напряжения.

Но имеет ли в России какой-то вес документ, который легко подписать? Вызывают ли подписи реакцию властей или остаются без внимания, превращаясь в «скороварку» для выпуска пара?

Русскоязычный сегмент «заточен» на российские федеральные и региональные проблемы. Например, московское отделение межрегионального профсоюза работников салонов красоты создало петицию в связи с тем, что компания, работающая по франшизе известного и престижного международного бренда **закрыла салон, не уведомив сотрудников об этом в установленном законом порядке, не выплатив в полном объеме заработную плату и компенсации.** 20271 голос помогли добиться выполнения закона. В благодарственном письме тем, кто поддержал петицию, авторы пишут: «Спасибо большое всем тем, кто оказал поддержку сотрудникам нашего салона красоты. … Сотрудники салона не ожидали, что их история станет такой известной, это говорит о том, что тема сокращений, выплат задолженностей по заработной плате, соблюдение норм закона тема - наболевшая и актуальная в период кризиса и касается не только одного человека, или коллектива, а всех и каждого, независимо в какой сфере деятельности они работают. Петиция помогла нам привлечь всеобщее внимание к проблеме, поделиться своим опытом, ну, конечно же, достигнуть адекватной на данный момент договоренности с работодателем. Еще раз спасибо всем большое, вместе - мы всегда сила и дорога к победе намного проще, так что петиция действительно нам помогла!»

Важность проблем и возможность побед, привели к тому, что СМИ стали отслеживать информацию, особенно по своим регионам, и актуализировать ее после того, как она набирает сотни подписей. В Волгоградской области в поселке Октябрьский задержки с выплатой зарплаты учителям и работникам культуры начались из-за ареста счетов администрации района. «Деньги, которые в том числе должны были пойти на оплату нашего труда, ушли на газификацию. Газ – это хорошее дело, но мы не хотим, чтобы он оплачивался из нашего и так не самого богатого кармана. По словам чиновников от образования, как только срок невыплаты превысит 15 дней, мы можем обратиться в суд. Но что делать тем, у кого уже сейчас в кошельке осталось 300 рублей? Что делать тем, кому на днях платить кредиты? …».

Показательны комментарии, которые даются по поводу петиций. В частности, О. Калинина пишет: «Отношение власти к учителям - это показатель отношения власти к образованию своего народа. Власти выгодна варваризация народа, мракобесие, неуважение к личности. Но в то же время ей хочется иметь высокие рейтинги наших ВУЗов и колледжей в международном реестре. Парадокс слова и дела! Поддерживаю все требования учителей». После сбора 91 303 подписей, публикации в местном выпуске АиФ зарплаты были выплачены.

Благодаря чему состоялись победы? В первом случае международная организация хотела сохранить свой бренд. Во втором сумма была не столь уж велика, но ситуация резонансная.

Наибольший отклик находят петиции, в которых поднимается вопрос о здоровье детей, реже взрослых. Приведем пример одной из побед. Удалось сохранить поликлинику для бездомных людей в Москве. Это единственное место, где первичная и неотложная медицинская помощь доступна всем, вне зависимости от наличия паспорта, медицинского полиса, регистрации по месту жительства и наличия жилья, гражданства. За 10 лет работы туда обратилось более 40000 человек. Она должна была закрыться 30.11.2015г. (Приказ ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ» от 25.09.2015г. №412-04 «О проведении организационно-штатных мероприятий по сокращению численности и штата работников ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ»). Петицию подписали 120332 человек.

Гораздо меньшее внимание привлекают проблемы сохранения культурного наследия. Яркий пример – петиция о сохранении статуса крупнейшего **общественного музея России, обладателя самой большой в мире коллекции картин Рерихов** - Музея имени Н.К. Рериха - и его фондов в особняке Лопухиных, находящемся рядом с музеем им. А.С. Пушкина. Её создатель **Н. Сологубовский регулярно обновляет сайт в течение 10 месяцев, рассказывая о перипетиях борьбы коллектива. Обращение подписали многие деятели культуры и науки, но петиция набрала лишь** 64352 голоса при множестве положительных комментариев. В сентябре 2016 г. в газете «Вести» было опубликовано Открытое письмо к президенту В. Путину в защиту позиции музея, которое сделало проблему достоянием более широкой общественности, но существенного прибавления голосов на сайте не дала.

Наиболее активными пользователями Рунета является молодежь. Она же превалирует среди авторов и сторонников петиций. Интерес молодежи к социальным сетям можно использовать на занятиях по социологии, политологии не только как информационную базу о социальных проблемах, но и как форму воспитания социальной активности, сопричастности к судьбе сограждан.Вот одна из студенческих оценок такой формы поддержки: «Хорошо, что сейчас в условиях постиндустриального общества, с развитием компьютерных технологий люди имеют возможность обратиться за помощью ко всей России…».

Список литературы:

1. Доклад о состоянии фундаментальных наук в Российской Федерации и о важнейших научных достижениях российских ученых в 2015г. -Москва, 2016. С. 148.
2. Напишите название петиции [Электронный ресурс] URL: https: //www.change.org/start-a-petition?lang=ru-RU&utm_source=action_alert&utm _medium=email&utm_campaign=653000&alert_id=OIZkCZrfUQ_7v3Jag Ay%2FOMGk0kb%2FltQLJfqjj XMFPYxTmXpzzBtFyDBhxDSm7EEIvrngTkAB1hJ (дата обращения: 27.10. 2016).
3. Выплатите положенные по закону заработные платы и компенсации работникам [Электронный ресурс] URL: http: //www.change.org/u/ profsouzrabotnikov. (дата обращения: 04.03.2015).
4. Под Волгоградом учителя требуют выплатить им долги по зарплате [Электронный ресурс] URL: http: //www. vlg.aif.ru/obrazovanie/school/pod_ volgogradom_uchitelya_trebuyut_vyplatit_im_dolgi_po_zarplate? utm_source =change_org&utm_medium =petition. (дата обращения: 21.03.2016).
5. Волков А. Сохраним поликлинику для бездомных людей! [Электронный ресурс] URL: https://www.change.org/u/38678444 (дата обращения: 27.10.2016).
6. Самсонов О. Спасти культурное достояние России [Электронный ресурс] URL: https: //versia.ru/deyateli-kultury-i-uchenye-prosyat-prezidenta-rossii-soxranit-obshhestvennyj-muzej-imeni-n-k--rerixa (дата обращения: 27.10.2016).

УДК 37.013.42:316.624-057.87

Шулик Т.В.

Донбасский государственный педагогический университет, г. Славянск, Украина

ГОСУДАРСТВЕННАЯ МОЛОДЁЖНАЯ ПОЛИТИКА УКРАИНЫ 90-Х ГГ. XX В. КАК ОСНОВА СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

В статье анализируется государственная молодёжная политика Украины 90-х гг. XX в. Обосновывается становление в исследуемый период социально-педагогической деятельности как профессиональной.

Ключевые слова: *государственная молодёжная политика, аддиктивное поведение, социально-педагогическая профилактика, студенческая молодёжь.*

Shulik T.V.

Donbass State Teacher's Training University, Slavyansk, Ukraine

STATE YOUTH POLICY OF UKRAINE IN THE NINETIES OF THE TWENTIETH CENTURY AS A BASIS FOR SOCIAL AND EDUCATIONAL PREVENTION OF ADDICTIVE BEHAVIOUR OF STUDENTS

The state youth policy of Ukraine in the nineties of the twentieth century is analyzed in this article. The formation of social and educational activities as a professional in the analyzed period is grounded.

Key words: *state youth policy, addictive behaviour, social and educational prevention, young students.*

Рассматривая социально-педагогическую профилактику аддиктивного поведения как вид социальной деятельности специально уполномоченных органов государства, учебных заведений разных типов, социальных служб для семьи, детей и молодёжи, объединений граждан и других социальных институтов, отметим, что все они руководствуются в своей деятельности, в первую очередь, нормативными актами, принятыми уполномоченным на это субъектом нормообразования. Поэтому исследование и анализ государственной молодёжной политики Украины будет способствовать дальнейшему усовершенствованию путей решения указанной проблемы среди молодёжи и созданию оптимальной социальной ситуации развития личности.

Цель статьи – проанализировать государственную молодёжную политику Украины 90-х гг. XX в., обосновать становление уже в исследуемый период социально-педагогической деятельности как профессиональной.

Рассмотрим базовые нормативные документы молодёжного законодательства Украины, которые, начиная с 90-х гг. XX в., определяют направления деятельности государственных органов по вышеуказанной проблеме.

В Декларации „Об общих основах государственной молодёжной политики в Украине", указывается, что одним из главных направлений молодёжной политики в стране является охрана здоровья молодёжи, формирование у нее потребности в духовном и физическом развитии, а также принятие других мер, обеспечивающих здоровый генофонд народа Украины. Её реализация в целом и этого направления в частности, осуществляется путем принятия законодательных актов, решений государственных органов, создания социальных служб для молодёжи, подготовки социальных работников, разработки и реализации государственных целевых программ и т.д. [2].

Согласно Закону Украины „О содействии социальному становлению и развитию молодёжи в Украине" [5] органы здравоохранения способствуют разработке и реализации программ и мероприятий по профилактике среди молодёжи социально опасных заболеваний, а также популяризации и утверждению здорового образа жизни. Документ содержит определение центров социальных служб для семьи, детей и молодёжи как специальных заведений, основной задачей которых является предоставление социальных услуг семьям, детям и молодёжи, находящихся в сложных жизненных обстоятельствах и нуждаются в посторонней помощи.

Содержательным в аспекте исследуемой проблемы является Постановление Кабинета Министров Украины „Об утверждении Национальной программы патриотического воспитания населения, формирования здорового образа жизни, развития духовности и укрепления нравственных основ общества" [3], в котором акцентируется внимание на необходимости разработки и реализации среди молодёжи комплексных планов предотвращения девиантного поведения, антисоциальных проявлений, создание сети центров социально-психологической реабилитации молодёжи, внедрение профилактических программ центров социальных служб для населения, разработка и внедрение системы всеукраинских акций „Антинаркотик", „Трезвость", „Жизнь без курения" и др.

Постановлением Кабинета Министров Украины „Комплексные мероприятия Кабинета Министров Украины по реализации государственной молодёжной политики в Украине („Молодёжь Украины")" [1] определены основные направления и содержание поддержки и защиты молодёжи, обеспечение духовно-культурного и физического ее развития, формирования нравственно-правовой культуры, профилактики негативных явлений в молодёжной среде и т.п. Согласно этим направлениям, заданиями Министерства образования Украины и других смежных Министерств стали такие: содействие привлечению студенческой молодёжи, склонной к совершению правонарушений, к физкультурно-спортивным, туристско-краеведческим и другим мероприятиям, к участию в работе лагерей труда и отдыха; организация шефства физкультурно-спортивных клубов, спортивных обществ, творческих объединений над молодёжью и подростками, склонными к девиантному поведению.

В „Комплексной целевой программе борьбы с преступностью на 1996 – 2000 гг." в разделе „Борьба с наркоманией и алкоголизмом" Министерству образования, Министерству по делам семьи и молодёжи, Государственному комитету по физической культуре и спорту и другим государственным органам Украины было поручено осуществить комплекс мероприятий, направленных на профилактику алкоголизма и наркомании, принять участие в разработке плана и программы подготовки специалистов для работы в наркологических заведениях. Также Министерство образования Украины получило задание принять участие в решении проблемы по сохранению сети государственных и общественных институтов оказания социальной поддержки несовершеннолетним и молодёжи, организации их досуга и отдыха, в том числе центров социальной службы для молодёжи, бюро и центров предоставления услуг учащимся и студентам в трудоустройстве в свободное от учебы и каникулярное время; введение государственных стандартов правового образования для учебных заведений всех образовательных уровней; организации систематических изданий комментариев к учебникам и учебным пособиям по правоведению [4].

В результате анализа государственной молодёжной политики 90-х гг. XX в. по вопросу социально-педагогической профилактики аддиктивного поведения студенческой молодёжи Украины, отметим, что в течение всего периода нашего исследования рассматривались и решались такие задачи социально-педагогической деятельности, как сохранение и укрепление здоровья личности, предоставление комплексной помощи и поддержки лицам, которые находятся в сложной жизненной ситуации, и т.п. А это, в свою очередь, способствовало становлению социально-педагогической деятельности как профессиональной, а также образованию и активному развитию института социальных педагогов и социальных работников, которые сегодня создают в обществе условия для социальной адаптации и благополучия в микросоциуме детей и молодёжи.

Список литературы:

1. Комплексні заходи Кабінету Міністрів України щодо реалізації державної молодіжної політики в Україні („Молодь України") [Електронний ресурс] : постанова Кабінету Міністрів України від 20 березня 1998 р. №348. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/348-98-п.
2. Про загальні засади державної молодіжної політики в Україні [Електронний ресурс] : декларація від 15 грудня 1992 р. № 2859-XII. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2859-12.
3. Про затвердження Національної програми патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства [Електронний ресурс] : постанова Кабінету Міністрів України від 15 вересня 1999 р. № 1697. – Режим доступу : http:// http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1697-99-п.
4. Про Комплексну цільову програму боротьби зі злочинністю на 1996 – 2000 роки [Електронний ресурс] : указ Президента України від 17 вересня 1996 р. № 837/96. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/837/96.
5. Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні : Закон України від 05.02.1993 р. №2998-XII / Законодавчі та нормативні акти про освіту в Україні : в 5 т. – Т. 1 / упоряд. В. Г. Небабін. – Київ, 1998. – С. 125-135.

УДК 364.3

Энхмаа Ж., Бадамдолгор Бю, Рэгзэдмаа С.

Школа медицинских сестер, Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ И ЗНЕАНИЯ ОБ ЕДЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НАЦИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Энхмаа[1] Ж., Бадамдолгор[2] Б., Рэгзэдмаа[3] С.

[1]АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургууль,

[2,3]ХСҮТ

ХАВДАР СУДЛАЛЫН ҮНДЭСНИЙ ТӨВИЙН СУВИЛАГЧДЫН ХООЛЛОХ ЗУРШИЛ, ШИМ ТЭЖЭЭЛИЙН МЭДЛЭГИЙН СУДАЛГАА

Хүн амын хоол тэжээлийг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй зохицуулах нь өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, хөдөлмөрийн чадварыг нэмэгдүүлэн, урт удаан амьдрах нөхцлийг ханган, улс орны эдийн засгийг хөгжүүлэх чухал хөшүүрэг болдог.

Монгол хүний хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээ цөөн, гурил гурилан болон мах махан бүтээгдэхүүн давамгайлснаас үндсэн шимт бодисын харьцаа алдагдан, шимт болон бичил тэжээлийг шаардлагатай хэмжээгээр авч чадахгүй [2,3] байгаа нөгөө талаар хүн амын хоол тэжээлийн талаарх хооллох зуршил, шим тэжээлийн мэдлэгийг судалсан судалгааны ажлын мэдээлэл хомс байна. Судалгаанд оролцогсдын 59.6%нь тогтмол өглөөний цайгаа ууж амждаггүй, 63,4% нь өдрийн 12:00 цаг хүртэл ходоод хоосон оргиж өлсдөг бөгөөд тэдгээрийн 69,2 % нь ходоод өвддөг. 50% нь 1500-2000 төгрөгийг өдрийн хоолондоо дунджаар зарцуулдаг бөгөөд 51.9% нь бууз, хуушуур, ороомог зэрэг ширхэгийн хоол авч иддэг, 55.7% нь хооллолттой холбоотой эрүүл мэндэд сөрөг нөлөө илэрсэн гэж үзэж байна. Зөв хоолны дэглэмийг баримталж чаддаггүй, буруу хооллодог учраас ходоодны өвчлөл ихсэх сөрөг нөлөөтэй байна.

Түлхүүр үг: *Хавдар Судлалын Үндэсний Төв, сувилагч, эрүүл зөв хооллолт, хооллох хэрэгцээний зохистой хэрэглээ*

Enkhmaa.J[1]Mcs, Badamdolgor.B[2]Mcs, Pegsedmaa.S[3]Mcs

[1]Maternal and Child Nursing Department, Lecturer, Nursing school, MNUMS, Ulaanbaatar, Mongolia

[2] National Cancer Center, Ulaanbaatar, Mongolia

NATIONAL CANCER CENTER NURSENG FEEDING HABITS AND NUTRITIONAL KHOWLEDGE

Summary:

1. 59.6% of time to 63,4% of participants drank regular breakfast with empty stomach felt until 12:00 hours hungry back its 69.2% sick to the stomach.

2. 50% of survey respondents believe that the 1500-2000 average of MNT lunch and spend 51.9% of dumplings, eating grain foods, such as Foodstuffs, coil, and 55.7% of the identified adverse effects on human health related to diet. because the right does not adhere to diet and wrong feed has a negative effect on hypertension stomach disease.

Keyword: *National Center Cancer, nursing, healthy diet, healthy wellbalanced diet*

Үндэслэл:

Хүн амын хоол тэжээлийг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй зохицуулах нь өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, хөдөлмөрийн чадварыг нэмэгдүүлэн, урт удаан амьдрах нөхцлийг ханган, улс орны эдийн засгийг хөгжүүлэх чухал хөшүүрэг болдог. Хоол хүнсний зохисгүй хэрэглээ, буруу сонголт нь халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлс болсоор байна. Тухайлбал дэлхий дээр жил бүр цусан дахь холестерины түвшин нэмэгдснээр 4 сая, тамхи 5 сая, артерийн даралт ихсэлт 7 сая орчим, архи ба согтууруулах ундааны хэрэглээ 1,8 сая хүн цаг бусын нас баралтын шалтгаан болж байна.

Монгол хүний хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээ цөөн, гурил гурилан болон мах махан бүтээгдэхүүн давамгайлснаас үндсэн шимт бодисын харьцаа алдагдан, шимт болон бичил тэжээлийг шаардлагатай хэмжээгээр авч чадахгүй [2,3] байгаа нөгөө талаар хүн амын хоол тэжээлийн талаарх хооллох зуршил, шим тэжээлийн мэдлэгийг судалсан судалгааны ажлын мэдээлэл хомс байна.

Зорилго: ХСТ-ийн сувилагчдын зөв хооллолтыг тодорхойлох, мөн буруу хооллолт эрүүл мэндэд нь хэрхэн нөлөөлж буйг судлан гаргах

Зорилт:

1. ХСТ-ийн сувилагчдын зөв хооллолтын талаарх мэдлэ
2. ХСТ-ийн сувилагчдын хооллох хэрэгцээний зохистой хэрэглээг судлах, тодорхойлох

Таамаглал:

Өглөөний цайгаа тогтмол ууж заншвал сувилагч нарын биеийн жинг нь хэвийн хэмжээнд барих боломжтой.

Судалгааны ажлын материал ба арга зүй: Уг судалгааг агшингийн загварыг ашиглан ХСТ-ийн сувилагчдын нийт 52 сувилагчийг хамруулан 2016 оны 4-р сард судалгааг гүйцэтгэсэн. Судалгааны мэдээллийг цуглуулахад асуумж-анкетийн аргыг ашигласан. Судалгаа нь нийт 15 асуумжтай ба дараах бүлэг асуултаас бүрдсэн; ерөнхий асуумж, хооллох зуршил, хоол, шим тэжээлийн мэдлэг тодорхойлох гэх мэт. Мэдээ мэдээллийг тоон аргаар цуглуулж статистик боловсруулалтыг “SPSS 18.0” программ болон агуулгаар нь мэдээллийг нэгтгэх аргуудыг тус тус ашиглан гүйцэтгэв.

Дүгнэлт:

1. Судалгаанд оролцогсдын 59.6%нь тогтмол өглөөний цайгаа ууж амждаггүй, 63,4% нь өдрийн 12:00 цаг хүртэл ходоод хоосон оргиж өлсдөг бөгөөд тэдгээрийн 69,2 % нь ходоод өвддөг.
2. Судалгаанд оролцогчдын 50% нь 1500-2000 төгрөгийг өдрийн хоолондоо дунджаар зарцуулдаг бөгөөд 51.9% нь бууз, хуушуур, ороомог зэрэг ширхэгийн хоол авч иддэг, 55.7% нь хооллолттой холбоотой эрүүл мэндэд сөрөг нөлөө илэрсэн гэж үзэж байна. Зөв хоолны дэглэмийг баримталж чаддаггүй, буруу хооллодог учраас ходоодны өвчлөл ихсэх сөрөг нөлөөтэй байна.

Түлхүүр үг: Хавдар Судлалын Үндэсний Төв, сувилагч, эрүүл зөв хооллолт, хооллох хэрэгцээний зохистой хэрэглээ

УДК 316

Эрдэнэтуяа Т.

Школа медицинских сестер, Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ СТУДЕНТОВ-МЕДСЕСТЕР МОНГОЛЬСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Эрдэнэтуяа Т.

АШУУИС, Сувилахуйн Сургууль, г. Улаанбаатар, МНР

АШУУИС-Н СУВИЛАХУЙН СУРГУУЛИЙН ОЮУТНУУДЫН ХООЛЛОЛТЫН БАЙДАЛ

Товч утга

Анагаахын Шинжлэх Ухааны Үндэсний Их Сургуулийн сувилахуйн сургуульд 1300 гаруй оюутан сувилахуй зүй, бага эмч, эх барих зэрэг чиглэлээр бэлтгэгдэж байна.

Оюутнууд нь эцэг эх, асран хамгаалагчдын хараа хяналтаас холдож, бие даан амьдарч эхэлдэг бөгөөд энэ тэднийг буруу хооллолтын сөрөг зан үйл давамгайлах эрсдэлд хүргэж байдаг.

Иймээс сувилахуйн сургуулийн оюутануудын хооллолтын байдалд үнэлгээ өгөх зорилго тавин судалгааны тоон мэдээлэллийг цуглуулж, асуумж анкетийн мэдээллийг статистикийн SPSS 21 программыг ашиглан боловсруулалт хийж дүгнэлт өглөө.

Судалгаанд хамрагдсан оюутнуудын 55.0 хувь нь өдөрт тогтмол хооллодоггүй, өдөрт зөвхөн нэг удаа хооллодог, ихэнх нь өглөөний цайгаа тогтмол уудаггүй гэсэн хариултыг өгсөн байна.

Мөн хэрэглэж буй хоолны нэр төрөлд жимс, хүнсний ногоо, сүү, цагаан идээ зэргийн хэрэглээ хангалтгүй бага үзүүллэлттэй гарлаа. Харин нийт судалгаанд оролцсон оюутнуудын 10 хүн тутмын 4 орчим нь буюу 43.4 хувь нь эрүүл, зохистой хооллолтын талаарх сургалтанд оролцжээ.

Оюутнуудын дунд хийсэн хоол, хүнсний шим тэжээллэг байдлын талаарх мэдлэг мэдээллийг үнэлэхэд зохистой хооллолтын мэдлэг хангалтгүй байлаа. Ялангуяа Монгол хүний зөв зохистой хооллолтын талаарх ерөнхий ойлголтыг төдийлөн сайн мэдэхгүй байгаа нь цаашид энэ чиглэлийн сургалтыг өргөнөөр зохион байгуулах шаардлагатайг харууллаа.

Түлхүүр үг: оюутан, хүнсний бүтээгдэхүүн, хоол

ErdenetuyaT.

Maternal and Child Nursing Department, Lecturer, Nursing school, MNUMS, Ulaanbaatar, Mongolia

MNUMS SCHOOL OF NURSING STUDENS NUTRITIONAL STATUS

Summary:

The breakfast isn't had regularly. Our student don't have a fixed diet.

Student's food nutrient intake and fruit, vegetable, milk product and dairy intake is in adequate. In carbonated beverages seems to consider a relatively usage is lower.

Key words: Students, food, food products

Удиртгал:

Хүн амын хоол тэжээлийг зохицуулах нь өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, хөдөлмөрийн чадварыг нэмэгдүүлэн, урт удаан амьдрах нөхцлийг ханган, улс орны эдийн засгийг хөгжүүлэх чухал хөшүүрэг болдог. Хоол хүнсний зохисгүй хэрэглээ, буруу сонголт нь халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлс болсоор байна. Хүн амын нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болж буй зүрх судасны өвчнийг нөхцөлдүүлэгч эрсдэлт хүчин зүйлсийн дөрөвний гурав нь тамхи таталт, артерийн даралт ихсэлт, цусан дахь холестерины хэмжээ нэмэгдэх эрсдэлт хүчин зүйлстэй холбоотой байгааг ДЭМБ-ийн илтгэлд дурьджээ.

Судалгаанаас үзэхэд Монгол хүний хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээний нэр төрөл цөөн, гурил гурилан болон мах махан бүтээгдэхүүн давамгайлснаас үндсэн шимт бодисын харьцаа алдагдан, шимт болон бичил тэжээлийг шаардлагатай хэмжээгээр авч чадахгүй байна.

Бид өдөр тутамдаа зайлшгүй 3-4 удаагийн давтамжтай хоол хүнсийг хэрэглэдэг. Тэр дунд өглөөний хоол хамгийн чухал болохыг судлаачид нотолсон байдаг. Учир нь өглөөний хоол идсэнээр, тухайн өдөрт шаардлагатай ууураг, нүүрс ус, витамин зэргийг олж авахаас гадна жингээ тогтмол хэмжээнд барихад сайн нөлөө үзүүлдэг Хүн өглөө сэрээд өглөөний цай уумагц тэр даруй бидний тархинд тэрхүү хоолыг боловсруулах мэдээлэл очдог. Энэ нь бидний бие махбодыг бүхэлд нь нойрноос сэрээж, шинэ өдрийг эхлүүлэх эхний алхам нь болж өгдөг байна.. ('The American Society of Nutritional Sciences' Journal) Иймд бид оюутан сурагчдын хооллолтын байдлыг судлан тогтоох шаардлагатай байна.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, арга зүй:

Судалгааг нэг агшингийн дескриптив судалгааны загвараар хийв. Судалгаанд АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургуулийн 2-4 курсийн 145 оюутнуудын хооллолтын байдал, тэдний хоол тэжээлийн талаарх мэдлэг мэдээллийг 25 асуулт бүхий асуулга анкетийн аргыг ашиглан SPSS-21 программ ашиглан боловсруулалт хийж дүгнэлт өглөө.

Үрдүн:

Судалгаанд 17-22 нас ба түүнээс дээш насны нийт 145 оюутан хамрагдсанаас 1.4 хувь нь (2) эрэгтэй, 98.6 хувь (143) эмэгтэй оюутан байв. Оюутнууд хоногт дунджаар 7-8 цагийг сургууль дээрээ өнгөрүүлдэг байна. Судалгаанд хамрагсдын зөвхөн 15.9 хувь нь өглөөний цайгаа тогтмол уудаг, харин 24.1 хувь нь өглөөний цайгаа тогтмол уудаггүй, 37.9 хувь нь өглөөний цайгаа хааяа уудаг, 22.8 хувь нь өглөө цай уух сонирхолгүй буруу зан үйл тогтсон, 45.5 хувь нь цаг завгүйгээс уудаггүй гэж хариулжээ. Мөн оюутны байр, хамаатан садан болон хөлсний байранд амьдардаг оюутнууд өглөөний цайгаа ууж амждаггүй байдал илүү байлаа. Нийт оюутнуудын 63 хувь нь сургуулийн дэргэдэх цайны газраар үйлчлүүлдэг ба тэдний ихэвчлэн худалдан авдаг өдрийн хоолны төрөлд бууз, хуушуур, ороомог зэрэг ширхэгийн хоол, 2 дугаарт бэлэн гоймон, кофе, цай эзэлж байлаа.

Жимсний хэрэглээг сүүлийн 1 сарын байдлаар судлан үзэхэд нийт оюутнуудын 69.7 хувь нь огт жимс хэрэглээгүй, 15.9 хувь нь өдөрт 1 удаа, 14.4 хувь нь өдөрт 2 ба түүнээс дээш удаа тус тус хэрэглэжээ.

Хүнсний ногооны хэрэглээг сүүлийн 1 сарын байдлаар судлан үзэхэд нийт оюутнуудын 37.9 хувь нь огт хэрэглээгүй, 32.4 хувь нь өдөрт 1 удаа, 19.3 хувь нь өдөрт 2 удаа, 10.4 хувь нь 3 ба түүнээс дээш хэрэглэжээ.

Сүү цагаан идээний хэрэглээг сүүлийн 1 сарын байдлаар судлан үзэхэд нийт оюутнуудын 53.1 хувь нь огт хэрэглээгүй, 22.8 хувь нь өдөрт 1 удаа, 9.7 хувь нь өдөрт 2 удаа, 14.4 хувь нь 3 ба түүнээс дээш хэрэглэжээ.

Хийжүүлсэн ундааны хэрэглээг сүүлийн 1 сарын байдлаар судлан үзэхэд нийт оюутнуудын 62.8 хувь нь огт хэрэглээгүй, 25.5 хувь нь өдөрт 1 удаа, 6.9 хувь нь өдөрт 2 удаа, 4.8 хувь нь 3 ба түүнээс дээш хэрэглэжээ.

Сургуулийн хоолны газар, ресторан, түргэн хоолны газраар үйлчлүүлж ямар нэг хоол авч идсэн байдлыг сүүлийн 7 хоногийн байдлаар судлан үзэхэд 20.7 хувь нь огт үйлчлүүлээгүй, 20.7 хувь нь 1 өдөр, 14.5 хувь нь 2 өдөр, 5.8 хувь нь 3-4 өдөр, 15.2 хувь нь 5 өдөр тус тус үйлчлүүлжээ.

Судалгаанд оролцсон эмэгтэй оюутнуудын дундаж биеийн жин 51.4 кг, өндөр 160.5 см, БЖИ 25 кг/м^2 байлаа. Нийт оюутнуудын 26,9 хувь нь илүүдэл жинтэй байгаа нь ажиглагдлаа.

Оюутнуудын дунд хийсэн хоол, шим тэжээлийн мэдлэгийг үнэлэхэд зохистой хооллолтын мэдлэг хангалтгүй байлаа. Ялангуяа Монгол хүний зөв зохистой хооллолтын талаарх мэдээлэл хангалтгүй байгаа нь цаашид энэ чиглэлийн сургалтыг зохион байгуулах шаардлагатайг харуулаа. Мөн нийт судалгаанд оролцсон оюутнуудын 10 хүн тутмын 4 нь эрүүл, зохистой хооллолтын талаарх сургалтанд хамрагдсан байна.

Хэлцэмж:

Манай оронд хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилтийг зөвхөн 5 нас хүртэл хянаж, үнэлгээ өгч байгаа нь хангалтгүй бөгөөд энэ арга хэмжээг өргөжүүлж, цаашид 20-21 нас хүртэлх хүүхэд залуучуудын өсөлтийн хүснэгтийг хөтөлж, мөрдүүлэх хэрэгцээ байгааг илтгэж байна. Оюутнуудын бодит хооллолтын үнэлгээ: Оюутнуудын хоногийн хоолоор авч байгааа аминдэм, эрдэс бодисын хэмжээг "Монгол хүний хоногийн хоол тэжээлийн физиологийн норм" [1] хэмжээтэй харьцуулахад оюутнуудын бие бялдрын өсөлт хөгжилт, эрүүл мэндэд зайлшгүй шаардлагатай зарим амин дэм, эрдэс бодисийн (аминдэм С, А, эрдэс бодис Са, Р, Fe) хэмжээ бага байгаа нь хоол тэжээлийн архаг дутал буюу бичил тэжээлийн дутлын гол шалтгаан болж байна. Судалгаанаас харахад оюутнуудын хэрэглэж буй хүнсний бүтээгдэхүүний нэр төрлөөр авч үзэхэд оюутнуудын бие махбодид зайлшгүй хэрэгцээтэй аминдэм Д, мөн кальцийн эх үүсвэр болох сүү цагаан идээний нэр төрлөөс зөвхөн сүү, тарагийг оюутнууд сүүлийн 1 сар 53.1% нь огт хэрэглээгүй, 32.5% нь өдөрт 1-2 удаа хэрэглэж байгаа нь зөвлөмж хэмжээнээс доогуур байна.

Аминдэм, эрдэс бодисын эх үүсвэр болох жимс, хүнсний ногооны хэрэглээ ч ДЭМБ-ын болон "Монгол хүний хоногийн хоол тэжээлийн физиологийн норм" зөвлөмж хэмжээнд хүрэхгүй байгаа нь судалгааны дүнгээс харагдаж байна. Азийн бусад улсууд болох Филиппин, Тайланд, Хятад улсын сурагчдын жимс, хүнсний ногооны тогтмол хэрэглээтэй харьцуулахад манай улсын оюутнуудын жимс, хүнсний ногооны хэрэглээ 4-5 дахин бага байна. Гэхдээ сүүлийн жилүүдэд хийгдсэн судалгааны дүнгүүд нь оюутнуудын хоногийн хоол тэжээлээр авах илчлэг, үндсэн шимт бодисын хэмжээ нь тооны хувьд хангалттай болохыг нотолж байгаа ч хоол хүнсний тэжээллэг чанар (аминдэм, эрдэсбодис)-ыг сайжруулах, эцэг эх, сургууль, оюутнуудын эрүүл хоолны талаарх мэдлэг, зөв хооллох дадлыг дээшлүүлэхэд анхаарах шаардлагатай байна. Судалгаанаас харахад оюутнуудын өсөлтөд зайлшгүй хэрэгцээтэй Д аминдэм, кальцийн эх үүсвэр болох сүү цагаан идээний хэрэглээ оюутнуудын хоногийн хоолоор авах кальцийн хэмжээг "Монгол хүний хоногийн хоол тэжээлийн физиологийн норм" (2008) хэмжээтэй харьцуулахад 50 хүрэхгүй хувь байгаа нь сүү цагаан идээний хэрэглээг нэмэгдүүлэн хэрэглэх шаардлагатай байна. Оюутнуудын бие махбодид зайлшгүй хэрэгцээтэй шимт бодисуудын эх үүсвэр болох сүү цагаан идээ, хүнсний ногоо, жимс жимсгэний 7 хоногт тогтмол хэрэглэдэг хувь АНУ-ын өсвөр үе болон оюутнуудын дунд 80.8-84 хувь [9] байгаа бол манай оронд энэ үзүүлэлт доогуур байгаа нь оюутнуудын эрүүл хоолны талаарх мэдлэг, зөв хооллох дадлыг дээшлүүлэхэд анхаарах шаардлагатайг дахин баталж байна.

Дүгнэлт:

1. Оюутнуудын дийлэнх нь өглөөний цайгаа тогтмол ууж хэвшээгүй байна.
2. Нийт оюутнуудын жимс, хүнсний ногоо, сүү, цагаан идээний хэрэглээ хангалтгүй байна.

Ном зүй:

1. Монголын хүүхэд, эмэгтэйчүүдийн хоол тэжээлийн байдал. Хоол тэжээлийн үндэсний хоердугаар судалгааны тайлан. УБ. 1997, хуу 5-6

2. Цэрэндолгор У, Гэрэлжаргал Б, Энхтунгалаг Б ба бусад Монгол хүний хоол тэжээлийн физиологийн норм (Хүн амын хоол тэжээлийн бодисуудын зөвлөмж хэмжээ). УБ. 2009,13х,

3. Монголын хүүхэд, эмэгтэйчүүдийн хоол тэжээлийн байдал. Хоол тэжээлийн үндэсний гуравдугаар судалгааны тайлан. УБ. 2004, хуу 20-23, 25-26
4. WHO.”Physical status: the use and interpretation of anthropometry”. Technical Report Series № 854.1995
5. “DPRK 2004 Nutrition assessment Report of survey Results”, February.2005
http://www.unicef.org/dprk/dprk_national_nutrition_assessment_2004_final_

УДК. 616.12-008.46; 616.146.2

Элмурадов Ф.Х., Гадаев А.Г., Разиков А.А., Азимов Э.Т, Жаббаров Н.И.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ, ИЗМЕНЕНИЙ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ХСН И ХСН В СОЧЕТАНИИ С ХБП

Считается, что при ХСН дисфункция почек развивается вследствие снижения сердечного выброса с последующим уменьшением наполнения артериального русла, почечной гипоперфузией, повышенным сопротивлением почечных сосудов, снижением почечного кровотока.

Ключевые слова: *Хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, кардиоренальный синдром.*

F. Kh. Elmuradov, A. G. Gadaev, A. A. Razikov, E. T. Azimov, N. I. Jabbarov
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

RISKS FOR RENAL IMPAIRMENT IN CHRONIC HEART FAILURE

It is believed that in CHF renal dysfunction develops due to a decrease in cardiac output with consequent reduction of the arterial bed filling, renal hypoperfusion, increased renal vascular resistance, decreased renal blood flow.

Key words: *Chronic heart failure, chronic kidney disease, cardiorenal syndrome.*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность этой темы обусловлена прогрессирующим и прогностически неблагоприятным течением ХСН, её высокой распространенностью среди населения [1] и постоянно увеличивающимися финансовыми расходами на лечение больных.

Распространенность этого заболевания увеличивается с возрастом и достигает 10–20% у лиц в возрасте 70–80 лет [2]. В будущем в связи со старением популяции и увеличением выживаемости больных с различной сердечно-сосудистой патологией ожидается, что количество больных с ХСН еще более возрастет.

Прогноз у больных с ХСН крайне неблагоприятный. По международным данным, смертность среди них в 4–8 раз выше, чем в общей популяции соответствующего возраста, и сравнима или даже превосходит смертность от таких онкологических заболеваний, как рак молочной и предстательной железы, колоректальный рак [3]. У больных с ХСН IV ФК NYHA смертность в течении полугода достигает 44%. При не тяжелой ХСН в течение 4 лет с момента постановки диагноза живет лишь половина больных [4].

В последние годы было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН считается нарушения функции почек, которое приводит повышение концентрации креатинина в сыворотке крови и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [5]. Нарушения функции почек являются важным фактором риска развития прогрессирование ХСН. Результаты эпидемиологических и популяционных исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек приводит к резкому ухудшению состояния пациентов с ХСН [6].

Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений, замедлить прогрессирование нарушение функции почек. В настоящее время продолжаются исследования взаимосвязи между состоянием почечного кровотока и показателей сердечной гемодинамики при ХСН, которое считается важным для определения прогноза.

Цель исследования: Целью нашего исследования было изучить изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики, их взаимосвязь с выраженностью клинической симптоматики у больных с ХСН.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (11 мужчины и 9 женщин) с клиническими проявлениями ХСН, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3-клиники ТМА, в возрасте 51 - 83 лет, средний возраст - 66,8 ± 9,8 лет. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, идиопатической кардиомиопатией, перикардитами, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексного сканирования почечных артерий). Диагностику и оценку ХСН проводили согласно с Национальными Рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2012). ХБП диагностировали согласно K/DOQI (2002). Эхокардиография проводилась в В- и М-режимах импульсным датчиком 2,5-3,5 МГц, измерения проводили согласно рекомендациям американского эхокардиографического общества. Почечную гемодинамику оценивали с помощью ДСПА конвексным датчиком с частотой 2,5-5,0 MHz с полипозиционным положением больного.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows. Достоверность различий между параметрами определяли по критерию t Стьюдента.

Результаты исследования: В ходе исследования среди больных с ХСН у 15% была выявлена СКФ>90 мл/мин/1,73 м², у 50% - 60-89 мл/мин/1,73 м², у 20% - 45-59 мл/мин/1,73 м², у 10% - 30-44 мл/мин/1,73 м² и у 5 % -15-29 мл/мин/ 1,73 м². Таким образом, ХБП со СКФ<60 мл/мин/ 1,73 м² наблюдалась у 35% больных с ХСН. Анализ возрастных особенностей распространенности ХБП среди больных с ХСН показал рост частоты снижения СКФ с увеличением возраста больных, а так же при нарастании ФК ХСН. Линейные (Vps, Ved) и объемные скорости кровотока ($СОк_{общ}$, $СIк_{общ}$, $СОк_{баз}$, $СIк_{баз}$) у большинства больных с ХСН были ниже, а пульсационный (PI) и резистивный индексы (RI) – выше, чем у здоровых лиц (p<0,001). Линейные скорости кровотока, индексы периферического почечного сопротивления и параметры объемного почечного кровотока коррелировали с показателями сократительной функции сердца и проявлениями дисфункции почек. Средний ФК ХСН составляло 2,2±0,8 у больных с нормальной СКФ почек, при ассоциированной ХБП эти показатель был выше (2,6±0,7 p<0,001). У больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, чаще наблюдалась анемия, при этом уровень гемоглобина снижался по мере нарастания тяжести ХБП. Проведенный многофакторный регрессионный анализ показал независимую связь концентрации гемоглобина и СКФ (p<0,01). Эхокардиографические показатели такие как конечный диастолический размер (КДР) составлял 51,43±6,4 мм и конечный систолический размер (КСР) 35,6±4,5 мм (p<0,1) у больных ХСН, в то время при ассоциированные с ХБП эти показатели были 52,1±8,0 мм, 38,0±7,0 мм (p<0,06), соответственно. При оценке структурных изменений сердца установлено, что больные с ХСН с наличием и отсутствием ХБП не различались по величине ФВ левого желудочка.

Заключение: Течение хронической сердечной недостаточности, ассоциированной с хронической болезнью почек, характеризуется более тяжелыми клиническими проявлениями и течением заболевания. Результаты показывают, что во многих случаях нарушение функций почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в коррекции лечения.

Список литературы:

1.Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологическое исследование сердечной недостаточности: состояние вопроса // Сердечная недостаточность. - 2002. С. 95.
2.Мареев В.Ю. Основные достижения в области понимания, диагностики и лечения ХСН в 2003 году // Сердечная недостаточность. - 2004. С. 102.
3.Напалков Д.А., Сулимов В.А., Сеидов Н.М. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания // Лечащий врач. – 2008 С. 98.

4.Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН, второй пересмотр. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Ревишвили А.Ш. - М.,2007. С.106.
5.Gottlieb SS, Abraham W, Butler J et al. The prognostic importance of different definitions of worsening renal function in congestive heart failure. J Card Fail. 2002; P. 97
6.Smith GL, Lichtman JH, Bracken MB et al. Renal impairment and outcomes in heart failure: systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2006; P. 198.

УДК 101.3. 305 (055.1)

Эшиев А.К., Смадияров К.А.
Жалал-Абадский государственный университет, Жалал-Абад, Кыргызстан

ПРОБЛЕМЫ МИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ В КОНТЕКСТЕ ГЛОБАЛИЗАЦИИ

В статье рассматриваются гендерные аспекты миграционных процессов в современном Кыргызстане. По мнению авторов в эпоху глобализации наблюдаются серьезные перемены во взглядах на место мужчин в социуме, трансформируются мужские гендерные роли, мужские ценности в рамках современной культуры.

Ключевые слова: *миграция, маскулинность, гендерный подход.*

Eshiev A. K., Smadiiarov K. A.
Jalal-Abad State University, Jalal-Abad, Kyrgyzstan

PROBLEMS OF MIGRATION PROCESSES IN KYRGYZSTAN IN CONDITIONS OF GLOBALIZATION

The article examines the gender dimension of migration processes in modern Kyrgyzstan. According to the authors in the era of globalization, there are major changes in the views on the place of men in society, transforming male gender roles, male values within contemporary culture.

Keywords*: migration, masculinity, gender approach.*

At the turn of XX-XXI centuries against the backdrop of a politicized and urbanized society in Kyrgyzstan, there have been trends in public relations. Since its independence, the country major changes occur in almost all sectors of the life of society. The changes have led people to understand that the responsibility for the welfare of the family and for own well-being should take not the state but each person individually. In the new socio-economic conditions of the country, almost every citizen stood before the need to adapt to the problems of re-evaluation of life strategies, the ability to search for ways of personal self-realization, freedom of choice of sources of income and activities.

Today, the situation in Kyrgyzstan is such as that the country's integration into the world community largely depends on the direction and nature of the gender policy, the development of which in becoming one of the most important tasks of states in the world over the past years. Therefore, it's become important and necessary to identify new action plans and reflect milestones for every citizen to feel free and equal person, regardless of gender.

The UN believes that the serious development of legislation in the interest of children begins only when a part of the Parliament of various countries the presence of women is more than 20%, and the emergence of programs and laws that meet the everyday needs of women, is possible only with the approach of women's share in parliament to 30 % [1, p. 55]. A gender perspective in the programs of development of different areas of social life, in our opinion, will allow to establish the impact of gender policies on women and men facing the prospect of realizing its own niche in the social life, family and politics. Ratification of gender democracy postulates seen in a modern society, as an important and necessary component of the development and democratization of civil society. In our opinion, the gender policy is building a system of men and women will as equal in their rights and opportunities, and really secured legislatively embodied in the creation of state and public organizations, as well as political and legal actions and principles. The society nowadays is widely using terms such as "gender equality", "gender policy" and "gender". However, in our view, awareness and interest in gender politics, its vision on the part of the population is being increased. Yet, in our opinion, an accomplished change in modern Kyrgyz society determined the transformation of masculinity among the following factors:

- In the sphere of politics clearly changed the government's attitude towards women. They were able to participate directly in the political life of the country and to influence it;
- the traditional roles of women and men in the family are erased;
- Marriage and family relations have evolved;
- Changes in the structure of gender roles in a refracted erase differences between the socio-cultural stereotypes of femininity and masculinity;
- Gender labor reallocation.

Over active participation of women in political, economic, social and other areas has become a hallmark of modern society, in turn, the men began to explore previously considered traditionally "female" profession - designer, cooks, tailors, etc. Let us try to dwell on every point. The article presents the data obtained in the course of sociological research conducted by us in 2015 in order to identify the causes and trends in the transformation of masculinity in modern Kyrgyzstan, studying the change of the image, place and role of men in society.

The study questionnaire was organized for young people (300 people, including 100 people. From Bishkek, Chui and Issyk-Kul region's and 200 - of the Jalal-Abad region). Just a quota and a representative sample by age and sex involved 500 people, including 250 women and 250 men. A significant majority of respondents agree that in modern Kyrgyz society post-Soviet period there is a change of the traditional way, the role and place of men. 320 people, above all, it is associated: with low incomes - 75 people; social uselessness - 175 people; political and economic instability in the country - 250 persons. The data obtained allow us to conclude that the social and economic causes have led to a change in the role of men in the life of society. All of these reasons, we tend to think, determined the fact that many men have lost the ability to perform traditional duties earner and breadwinner, imposed by society due to the difficult circumstances of employment in the high-paying job. For these same reasons, many women assumed the role of primary breadwinner of the family, going to work. Continuing the theme of the transformation of the economic factors of masculinity, experts point out that the structural changes in the country in many ways affected the situation of many men. On the well-being of women, in particular, influenced the sharp economic downturn, reflected by such sharp social consequences of unemployment and poverty.

However, a weak social support at the state level has subjected them to a severe test, especially in their responsibility for the favorable climate in the family, in the formation of the family income. So many men are incomparably sharper shift the burden of reform [2, p. 42]. This is confirmed by the answers of respondents who indicated that a significant impact on many of the men had mass unemployment, which is the result not the demand of the working population.

Here is their response to the figures:

- Many men cannot work in their specialty - 102 people;
- The economic problems in the country, which led to mass unemployment, have led to alcoholism, drug addiction, smoking and other bad habits of many men - 149 people;
- Many men are inferior role of breadwinner to women - 249 people.

Analyzing the response of respondents to this question, we conclude that in this division of roles in the family there are problems in the definition of survivor. It is no secret that today the importance of the two categories - the prestige or money, yet the latter is dominant. Only it is hoped that in the future, when the current younger generation matures, more prestige will be a priority for them. In confirmation of our judgments of respondents give an answer to the question "What professions are the most popular among modern man?": lawyer - 165 people; economist - 134 people; programmer - 131 people; teacher, soldier, doctor - 70 people. We see that the profession is considered prestigious and popular in the USSR, have remained virtually unnoticed by the respondents. For the medical profession, teacher and military only 70 people have voted for. The stereotypical public opinion secured the role of "breadwinner" for men. We think that this caused a mass migration of men, as well

women abroad. The country has become a new phenomenon observed for the Kyrgyz society: the number of migrants is increasing every year; there are different patterns of migration as well. As we know that the migration process can be traced and the gender dimension too: for example, men migrate to work on construction sites, factories and agricultural lands, and the women - for the purpose of commercial or home-based work.

Motive for migration is the dream of many men about the new prospects, materially well-being, and hope for high-paid labor. Men tend to settle for low-paying jobs, a significant portion of them are working and living illegally, without the appropriate permissions, cannot claim a worthy payment of their labor, and rely on medical support in the event of work-related injury. For them to work 15 hours, seven days a week is becoming the norm. Terms of the worst accommodation, they have to reside in tents, basements, sheds or several people in one room. They are the first to fall under the reducing and firing by a decline in quotas for guest workers force by the host countries.

Unwittingly we conclude that many men are left to the mercy of the employer and do not expect protection from their own country. Of course, many families send men to abroad, do not come off the loser. Money remitted home by the men often constitutes the main part of the Kyrgyz and family income. In addition, family members left at home country do not live an easy life as well. Women without the support of all caregivers force themselves to take immediate care of children and the elderly members of the family. This is at best. Uncommon situation where migrant husbands temporarily leave the country in order to earn money do not return, no longer send money, which leads to the phenomenon of "abandoned wives" - one of the social impact of labor migration. In our view, the loss of male breadwinner status devastating affects a man's ego. Unemployment had a devastating effect on the men who lost their jobs; they get depressed, sensing his own inadequacy.

We believe that negative changes are the reason that many men have gone on suicide, began to suffer psychological disorders, alcoholism. Failure to feed the family and fear of job loss is present in men usually. For many men who have jobs are in a stressful situation in the fear of failure, as they are obliged to carry their burdens "getter".

Unfortunately, it is no secret that a considerable number of young people growing up and maturing, does not nourish any hope of a decent and stable job in a country that, in fact, is one of the factors, many of which are thrown on the side of life, are increasingly resorting to the use of drugs, alcohol, get in the way of violence, terrorism, and all in order to compensate for the loss of their masculine status. To achieve the full formation of the personality of children and their parents there must be more widespread dissemination of the ideology of equivalence of fatherhood and motherhood.

In our opinion the "new fatherhood" - a kind of way to the emancipation of men is liberating them from social roles, often outside the plantations. At the same time, it gives them the ability to overcome external barriers of social prejudice and to change their inner ego. In these times of globalization, there are major changes in the views on the place of men in society, transforming male gender roles, male values within contemporary culture.

In our opinion, the current perception of masculinity must proceed from the fact that it created not only by the community, but also by personal life practice, the degree of freedom and a degree of personal development of each person in society.

Bibliography:

1. Gender mainstreaming: social and economic costs and benefits: A Case Study / UNDP. - Bishkek: Al Salam, 2003. - 127 p.
2. Gender and economic development strategy of Kyrgyzstan. - Bishkek OFTSIR, 2003. - 176 p.

УДК 290.671

Якимчук С.В., Якимчук Ю.А.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ НАСЕЛЕНИЯ В ИННОВАЦИОННОЙ ЭКОНОМИКЕ В РОССИИ

В статье рассматриваются приоритетные направления реформирования системы управления социальной защитой населения в инновационной экономике в России

Ключевые слова: *управление, социальная защита, население, инновации, экономика*

Yakimchuk SV , Yakimchuk YA
Belgorod State National Research University NIU «BSU»

TOWARDS REFORMING DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE THE INNOVATION IN RUSSIA

The article deals with the priority directions of reforming the social protection of the population in the management of innovative economy in Russia

Keywords: *governance, social protection, people, innovation, economy*

В России до настоящего времени не произошло формирования достаточно четких подходов к реформированию сложившейся системы социальной защиты, для которой характерны чрезвычайно высокая роль государства и крайне слабо обозначенные общественные институты. За последние годы социальная защита населения России ориентировалась на адресное решение проблем отдельных категорий граждан на заявительной основе. Как показывает практика, такой подход не даёт долгосрочного эффекта, поскольку не направлен на перспективную социальную защиту каждого конкретного человека и населения в целом. Происходящие в стране реформы требуют изменений в социальной сфере, в том числе создания системы многопрофильной целевой социальной защиты населения, которая способствовала бы как профилактике возникновения негативных влияний на человека, так и их ликвидации на протяжении всей его жизни[1].

Проблемы управления системой социальной защиты как формы социального инвестирования на уровне властной вертикали связаны как с содержанием социальных рисков и оценкой их сокращения, так и с организацией социальной защиты на уровне федерации и региона. К таким проблемам можно отнести [1]: остающуюся монополию государства в сфере российской социальной защиты; разграничения полномочий между федеральным и субфедеральными центрами по поводу федеральных мандатов; непрозрачность финансовых потоков и результатов социальных фондов для всех инвесторов; формирование социальных стандартов; достижение личностного и адресного характера мероприятий социальной защиты; оценка социального и экономического эффектов от инвестирования средств федерального и регионального бюджетов в систему социальной защиты соответствующего уровня; проблема своевременности оказания социальной помощи нуждающимся без оттяжки во времени; социальная паспортизация семей российского населения для определения степени отступления от социальных стандартов и формирование единой базы данных социальных паспортов с целью преодоления территориальной разобщенности центров социальной защиты.

Граждан, нуждающихся в социальной защите, можно разделить на пять основных групп[1]:

- трудоспособные граждане в трудоспособном возрасте, в том числе: лица, уволенные из Вооруженных сил[2]; безработные и незанятые граждане; беженцы и вынужденные переселенцы в трудоспособном возрасте; женщины, находящиеся в отпуске по беременности и родам, в отпуске по уходу за ребенком, а также беременные женщины;
- нетрудоспособные граждане в трудоспособном возрасте, в том числе: инвалиды; лица, имеющие профессиональное заболевание;
- граждане в возрасте младше трудоспособного, в том числе: дети- инвалиды; дети из многодетных и неполных семей; дети-сироты, безнадзорные дети и подростки; иные категории детей, нуждающихся в социальной защите;
- лица старше трудоспособного возраста, в том числе: одинокие престарелые граждане; пенсионеры по возрасту; инвалиды и участники Великой Отечественной войны; блокадники; иные лица старше трудоспособного возраста;
- иные граждане, нуждающиеся в социальной помощи, в том числе: малообеспеченные, т. е. те, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума; молодые семьи с детьми и семейным стажем до трех лет; иные семьи, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

Отметим следующие основные направления социальной защиты вышеупомянутых категорий населения и подходы к их реформированию:

1. Социальная защита трудоспособного населения должна предусматривать механизмы, обеспечивающие гражданам Российской Федерации защиту от социальных рисков, препятствующих: эффективной занятости человека; предоставлению регламентированных дополнительных гарантий занятости; выплате и получению заработной платы и всех видов социальных пособий в размерах и сроках, предусмотренных российским законодательством; охране здоровья работающих и профилактике неблагоприятных условий их труда; оказанию и получению материальной и иной помощи лицам, попавшим в кризисные материальные и социально-бытовые ситуации; равноправию женщин во всех вопросах социальной жизни.

2. Социальная защита нетрудоспособных граждан должна включать механизмы, обеспечивающие: всем лицам, постоянно проживающим на территории РФ, полное социальное обеспечение независимо от расовой и национальной принадлежности, пола, языка, места жительства, рода и характера деятельности в условиях многообразия форм собственности и других обстоятельств; пенсионное обеспечение; сохранение денежных сбережений, ценных бумаг, имущественных прав;

3. Социальная защита детей, детства и отрочества должна быть ориентирована на создание условий жизни и развития детей, позволяющих всем детям, независимо от того в какой семье они родились и живут, иметь наилучшие возможности для сохранения их здоровья, материального благополучия, свободного доступного образования, дошкольного и школьного воспитания, гармоничного духовно-нравственного развития, реализации своих способностей. Особенно это актуально для детей из неблагополучных семей и детей-сирот.

4. Социальная защита семьи как основополагающей опоры общества и государства предусматривает необходимость всемерно поддерживать институт семьи. Именно семья способна сохранить общество, его ценности. Поэтому семейная политика, ориентированная на обеспечение людям достойных условий для создания, сохранения и развития семьи, неотъемлемая часть социальной защиты населения.

5.В России актуальной является проблема социальной помощи людям, оказавшимся в сложных жизненных условиях (бездомные, беженцы, вынужденные мигранты и переселенцы). Необходимо территориальным органам социальной защиты совместными усилиями с другими заинтересованными службами решить проблемы организации домов ночного пребывания, социальных приютов и гостиниц. Не должно быть случаев отказа в помощи людям, попавшим в экстремальные ситуации.

Особенно актуальна проблема преодоления малообеспеченности и бедности в сельской местности регионов России. Опыт реализации помощи малоимущим семьям с детьми, проживающим в сельской местности показал, что успехом пользуются программы, разработанные для социальной поддержки сельского населения, направленные на развитие и эффективное функционирование личного подсобного хозяйства, продовольственное самообеспечение, а также на целенаправленную подготовку молодёжи к жизни и труду.

Перестройка системы оказания социальной помощи должна включать экспериментальную отработку наиболее эффективных программ, совершенствование системы администрирования, формирование баз данных и системы мониторинга эффективности реализуемых программ. Центр социального обслуживания населения является в настоящее время наиболее оптимальным и перспективным типом учреждения социальной защиты населения. Его структура может видоизменяться в зависимости от реализуемых целей, места расположения, демографической и экономической ситуации и территории муниципального образования.

Следует отметить, что негативные социальные проблемы в области социальной защиты населения невозможно устранить за короткие сроки. Для реформирования системы социальной защиты необходимы время, различные ресурсы (организационные, правовые, материально-технические и др.), разработка адекватных российским условиям и менталитету, востребованных технологий, подготовленные специалисты (медики, социальные работники, юристы, ортопеды, протезисты, инженеры, архитекторы, педагоги, психологи и другие), активная поддержка общественных организаций, всего населения.

Список литературы:

1. Якимчук С. В. Формирование и развитие инновационной системы управления социальной защитой в интересах роста человеческого капитала: теория, методология, практика - докторская диссертация (08.00.05) - Воронеж - 2011-350 с.
2. Тетерский, С. В. Введение в социальную работу: Учебное пособие. [Текст] - М.: Академический Проект, 2002. - 495с.
3. Шевяков А. Мифы и реалии социальной политики // Общество и экономика. - 2009. - N 7. - С.99-116.

УДК 364.465

Смирнова М.Г.
Научный руководитель Шурыгина Ю.Ю.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В данной статье рассматривается и характеризуется организация деятельности детских дошкольных учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: *дети с ограниченными возможностями здоровья, детские сады комбинированного вида, детские сады компенсирующего вида.*

Smirnova M.G.
Supervisor of studies Shyrigina Yu.Yu.
East-Siberian State University of Technologies and Management, Ulan-Ude, Russia

ORGANIZATION OF ACTIVITY OF PRESCHOOL INSTITUTIONS FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

This article discusses and characterizes the organization of activity of preschool institutions for children with disabilities.

Keywords: *children with disabilities, kindergartens of the combined kind, kindergartens of compensating type.*

Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, которые по состоянию здоровья не могут осваивать образовательные программы без специальных методов обучения и воспитания.[4]

Дети с ограниченными возможностями здоровья это дети, имеющие следующий ряд нарушений: нарушения слуха, речи, зрения, интеллектуальной деятельности, опорно-двигательного аппарата, психо-эмоциональных нарушений.[1]

Получение образования для детей с ОВЗ является самым важным условием. Поэтому обеспечение их прав в сфере системы образования самая важная задача государственной политики в Российской Федерации и Республики Бурятия.[5]

Детские сады подразделяются на:

1) Общеразвивающий детский сад. Направлен на обучение и воспитание здоровых детей;

2) Детский сад с углубленным изучением отдельных предметов.

3) Детский сад присмотра и оздоровления. В таком детском саду проводятся оздоровительные процедуры(закаливание, массаж, ЛФК и др.);[3]

4) Детский сад компенсирующего вида.Такой детский сад принимает детей с серьезными отклонениями здоровья;[6]

5) Детский сад комбинированного вида. Отличается тем, что, его посещают группы здоровых детей, с углубленным изучением отдельных предметови группы детей с ограниченными возможностями здоровья.[4]

Проведенное исследование показывает, что в настоящее время в городе Улан-Удэ функционирует 29 детских дошкольных учреждений комбинированного вида и 4 детских сада компенсирующей направленности, в которых воспитываются и обучаются дети с различными нарушениями здоровья, такие как, нарушение речи - 25 детских сада, 2 детских сада для детей с нарушением опорно-

двигательного аппарата и ДЦП, 3 для детей с аллергодерматозами и герпетическими инфекциями, 2 детских сада для детей с нарушениями зрения и 1 детский сад присмотра и оздоровления для тубинфицированных детей.

В детских садах комбинированного и компенсирующего вида с детьми работаютлогопед, психолог, дефектолог, воспитатели, преподаватель по физической культуре, музыкальный руководитель, медицинские работники.

Особое внимание уделяется индивидуальным занятиям с логопедом, дефектологом, психологом. При разработке занятий учитываются зрительные возможности детей. Учебный материал составлен в связи со зрительными возможностями детей с нарушением зрения.

Преподаватель по физкультуре использует такие виды технологий как: подвижные и спортивные игры, гимнастика для глаз, дыхательная, пальчиковая гимнастика, релаксация.

В логопедической практике редко встречаются абсолютно здоровые дети. Такие дети отличаются от своих сверстников по показателям физического и нервно-психического развития.

Для укрепления психического здоровья детей дошкольного возраста, используются методы предупреждения и коррекции психологического напряжения, такие как: арттерапия,сказкотерапия, музыкально-ритмическая гимнастика, упражнения на снятие нервного напряжения у детей:«Воздушный шарик», «Артистическое приседание», «Любопытная Варвара» (расслабление мышц шеи), «Апельсин» (расслабление мышц рук), «Бегемот» (расслабление мышц ног), «Леденец»(снятие сильного эмоционального и физического напряжения), «Тишина»(расслабление всего организма).

Компенсирующее обучение это помощь в реабилитации детей, в устранении нарушений работоспособности, укрепление нервно-психического здоровья и физического развития. Таким образом, целью данного вида детских садов является адаптация ребенка к окружающей среде, для того, чтобы став взрослым, он смог функционировать на уровне среднестатистического человека.

Список литературы:

1.Аксарина М.Н. Воспитание детей раннего возраста. – М.: Медицина 2015- 64с.
2.Василькова Ю. В. Социальная педагогика / Ю.В. Василькова, Т.А.Василькова. – М.: ВЛАДОС, 2014. – 321с.
3.Олиференко Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. – М.: ВЛАДОС, 2013. – 345с.
4. Печора К.Л., Пантюхина Г.В. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях - М.: Владос, 2014 - 76с.
5.Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / под ред. Дубровиной А.Д. – М.: Академия – 2015 – 160с.
6.Чуптуева Л. Особые дети // Новая библиотека / Л. Чуптуева. -М.: Академия, 2014- 35с.

УДК122

Ташлинская Е. Ш.
Ульяновский государственный технический университет, г.Ульяновск, Россия

ИНСТИТУТ КУРАТОРСТВА КАК ИННОВАЦИОННЫЙ РЕСУРС СОВРЕМЕННОГО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

В статье рассматриваются ключевые аспекты и проблемы, миссия и основные задачи, причины отрицательных последствий кураторской деятельности; перспективы в разработке модели личности куратора.

***Ключевые слова**: образовательная парадигма, куратор, воспитательная деятельность.*

Tashlinskaya E. Sh.
Ulyanovsk State Technical University, Ulyanovsk, Russia

INSTITUTE OF A COACHING AS INNOVATIVE RESOURCE OF MODERN HIGHER EDUCATION

The article examines the key issues and challenges, the mission and main objectives, the reasons of negative effects of the curatorial activities; the prospects for the development of ideal model of personalityof the curator.

***Keywords**: educational paradigm, curator, educational activities.*

The educational paradigm in the conditions of upgrade of system of the highest professional orientation of future specialists implies inclusion and a support on an educational and didactic component of this process. One of key links of training of students is work of curators. In these activities there are problems connected with reforming of education which is in turn caused by the ambiguous processes developing in social practice in general.

Curator activities are one of forms of social and pedagogical work in higher education institution. It is an important component of educational work at the higher school, especially in conditions when there is a deformation of values and an infantilization of young generation. Development of valuable motivation provides successful study and further allows to build growth strategy in a profession, to determine perspective plans and business projects.

The mission of the curator consists, first of all, in the help to students in the correct organization of their educational and extracurricular activities, in understanding of the place and a role of higher education institution in social space that promotes improvement of quality of training of future specialists. As private tasks the solution of the following questions acts here: adaptation of students to new conditions of the educational and educational environment, fixing of motivation on vocational training, assistance to active participation in educational process, control of attendance, progress, the organization of a work practice, informing on the scientific events held in higher education institutions – tenders, conferences, the Olympic Games, etc., and also identification of problems of leisure nature, including the decision household needs, determination of the directions of cultural events. Activities of curators – a binding element in combination of creative efforts of teachers and students, implementation of dialogue between administration of faculty, higher education institution and student's group, between higher education institution and the student's family, between pedagogical collective and the student.

The curator of the academic group (this is, as a rule, the teacher or the employee of educational institution) is attached to specific educational group not just for the purpose of external observation and control of the course of educational and extracurricular activities of students, but as the active participant of educational process giving feasible and necessary help in the solution of organizational, information, pedagogical, social and psychological tasks and much more.

Difficulties which accompany institute of curators of the academic groups are connected with crisis of system of higher education in Russia and changes of values of society and the personality, problems of a ratio of traditions and innovations, formation of outlook, forming of a civic stand. One of the main problems consists that many teachers aren't capable and don't wish to carry out curator obligations fully as that is required by the current situation which is aggravated also with absence at most of them of psychology and pedagogical education (especially it concerns higher education institutions not of a pedagogical profile). This provision is reparable if the principle of system job management is observed and an integrated approach in higher education institution is performed.

The objective picture of the events with "cohort" of curators consists of the analysis of a number of factors: a) availability of capabilities, skills, set of the personal qualities necessary for implementation of curator activities; b) readiness of teachers-curators for fixed self-education and self-improvement in the field of theoretical and practical pedagogics and psychology; c) efficiency of the organization and functioning of system of increase in psychology and pedagogical literacy of teachers and rendering social psychological assistance to subjects of educational process (rates, seminars).

Disclosure of educational potential of a coaching, its transformation into an urgent innovative resource of higher education requires in addition to the solution of each of the above-named problems also creation of a row of systems on organizational, scientific methodically to providing and social psychologically support of institute of curators of the academic groups.

The institute of curators of the academic groups has serious educational potential and can be considered as the urgent innovative resource of modern higher education assuming availability of system of scientific and methodical, organizational and methodical, social and psychological, financial and economic support of activities of curators of student's groups.

Special attention is paid to education at students of interest and love to the chosen profession, development in them of necessary professional qualities, professional ethics, forming of understanding of the public importance of future profession and responsibility for the level of professional knowledge.

Activities of the curator are aimed also at providing participation of students in extracurricular activities – the events held by higher education institution, faculty. The curator of the academic group acts as the senior mentor, the companion and the consultant, he helps to develop an initiative and independence. Also social and psychological aspects, in particular, forming in group of united collective, creation of the atmosphere of goodwill in it, mutual assistance, the cross liability, creativity, enthusiasm, public activity didn't remain unaddressed. The curator realizes the principle of unity of requirements to all students, comes into contact with dean's office, public organizations, and in case of need – with parents.

We believe that training of the highly professional specialist, demanded, competitive, ready to creative increase and innovations, assumes in turn availability at least organized, competent, erudite teachers at the higher school. Development of a certain "ideal" model of the identity of the curator in higher education institution, capable to train high-class specialists is required.

It is thought that highly specialized knowledge without humanistic component conducts to the indistinct image of the specialist which is out of space of moral and ethical and esthetic values. It is very dangerous tendency. Traditionally essential part in the solution of educational and pedagogical tasks in system of higher education is assigned to the teacher and the curator of the academic groups. Educational activities of the curator cover the most different directions: questions of progress and attendance, preparation for a session, the help during the sessional period and the analysis of results of a session, work with parents of students, informing on holding various actions, shares, tenders, scientific conferences, etc., the help in the organization of various collective affairs, social and psychological support, etc. Solving key problems of organizational and methodical, social and psychological, pedagogical nature, the curator acts as the intermediary between a management of faculty, higher education institution and student's groupand the student's family.The help in the solution of personal problems – an urgent problem of curator activities in case of the happened change of a social situation, the amplified social stratification, dynamics of everyday life.

The main objective – to teach to study independently. As it was already noted earlier, emergence of institute of a coaching involves the solution of a set of companion problems, one of main is an establishment and fixing by means of the relevant regulating documents of legal status of the curator in an organizational structure of higher education institution which accurately outline its powers, the rights and obligations, responsibility and limits of personal/business relations of the curator and heads of structural divisions (department, faculty, higher education institution). Practical entering of institute of a coaching also puts a question of methodological procedures for implementation of new substantial forms and methods of multidimensional management, control and the analysis of all pedagogical situations. Activities of curators are directed as well to anticipation of negative situations that requires development of methodology of the most these activities, the comprehensive analysis of pedagogical activities. It is necessary to change formalistic approach for other ideology – development of intrinsic characteristics of education in general and specific type of the curator in higher education institution (taking into account specifics of educational institution). Search of the adequate means and acceptances, approaches urgent for student teaching working for prospect, for formation of future specialist. For this purpose systematic work, systematic, everyday, with implementation of an integrated approach in educational space is required [1].

The modern educational situation led to awareness of need of implementation of new forms of organizational and educational work, review the outdate practician of curator "supervision", suggestion and urging on edification, moral reasoning, but on the contrary – ensuring comprehension of tactical tasks and strategic objective of a coaching as timely identification of negative situations and their prevention, direction of efforts of students to the creative and search course that leads to stabilization of the situation in an education system, to strengthening of personal line items, development and growth of scientific potential both the student, and teacher that finally and provides improvement of quality and efficiency of education. We believe that the existing distortion towards a massovization, show projects, entertaining and pleasure actions considerably reduces the level of high school preparation and levels the sense of educational, curator activities and in general - works with youth. Work on an advancing, prevention and the prevention is much more effective, than fight against already actual collisions and defects. In this respect the special place belongs to professional orientation work and propaedeutic rates, explanatory and educational work, propaganda activities. There is a sense to address traditional practices of the Soviet school (an excursion to the entities, for example), but taking into account modern realities and desire of updating in a metodologo-technological context. The modern scientific discourse doesn't exclude the principle of pluralism and criticism, innovation and constructibility, projectivity and modeling, a representativeness and an extrapolation. At the same time you shouldn't be afraid, in our opinion of revolutionary shifts as evolutionary approaches and forms aren't always capable to pave the way for "breakthrough technologies", especially in the scientific and technical sphere. Talented curators are also not enough today, as well as in general the creative, conceiving people in any other sphere. But to move in this direction it is represented extremely important and it is necessary as on this "front" big changes – changes to the best in education are expected.

Bibliography:

1.ТашлинскаяЕ. Ш. Роль куратора в современной высшей школе // Современные технологии учебного процесса в вузе:тезисы докладов научно-методической конференции (24-25 января 2011 года). – Ульяновск: УлГТУ, 2011. С.22-28 //TashlinskayaE. Sh. The role of the curator in contemporary higher education // Modern technologies of educational process in high school: abstracts Scientific Conference (24-25 January 2011). - Ulyanovsk: UlSTU 2011. Pp.22-28.

УДК 364.3

Жанцан Н.

Монгольский государственный университет науки и технологий, г. Улан-Батор, Монголия

ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ГОРЕ И УТРАТУ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА

Данная работа посвящена изучению признаковпосттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека. Результаты исследования выявили, что смерть человека является одним из факторов риска развития посттравматического стресса у детей. Проведенные нами исследования также показали, что центральное место среди последствий посттравматического стресса, обусловленного горем и утратой близкого человека, у детей занимают такие проявления посттравматического стресса, как навязчивое вспоминание и упорное избегание любых стимулов, напоминающих пережитые травматические события, а также стабильные психологические проблемы, связанные с перенесенной травмой.

Ключевые слова: *посттравматический стресс, утрата близкого человека, горе, ребенок*

Jantsan N.

Mongolian State University of Science and Technology, Ulaanbaatar, Mongolia

FEATURES OF POSTTRAUMATIC STRESS IN CHILDREN WHO HAVE EXPERIENCED GRIEF AND LOSS OF A LOVED ONE

This paper examines the signs of posttraumatic stress in children who have experienced grief and loss of a loved one. Results of the study revealed that the death of a person is one of the risk factors for posttraumatic stress in children. Our studies have also shown that central to the consequences of posttraumatic stress caused by grief and the loss of a loved one, the children take these manifestations of posttraumatic stress as obsessive remembering and persistent avoidance of any stimuli reminding experienced traumatic events, as well as experienced trauma-related stable psychological problems.

Key Words: *Posttraumatic stress, Loss of a loved one, Grief, Child*

В последние годы проблема посттравматического стресса у детей все больше привлекает внимание ученых. В психологии за короткий периодуспешно выполнено большое количество работ, направленных на изучение разных аспектов посттравматического стресса.

Несмотря на то, что во многих странах проводитсябольшое количество исследований в области психологии посттравматического стресса, проблема изучения негативных психологических последствий, возникающих в результате воздействия стрессовых факторов, источником которых являются различные психотравмирующие события, остается практически неразрешенной, а сведения, содержащиеся в литературе, противоречивыми.Среди этих недостаточно разрешенных проблем посттравматического стресса особое место занимает посттравматический стресс у детей, переживших горе и утрату близкого человека.

Проблема посттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека, относятся к числу очень важных и в то же время наименее разработанных проблем психологии. Необходимость изучения подобных проблем обусловливается также высокий индекс смертности среди населения Монголии. По данным ученых, в 2014 году, по сравнению с 2004 годом, общая численность смертности выросла на 8,12 %[2].

Смерть близкого человека не только для взрослых, но и для детей является сильнейшим травматическим событием. Его последствия были изучены и описаны с начала XX века.Большинство ученых, занимающихся данной проблемой, считают, что у детей, переживших горе и утрату близкого человека, отмечаются признаки посттравматического стресса: навязчивое вспоминание травматического события, тоска по умершему человеку, ощущение ребенком своей беспомощности и мысли о невозвратимости умершего человека, а также попытки самоубийства [3, 5].

В Монголии до сих пор практическине изучены последствия посттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека. В связи с этим мы пытались изучать особенности последствий посттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека. Объектами исследования явились 57 детей, переживших горе и утрату близкого человека. Их средний возраст обследованных детей составил 12,05±0,25.Применялись анамнестический и экспериментально-психологический методы исследования, а также методы наблюдения и беседы. В работе использовалось “Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей”[1].

По данным интервью для выявления признаков посттравматического стресса, обследованных нами детей, можно разделить на 2 группы: контрольная и экспериментальная. В контрольную группу вошли дети, не имевшие травматического опыта, а экспериментальную группу составили дети, имеющие травматический опыт, вызванный горем и утратой близкого человека.Состав обследуемого контингента детей представлен в таблице 1.

Таблица 1 - Соотношение детей по степени посттравматического опыта

Испытуемые	Колич. испытуемых	Всего
Дети, не имеющие травматического опыта	5	57
Дети, имеющие травматический опыт	52	

Данные относительно распространенности посттравматического опыта в рассматриваемых нами выборках полностью соответствуют результатам исследований, опубликованных в других странах[4].

Результаты исследования, проводившего с помощью интервью для выявления признаков посттравматического стресса, даны в таблице 2.

Таблица 2 - Средние значения показателей опросника в контрольной и экспериментальной группах

Гр. испытуемых	Критерии опросника											
	Необ. опыт (A)		Навяз. вспом. (B)		Упор. избег. (C)		Возрас. напр. (D)		Пост. наруш. (F)		Об. оцен.(OB)	
	M	δ	M	δ	M	δ	M	δ	M	δ	M	δ
Контр. гр.	-	-	1,2	0,0	1,4	1,0	0,3	1,1	0,5	0,1	3,4	1,0
Экспер. гр.	4,8	0,3	6,5	0,1	7,1	0,2	5,1	0,9	2,3	1,0	25	3,2

При проведении основной части интервью у детей экпериментальных групп были отмечены очень высокие показатели по всем критериям, особенно, критериям B (навязчивое воспроизведение посттравматического опыта), C (упорное избегание любых стимулов, связанных травмой) и общих оценок (OB).По нашему мнению, тоска по умершему человеку, мысли о невозвратимости умершего человека могут приводить к навязчивому вспоминанию пережитых детьми событий. Нельзя исключить того, что ребенок, переживший горе и утрату близкого человека, сознательно избегают любых разговоров, игр, событий, напоминающих пережитые ими травматические события, для того чтобы забывать неприятные вспоминания, чувство горечи, испытывшие во время травматических событий.

Повышенная чувствительность нервной системы детей младшего школьного возраста и их возрастные особенности, а также несозревание их организма, неполное формирование многих функций, несомненно, играют большую роль в возникновении их посттравматического стресса. Кроме вышеперечисленных, нельзя исключить и другие влияния, способствующие формированию посттравматического стресса. К ним могут относиться социальное окружение, забота родственников и учителей о детей,внутрисемейная атмосфера, стили воспитания и т. д.

Обобщая результаты экспериментально-психологических исследований, проведенных на монгольских выборках, можно сделать следующие общие выводы:

1. Смерть человека является одним из факторов риска развития посттравматического стресса у детей.

2. Центральное место среди последствий посттравматического стресса, обусловленного горем и утратой близкого человека, у детей занимают такие проявления посттравматического стресса, как навязчивое вспоминание и упорное избегание любых стимулов, напоминающих пережитые травматические события, а также стабильные психологические проблемы, связанные с перенесенной травмой.

3. Посттравматический стресс, вызванный горем и утратой близкого человека, оказывает тормозирующее влияние на личностную личностную и когнитивную сферы ребенка.

Список литературы

1. Нямаа Ж. Психологические последствия посттравматического стресса у монгольских и российских детей. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Москва, – “Типография МПГУ”, – 2011, – 264 с.
2. Статистический ежегодник Монголии 2014. Под редакцией: С. Мэндсайхан, Р. Содхуу, Т. Гантимур, А. Дэмбэрэл, Х. Бажийхуу. – Улан-Батор, – “Издательство НСК”, – 2014, – С. 103-130 (на монгольском языке).
3. Doctor R.M., Shiromoto F.N. The Encyclopedia of Trauma and Traumatic Stress Disorders. –New York: –«Pacts on File», –2009, –PP. 16-42.
4. Fairbank J.A., Fairbank D.W. Epidemiology of Child Traumatic Stress // Current Psychiatry Reports. –2009. –Vol. 11, –№ 4, –August, –PP. 289-295.
5. Understanding Child Traumatic Stress. Edited by A.R. Atkinson. – New York, – “Pacts on File”, – 2008, – PP. 21-55.

УДК 616.248:616.33/.34-036.82-053.2

Каличевская М.В., Клімова О.В., Соломенко М.В.*
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина
*ООО « Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины»**

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

В статье рассматриваются особенности течения бронхиальной астмы у детей с сопутствующей патологией верхних отделов пищеварительного тракта и вопросы реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: *бронхиальная астма, дети, патология пищеварительного тракта.*

Kalichevskaya M.V., Klimova O.V., Solomenko M.V.*
State Institution «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine», Dnepr, Ukraine
*Dnipropetrovsk Medical Institute of Conventional and Alternative Medicine**

FEATURES OF ASTHMA AND REHABILITATION IN CHILDREN WITH CONCOMITANT GASTROINTESTINAL PATHOLOGY

The article is devoted to the peculiarities of asthma in children with concomitant pathology of the upper gastrointestinal tract and the rehabilitation of the patients.

Keywords: asthma, children, pathology of the gastrointestinal tract

Одной из актуальных проблем современной медицины является охрана здоровья детей, снижение заболеваемости и детской смертности, обеспечение возможности нормального развития ребенка. За последние годы во всем мире отмечается тенденция к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой (БА) у детей, при этом возрастает число тяжелых форм заболевания, ухудшается качество жизни больных детей в результате ограничения их физической и социальной активности [1, 4]. Основной целью терапии БА является улучшение качества жизни больного за счет постоянного контроля симптомов заболевания, однако полный контроль симптомов отмечается всего у 5-30% больных [2]. В то же время эффективная реабилитация больных возможна лишь при комплексном воздействии на организм ребенка, в том числе и на сопутствующие заболевания, хронические очаги инфекции и т.д. Одной из причин затруднений при достижении контроля над симптомами БА является наличие сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3], которые, в свою очередь, занимают 2-е место в структуре распространённости среди заболеваний у детей. Своевременная диагностика и лечение бронхиальной астмы в лечебных учреждениях ведет к снижению прогрессирования заболевания, однако для полного медико-социального решения этой проблемы требуется внедрение реабилитационного лечения, что позволит снизить потери по нетрудоспособности и улучшить качество жизни больного.

Цель исследования: изучить влияние сопутствующей патологии верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) на течение и параметры контроля симптомов БА и разработать прогностическую модель риска развития патологии ЖКТ у детей с БА.

Материал и методы исследования. Обследовано 120 детей и подростков с БА в возрасте от 6 до 18 лет. При клинико-эндоскопическом обследовании у 78 детей (I группа) выявлена патология ВОПТ, в том числе хронический гастродуоденит у 78,2%, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь у 37,2%. Во II группу были включены 42 ребенка с БА без патологии ВОПТ. Дети, которые находились в приступном периоде БА, а также те, что имели обострения другой (не ЖКТ) сопутствующей хронической патологии в исследование не включались. В качестве критериев контроля БА использовались рекомендации Глобальной инициативы по борьбе с БА (GINA, 2015). Уровень контроля оценивался по данным теста контроля над БА у детей (the Childhood Asthma Control Test – C-ACT) и спирографии. Исследование включало анализ анамнестических данных, общеклинических, инструментальных, радиоизотопных и морфологических методов; изучение клинических особенностей течения патологии ВВТТ на БА у данного контингента больных. На основании данных анамнеза заболевания определены медико-биологические и социальные факторы, влиявшие на развитие патологии ВВТТ у детей с БА. Статистическую обработку проводили с помощью методов вариационной статистики, реализованных в пакете прикладных программ "STATISTICA 6.1".

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст детей I группы составил 12,7±0,4 лет, во II группе – 11,4±0,5 лет, ($p<0,1$). В I группе преобладали лица мужского пола (74,4%), в то время как во II группе соотношение мальчиков и девочек существенно не отличалось (52,4% и 47,6% соответственно). Средняя длительность заболевания БА у детей I группы была достоверно выше, чем у детей II группы (6,8±0,46 лет против 3,9±0,48лет, $p<0,05$). При этом длительность заболевания БА более 3-х лет отмечалась у 83,3% детей I группы и 52,4% детей II группы ($p<0,01$). В целом, при длительности заболевания до 3 лет частота поражений ВОПТ составила 39,4%, в то время как при более чем 3-летнем стаже болезни – 84,4% ($p<0,01$). Особенностью заболеваний ВОПТ у больных с БА стала высокая частота поражений слизистой оболочки пищеварительного тракта органического характера (92,3 %) и наличие поражений нескольких отделов пищеварительного тракта (76,9±4,8 %). По результатам эндоскопического исследования деструктивный характер изменений слизистой оболочки ВОПТ был у 43,6 % детей с БА. При морфологическом исследовании у половины детей выявлены эрозивные изменения слизистой оболочки 12-перстной кишки, в каждом третьем случае отмечались эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода и каждый пятый ребенок имел эрозивные поражения 2-х и более отделов слизистой оболочки ЖКТ.

Кроме того, частота выявления патологии ЖКТ зависела от тяжести течения БА. Так, среднетяжелое и тяжелое персистирующее течение БА, требующее назначения длительной гормональной базисной терапии, имело место у 82% детей I группы и у 62% детей II группы (OR=2,8, RR=1,33, χ^2=4,88, p=0,027). Тяжесть течения БА и длительность заболевания определяли не только частоту, но и степень поражений слизистой ЖКТ. Функциональная диспепсия встречалась только при интермиттирующей и легкой персистирующей БА, в то время как, у детей со среднетяжелой и тяжелой персистирующей БА в 52,9% диагностировались деструктивные поражения слизистой ВОПТ. Частота деструктивных поражений слизистой оболочки ЖКТ возрастала при увеличении длительности заболевания БА свыше 3-х лет (OR=3,65, RR=2,62, χ^2=4,3, p=0,038) и при среднетяжелом и тяжелом течении БА (OR=13,84, RR=10,04, χ^2=7,5, p=0,0071).

При наличии патологии ЖКТ контроль симптомов БА был хуже. Так, полный контроль симптомов БА на фоне базисной терапии отмечался только у 16,7% детей I группы, в то время как у детей II группы в 52,4% случаев ($p<0,01$).

Сравнительный анализ параметров контроля БА показал, частота дневных симптомов БА у детей I группы достоверно не отличалась от показателей II группы, в то время как частота ночных симптомов БА у детей I группы была достоверно выше, что сопровождалось повышенной потребностью в β2-агонистах короткого действия. Лечение патологии ВВТТ у больных БА сопровождалось увеличением количества детей с полным контролем над симптомами БА. Так, непосредственно после окончания лечения полный контроль отмечался у 35% детей I группы с тенденцией к увеличению к 6 месяцу до 47%. Положительная динамика параметров контроля симптомов БА отмечалась, прежде всего, за счет снижение частоты дневных и ночных симптомов, уменьшение дополнительного использования β2-агонистов короткого действия.

Выводы. Приведенные выше данные позволяют говорить о высокой частоте поражений ВОПТ у детей с БА (65%). По мере нарастания тяжести и длительности БА, возрастает частота и степень тяжести поражений слизистой ЖКТ. Наличие патологии ЖКТ сопровождается более тяжелым течением БА с низким уровнем контроля ее симптомов по сравнению с детьми с БА без патологии органов пищеварения. Таким образом, реабилитационная программа детей с БА должна быть дополнена своевременной диагностикой и лечением патологии ЖКТ, что позволит чи число детей с контролируемым течением БА.

Литература

1. Антипкін Ю.Г., Чумаченко Н.Г., Уманець Т.Р., Лапшин В.Ф. Аналіз захворюваності та поширеності бронхіальної астми в дітей різних вікових груп по регіонах України // Перинатология и педиатрия. 2016. №1 (65). С.95-99. DOI: 10.15574/PP.2016.65.95
2. Беш Л.В. Особливості перебігу і лікування бронхіальної астми у підлітків // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2013. № 9-10 (68-69). С. 28-33.
3. Боднарчук В.О. Бронхіальна астма і гастроезофагеальний рефлюкс у дітей: можливості контролю // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. 2010. № 3. С. 84-13.
4. Геппе Н.А. Бронхиальная астма и инфекции у детей: есть ли связь? // Аллергология и иммунология. 2013. № 1. С. 9-10.

УДК 364. 4:316.334.3

Ахметзянова Р.Р., Максимов Д.С.
Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Казань, Россия

РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

В статье анализируются вопросы организации системы социального обслуживания населения в рамках государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, система социального обслуживания.

Ahmetzyanova R.R, Maximov D.S.
KazanStateMedicalUniversity of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia

THE DEVELOPMENT OF PUBLIC-PRIVATEONE OF DIRECTION OF STRATEGIC DEVELOPMENT OF THE SOCIAL SERVICE SYSTEM

The article deals with the organization of social services system in the framework of public-private partnership.

Key words: public-private partnership, social care system.

Развитие государственно-частного партнерства в системе социального обслуживания на сегодняшний день имеет огромную значимостьи одно из его направлений – поддержка социального предпринимательства, – модель взаимодействия государства, бизнеса и общества. Сам термин указывает на то, что приоритетом для этого вида бизнеса стоит задача – решение или смягчение существующих социальных проблем.

Мировая и российская практикапоказывает, что государство не в силе осуществлять государственную поддержкумножеству социальных проектов, поэтому финансирование в ряде случае осуществляется за счет средств благотворительных фондов, негосударственных (коммерческих и некоммерческих) организаций, в том числе социально ориентированных некоммерческих организаций.

Поддерживая те или иные проекты за счёт бюджетных средств, и ведя активную информационную работу, государство формирует определенный социальный заказ, направленный на решение социальных проблем и более полное удовлетворение потребностей населения в социальных услугах.Остальное – выбор социального предпринимателя, бизнеса.

Сегодня в России в сфере оказания социальных услуг работает лишь около 1% предпринимателей. Количество государственных организаций социального обслуживания составляет 95%,частных всего 5%.По данным Минтруда РФ, ежегодно государственные учреждения социального обслуживания оказывают услуги 26 миллионам россиян, а частные – только 27 тысячам[1].

Как видим сфера социального обслуживания представлена, в основном, государственным сектором. Министерство труда и социальной защиты России ставит серьезную задачу–расширить негосударственный сектор в социальном обслуживании до 10% к 2018 году[2].

Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442 «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» предусматривает привлечение малого и среднего бизнеса в сферу оказания социальных услуг(ст.5). Получить услуги в коммерческих организациях смогут те, кто имеет право на бесплатное обслуживание, и те, кто не подходит под критерии получателей таких услуг, но готов за них заплатить. С 1 января 2015 г. получатель услуг может сделать выбор, куда пойти за получением услуг – в государственное учреждение или частную организацию.

Демографические прогнозы говорят о том, что в дальнейшем численность пожилого населения будет неуклонно возрастать. Кначалу 2016 г. в России число лиц старше трудоспособного возраста достигло 35,8 млн. чел.[3].За последние 5 лет число пожилых в Республике Татарстан (РТ) выросло на 10% или 89 тыс. человек. К концу 2016 г. в РТ проживает 920 тысяч пожилых людей.Больше всего пожилых людей проживает в двух районах Татарстана[4].

Соответственно, контингент получателей социальных услуг будет с каждым годом расширяться. Привлекая бизнес и общественные организации в оказание услуг социального обслуживания, можно будет оказать помощь всем, кто в ней нуждается. Основное условие для бизнеса и предпринимателей — зарегистрироваться в реестр поставщиков социальных услуг.

В сфере социального обслуживания в Республике Татарстан долгосрочных соглашений государственно-частного партнерства в отношении объектов государственной или муниципальной инфраструктуры не заключено. Вместе с тем с 2010 г. в РТ на условиях аутсорсинга оказываются реабилитационные услуги детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья (детям-инвалидам) на территории г. Нижнекамска, с 2012 г. – реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста, в том числе инвалидам пожилого возраста на территории г. Набережные Челны, с 2013 г. оказываются реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста, в том числе инвалидам пожилого возраста, на территории г.Казани[5].

По состоянию на 1 апреля 2015 г. в Реестр поставщиков социальных услуг Республики Татарстан включены 3 негосударственные организации: открытое акционерное общество «Санаторий Крутушка»; муниципальное автономное учреждение г. Набережные Челны «Пансионат для ветеранов труда»; муниципальное автономное специальное (коррекционное) образовательное учреждение для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья «Нижнекамская специальная (коррекционная) образовательная школа-интернат VI вида «Надежда»[6].

Российская Федерация, и большинство ее субъектов сформулировали свои стратегии развития на долгосрочную перспективу. В таблице 1 представлены перспективы развития государственно-частного партнерства в социальной сфере в РТ [7].

Таблица 1 - Перспективы развития государственно-частного партнерства в социальной сфере в Республике Татарстан

Субъект Российской Федерации, органы государственной власти субъекта Российской Федерации	Особенности региональных программ поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций	Основные механизмы, используемые при реализации проектов государственно-частного партнерства в социальной сфере	Опыт привлечения общественных организаций к решению социальных проблем
Республика Татарстан Министерство труда, занятости и социальной защитыРеспублики Татарстан	Подпрограмма «Поддержка социально ориентированных некоммерческих организаций в Республике Татарстан на 2014–2016 годы»	Выделение субсидий СО НКО на реализацию проектов, направленных на воспитание толерантности и профилактику экстремизма в молодежной среде; информационно-консультативная поддержка СО НКО по организации «круглых столов» по актуальным вопросам Концепции	Проекты Автономной некоммерческой организации «Ассоциация содействия больным синдромом Ретта»; «Родители детей-инвалидов с редкими заболеваниями – за права детей на диагностику, реабилитацию и образование» и др.

В концепциях значительное место занимают отрасли и виды деятельности социальной сферы, механизмы государственно-частного партнерства, предпринимательства и социально ориентированных некоммерческих организаций при предоставлении социально значимыхуслуг и услуг социального обслуживания[6].

Список литературы:

1. Информация Министерства труда, и социального развития Ростовской области «Государственно-частное партнерство расширит возможности региона в сфере социальных услуг. [Электронный ресурс]URL: http://www.donland.ru/Donland/Pages/View.aspx?pageid=125269&mid=130586&itemId=72 (дата обращения 10.11.16).

2. Информация министерства труда, занятости и социальной защиты Российской Федерации «Вовлечение бизнеса поможет создать здоровую конкуренцию на рынке социальных услуг». [Электронный ресурс] URL: http://www.rosmintrud.ru/social/service/83 (дата обращения 10.11.16).
3. Информация Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «О социальной защите населения». [Электронный ресурс] URL: http://www.rosmintrud.ru/social/vetaran-defence/53 (дата обращения 10.11.16).
4. Информация министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан «О внедрении в Татарстане современных технологий социального обслуживания пожилых людей». [Электронный ресурс] URL: http://prav.tatarstan.ru/rus/index.htm/news /752528.html (дата обращения 10.11.16).
5. Постановление Комитета Государственного Совета Республики. Татарстан по социальной политике «О реализации в Республике Татарстан законодательства о государственно-частном партнерстве в социальной сфере». [Электронный ресурс]URL: http://pandia.ru/text/80/123/55747.php (дата обращения 10.11.16).
6. Информация Министерства труда, занятости и социального обслуживания Республики Татарстан «О реестре поставщиков социальных услуг» [Электронный ресурс] URL: http://mtsz.tatarstan.ru/reestr-postavshchikov-sotsialnih-uslug.htm(дата обращения 10.11.16).
7. Зайнашева З.Г. Государственно-частное партнерство в сфере предоставления социально значимых социальных услуг населению / З.Г. Зайнашева, О.С. Семкина // Вестник ГУУ. Серия «Государственное и муниципальное управление». 2013. № 3 – С. 29–37.

УДК 364.3

Ням-Очир Г., Герелмаа А., Авирмед Д., Жанерка Т., Оюунбаатар А., Оюунгоо Б.
Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПИСЬМЕННОЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Nyam-Ochir G[1], Gerelmaa A[1], Avirmed D[1], Janerka T[1], Oyunbaatar A[1], Oyungoo B[2]
[1,2] Mongolian National University of Medical Sciences
Email: nyamochir@mnums.edu.mn

COMPARED RESULTS OF AND WRITTEN ASSESSMENT OF STUDENTS KNOWLEDGE

Abstract

Every country have own strategy to assess students knowledge, common methods are examine by test and oral exam. Thus to compare these methods advantages and disadvantages each other, we examine 30 students of first course School of Nursing, Mongolian National University of Medical Sciences which chose using random selection method by oral and writing method on same topic in anatomy. Also in questionnaire most students prefer written exam more than oral exam. Unfortunately they don't succeed in written exam. But they succeed more in oral exams.

ОЮУТНЫ МЭДЛЭГИЙГ ҮНЭЛЭХ АМАН БОЛОН БИЧГИЙН АРГУУДЫГ ХАРЬЦУУЛСАН ДҮН

Товч утга:

Улс орон бүрт үнэлгээний олон аргуудыг ашиглаж оюутны мэдлэг чадвар, хандлагыг үнэлдэг бөгөөд түгээмэл хэрэглэдэг нь сорилын /бичгийн/ болон аман шалгалтын аргууд байдаг. Иймээс дээрхи аргуудын давуу болон сул талуудыг харьцуулан дүгнэж үзэхийн АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургуулийн I дамжааны оюутнуудаас санамсаргүй түүврийн аргаар 30 оюутанг сонгон авч анатомийн хичээлээр нэг агуулгатай аман болон бичгийн шалгалт авсаны дараа асуумж авч, боловсруулалт хийж харьцуулан үзэхэд оюутнууд аман шалгалтаас илүү бичгийн шалгалтыг өгөхийг илүүд үздэг боловч бичгийн шалтгалтанд амжилт үзүүлдэггүй.

Харин аман шалгалтаар илүү амжилттай дүн авдаг байна.

Түлхүүр үг: Үнэлгээ, мэдлэг, сургалт, аман шалгалт, бичгийн шалгалт

Үндэслэл:

Боловсролын үнэлгээний чанарыг сайжруулахын тулд хийгддэг ажлын нэг нь сургалтын үйл ажиллагаанд үнэлгээ өгөх асуудал юм.

Улс орон бүрийн боловсролын системд үнэлгээний олон аргуудыг хэрэглэдэг боловч тэр бүгдийг нэгтгэн үзвэл форматив болон суммативгэсэн хоёр чиглэлээр бүлэглэж болох юм.

1987 онд Worthen & Sanders нар зорилтод чиглэсэн, тусгай мэргэжилд чиглэсэн, менежментэд чиглэсэн, туршлагад суурилсан гэх зэрэг олон төрлийн үнэлгээний арга замуудыг логик загвараар хэрэглэж байсан.

1990 онд Miller үнэлгээний шалгалтын аргуудыг үнэлгээний түвшинд хуваан ангилсан.

1998 онд Kirkpatrick нар хөтөлбөрийн үр дүнг үнэлгээний 4 түвшингээр үнэлдэг гэж тодорхойлсон.

1997 онд Турк улсад эмнэлзүйн өмнөх шатны сургалт болон эмнэлзүйн сургалтанд Problem Based Learning (PBL) program-ийг хэрэглэж байсан бол 2000 оноос эхлэн Team Based Learning (TBL) program нь анх нэвтэрч эхэлсэн. Улс орон бүрт үнэлгээний олон аргуудыг ашиглаж оюутны мэдлэг чадвар, хандлагыг үнэлдэг бөгөөд түгээмэл хэрэглэдэг нь сорилын /бичгийн/ болон аман шалгалтын аргууд байдаг. Иймээс энэ хоёр аргын давуу болон сул талуудыг харьцуулан дүгнэх шаардлагатай гэж үзсэн.

Зорилго:

Оюутны мэдлэгийг аман болон бичгийн шалгалтын аргуудаар үнэлэн, тухайн аргуудад хандах оюутны хандлагыг харьцуулан тодорхойлох

Зорилт:

1. Аман болон бичгийн шалгалтын дүнг харьцуулан судлах
2. Аман болон бичгийн аргуудад оюутны хандах хандлагыг тодорхойлох
3. Шалгалтын дүн болон шалгалтын аргад хандах хандлагын хамаарлыг судлах

Судалгааны аргазүй:

Энэ судалгаа нь нэг агшингын судалгааны загвараар хийгдсэн бөгөөд
АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургуулийн I дамжааны оюутнуудаас санамсаргүй түүврийн аргаар 30 оюутанг сонгон авч анатомийн хичээлээр нэг агуулгатай аман болон бичгийн шалгалт авсан.

Шалгалтын дараа шалгуулагч оюутнуудаас шалгалтанд хандах хандлагыг судлах зорилгоор асуумж судалгаа авч дээрхи аргуудаар авсан шалгалтын дүнг хооронд нь харьцуулан амжилт болон чанарыг үнэлсэн.

Мөн асуумжинд боловсруулалт хийж шалгалтанд хандах хандлагыг тодорхойлсон.

Шалгалтын дүн болон асуумжийн дүнг хооронд нь харьцуулан судалсан.

Судалгааны үр дүн:

Оюутнуудаас авсан аман шалгалтанд 75,2±5,4% авсан бол бичгийн шалгалтанд 42,7±6,1% дүнтэй үнэлэгдсэн. Үүнээс амжилтыг харьцуулан үзэхэд аман шалгалтаар 100%, бичгийн шалгалтаар 71, 4%-ийн амжилттай байсан. Мөн амжилтыг харьцуулан үзэхэд аман шалгалтаар 71,42% бичгийн шалгалтаар 20,6%-ийн чанартай байсан.

Оюутнуудын дунд хийсэн асуумж судалгаагаар нийт оюутны 87% нь бичгийн шалгалт өгөхийг илүүд үзсэн бол 13% нь аман шалгалт өгөхыг илүү гэж үзсэн.

Оюутнууд аман шалгалтаар 100%-ийн амжилт үзүүлсэн боловч асуумжийн үр дүн нийт оюутны 13% нь аман шалгалтыг илүүд гэж үзсэн.

Оюутнууд бичгийн шалгалтаар 71. 4% -ийн амжилт үзүүлсэн боловч 87% нь бичгийн аргаар шалгалт өгөх сонирхолтой байдаг.

Аман шалгалтыг илүүд үзсэн оюутнуудын хувьд ярихад илүү амар, бичгийн ажил байх магадлал өндөр, зөв бичсэн эсэхийг багш тайлбарлаж өгдөггүй, нэг асуултанд хэтэрхий олон зөв эсвэл эргэлзээтэй хариултууд байдаг , мэдлэгийг 100% үнэлэх боломжгүй байдаг гэж үзсэн бол бичгийн шалгалтыг илүүд үзсэн оюутнуудын хувьд сандардаг, мартдаг, зарим асуулт хүнд байдаг, хэлний

бэрхшээл гардаг унах магадлал өндөр, өөртөө итгэлгүй байдлаас болж багш муу дүн тавьдаг, багшийн дүн бодитой байдаггүй, уншихад цаг хугацаа их шаарддаг учраас залхуурдаг гэж хариулсан.

Дүгнэлт:

1. Аман шалгалтын дүн бичгийн шалгалтын дүнгээс өндөр байна.
2. Оюутнууд аман шалгалтаас илүү бичгийн шалгалтыг өгөхийг илүүд үздэг.
3. Оюутнууд аман шалгалтаас илүү бичгийн шалгалтыг өгөхийг илүүд үздэг боловч бичгийн шалгалтанд амжилттай дүн авдаг байна.

Ном зүй:

1. Оюунгоо Б, Цэрэндагва Д, "Үнэлгээний зарчим" Монголын анагаах ухааны боловсролын шинэчлэл. Улаанбаатар:2011.х.200
2. http://www.educationforhealth.net/aricles/subview-new.asp?ArticleID=113
3. Отгонбаяр Д, Оюунгоо Б, Сүмбэрзул Н, "Оюутны үнэлгээ" Улаанбаатар: 2010.х.12.
4. HASAN OZKAN, Task-Based learning Programme for Clinical Yers of Medical Education;Education for Health,No1(19)2006, p32-42

УДК 364.3

Одбаяр Г., Баярма Э., Ундармаа Э., Адилзаяа Д.

Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия

ИЗУЧЕНИЕВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ИЗМЕРЕНИЯМИ

Г.Одбаяр[1], Э.Баярмаа[1], Э.Ундармаа[2], Д.Адилзаяа[1].

[1]АШУҮИС, ЭЗБАС, Эмгэг бүтэц, үйл судлалын тэнхим

[2]Эмгэг Судлалын Үндэсний Төв

ТҮРҮҮ БУЛЧИРХАЙН БИЧИЛ БҮТЦИЙН ӨӨРЧЛӨЛТИЙГ АНТРОПОМЕТРИЙН ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТТЭЙ ХАМААРУУЛАН СУДАЛСАН ДҮН

Odbayar G[1], Bayarmaa E[1], Undarmaa E[2], Adilzaya D[1].

[1]Pathological department, MNUMS ***School of Pharmacy and Bio-Medicine***

[2]Mongolian National Pathological Centre

STUDY ON RELATIONSHIP BETWEEN HISTOPATHOLOGIC CHANGES OF PROSTATE AND ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS

Түлхүүр үг: Түрүү булчирхайн өвөрмөц эсрэгтөрөгч (ТБӨЭ), Түрүү булчирхайн эзлэхүүн (ТБЭ), Биеийн жингийн индекс (БЖИ), Түрүү булчирхайн өмөн (ТБӨ), Түрүү булчирхайн хоргүй томрол

Key words: Prostate specific antigen (PSA), Prostate volume, Body mass index, Prostate cancer, Benign prostatic hyperplasia

Судалгааны ажлын үндэслэл

Хүн амын дундаж нас нэмэгдэхийн хирээр, мөн оношилгооны аргууд улам боловсронгуй болж байгаатай холбоотойгоор түрүү булчирхайн эмгэгүүд, ялангуяа түрүү булчирхайн хоргүй томрол болон өмөн оношлогдсон тохиолдлын тоо нэмэгдэж байна. Гэвч манай оронд сүүлийн жилүүдэд түрүү булчирхайн эмгэгийн талаар хийгдсэн дорвитой ажил байхгүй, монгол эрэгтэйчүүдийн дунд тохиолдож буй түрүү булчирхайн томролыг БЖИ, ТБЭ зэрэг антропометрийн үзүүлэлттэй хамааруулан судалсан судалгаа байхгүй байгаа нь бидний судалгааны үндэслэл болсон.

Судалгааны ажлын зорилго, зорилт

Түрүү булчирхайн хоргүй томролыг P63 эсрэгбие болон эд судлалын шинжилгээгээр ялган оношилж, антропометрийн зарим үзүүлэлттэй холбон судлах зорилгын хүрээнд дараах зорилтуудыг дэвшүүлэв. Үүнд:

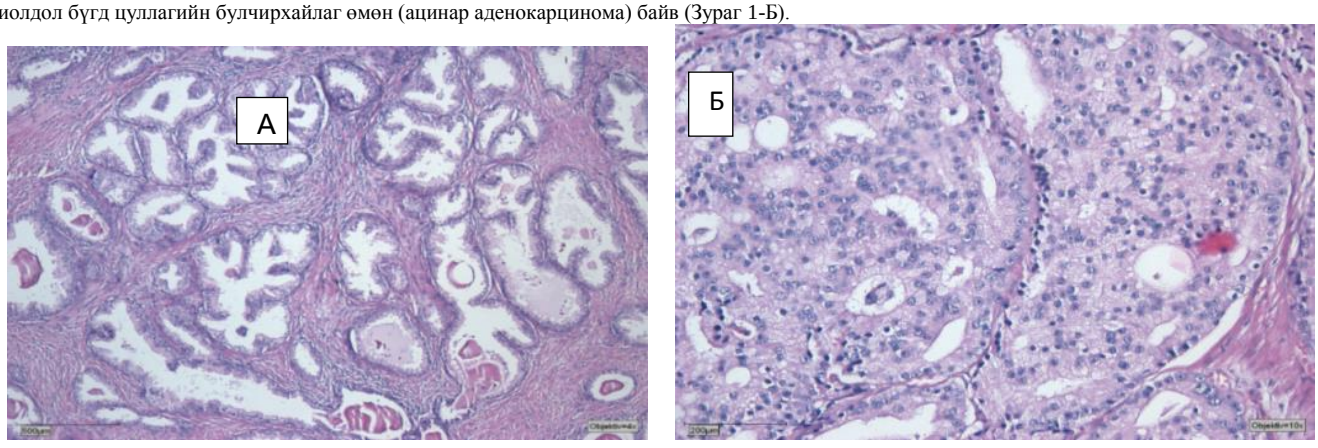
1. Түрүү булчирхайн хоргүй томролыг P63 эсрэгбие болон эд судлалын шинжилгээгээр ялган оношлох.
2. Эдийн эмгэг өөрчлөлтийг антропометрийн зарим үзүүлэлт болон түрүү булчирхайн өвөрмөц эсрэгтөрөгчийн ийлдэс дэх агууламжтай хамааруулан судлах

Судалгааны материал, арга зүй

Бид уг судалгааг 2014 онд УНТЭ-ийн урологийн тасагт үйлчлүүлсэн 10575 эмчлүүлэгчдээс ЭХО шинжилгээгээр түрүү булчирхайн эзлэхүүн 30 $см^3$-ээс их, мэс засал эмчилгээ болон амьд сорьцийн шинжилгээ хийлгэсэн 109 монгол эрэгтэйчүүдийн өвчний түүх, эдийн шинжилгээний материалд дескриптив судалгааны ретроспектив загвар ашиглан, АШУҮИС-ийн АУ-ны ёс зүйн салбар хорооны зөвшөөрлөөр хийж гүйцэтгэсэн. Статистик боловсруулалтыг SPSS программаар хийв. ЭХО шинжилгээгээр тооцсон түрүү булчирхайн гурван хэмжээсийг ашиглан түүний эзлэхүүнийг дараах томъёогоор бодож гаргасан: ТБЭ=L*W*H*π/6

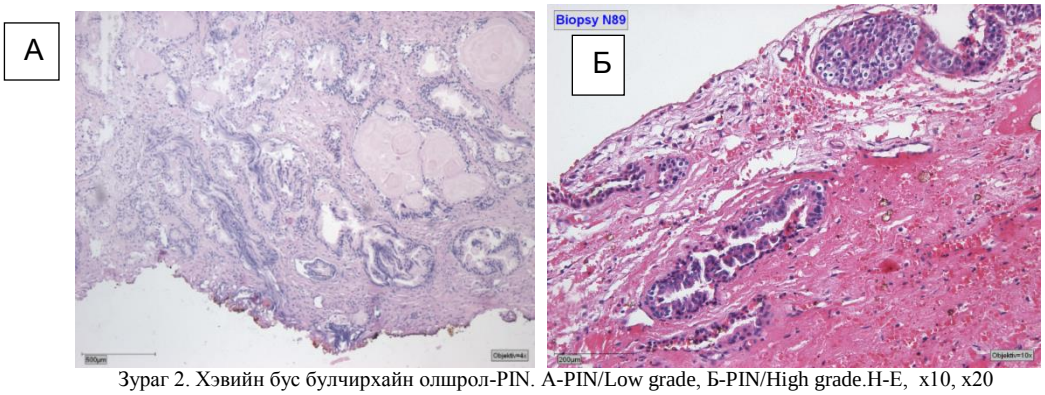
Судалгааны ажлын үр дүн

Судалгаанд хамрагдсан 109 үйлчлүүлэгчийн нээлттэй болон дурангийн мэс заслын материал, биопсийн материалыг эмгэг эд судлалын аргаар шинжлэхэд түрүү булчирхайн хоргүй томрол (ВРН) 84 буюу нийт тохиолдлын 77.1% (Зураг 1-А), хэвийн бус булчирхайн олшрол (PIN) 14 буюу 12.8%, түрүү булчирхайн өмөн (РСа) 11 буюу 10% оношлогдов. ТБӨ-г эд гарвалаар нь ангилахад 11 тохиолдол бүгд цуллагийн булчирхайлаг өмөн (ацинар аденокарцинома) байв (Зураг 1-Б).



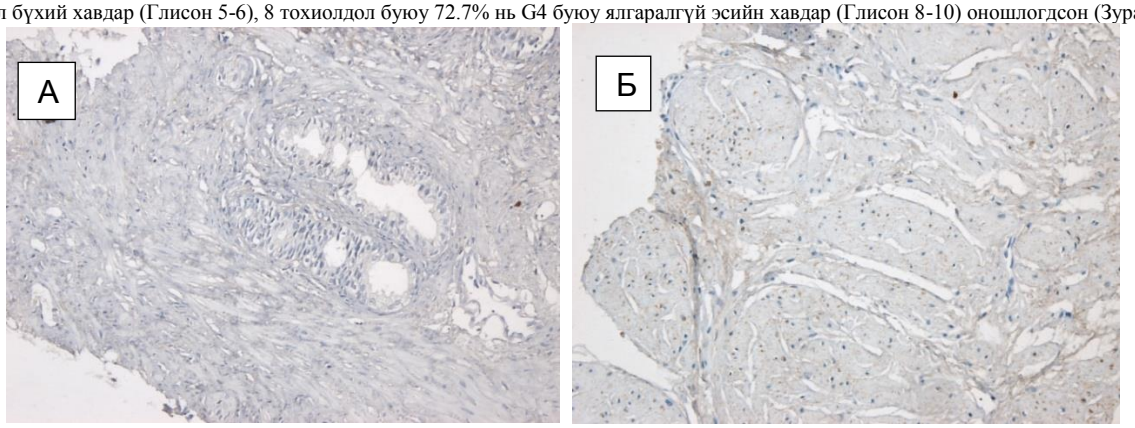
Зураг 1. А-Түрүү булчирхайн хоргүй томрол. Н-Е, х10
Б-Түрүү булчирхайн цуллагийн булчирхайлаг өмөн. Н-Е, х20

Хэвийн бус булчирхайн олшрол (PIN)-той тохиолдлын 85.7% буюу 12 тохиолдол нь хөнгөн зэрэг (PIN/Low grade), 14.3% буюу 2 тохиолдол нь хүнд зэрэг (PIN/High grade) гэж оношлогдов (Зураг 2).



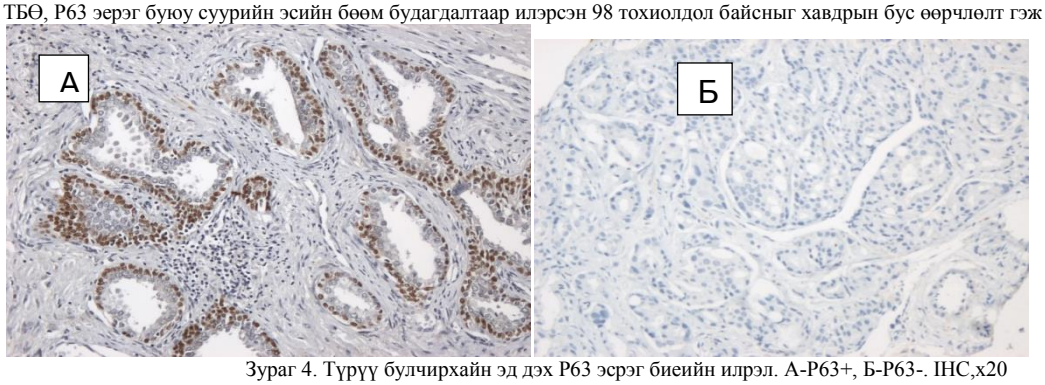
Зураг 2. Хэвийн бус булчирхайн олшрол-PIN. А-PIN/Low grade, Б-PIN/High grade.H-E, x10, x20

ТБӨ-ийн нийт 11 тохиолдлын патогистологийн эс ялгарлын зэргээр 3 тохиолдол буюу 27.3% нь G2 буюу дунд ялгаран хөгжил бүхий хавдар (Глисон 5-6), 8 тохиолдол буюу 72.7% нь G4 буюу ялгаралгүй эсийн хавдар (Глисон 8-10) оношлогдсон (Зураг 3).



Зураг 3. Түрүү булчирхайн өмөн. А. G2, Б. G4. IHC, x10

Бид дээрх 109 тохиолдлыг иммуногистохимийн шинжилгээ хийж, булчирхайн суурийн эсийн бөөмөнд P63 эсрэг биеийн илрэлээр ТБӨ болон хавдрын бус эмгэгүүдийг ялган оношилсон. Үүнд P63 сөрөг буюу суурийн эсийн бөөм будагдаагүй 11 тохиолдол байсныг ТБӨ, P63 эерэг буюу суурийн эсийн бөөм будагдалтаар илэрсэн 98 тохиолдол байсныг хавдрын бус өөрчлөлт гэж үнэллээ (Зураг 4).



Зураг 4. Түрүү булчирхайн эд дэх P63 эсрэг биеийн илрэл. А-P63+, Б-P63-. IHC,x20

Дээрх 109 эмчлүүлэгчийн 8% буюу 9 тохиолдол нь 59-өөс доош насныхан ба 60-69 болон 70-79 насныхан тус бүр 39% буюу 42 тохиолдол, 80-аас дээш насныхан 14% буюу 15 тохиолдол байлаа. Тэдгээрийн дундаж нас 70.3±7.7, (хамгийн өндөр нас 88, залуу нас нь 56), биеийн жингийн индекс дунджаар 26.2±3.4 кг/м^2, ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн хэмжээ дунджаар 4.0(2.8;7.3) нг/мл, ЭХО шинжилгээгээр ТБЭ-ий дундаж 60.1±21.4 см^3 хэмжээтэй байв.

Дээрх үзүүлэлтүүдийн дунджийг оношийн бүлэг тус бүрээр болон бүлэг хооронд ач холбогдол бүхий ялгаатай эсэхийг “р” тоогоор илэрхийлэн1-р хүснэгтэнд харуулав.

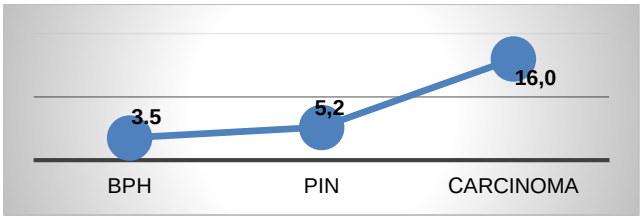
Хүснэгт 1.

Өвчтөний нас, ТБӨЭ, ТБЭ, БЖИ-ийн оношийн бүлэг хооронд ялгаа

	Нийт	Хоргүйтомрол	Дисплази	Хавдар	
	Дундаж (СХ)	Дундаж (СХ)	Дундаж (СХ)	Дундаж (СХ)	р утга
	Me (Q75-Q25)	Me (Q75-Q25)	Me (Q75-Q25)	Me (Q75-Q25)	
Нас(жил)	70.3 (7.7)	70.5 (7.6)	65.6 (6.2)	74.5 (7.6)	0.013*
ТБӨЭ (нг/мл)	4.0 (7.3;2.8)	3.5 (5.4;2.4)	5.2 (9.0;4.0)	16.0 (31.5;11.0)	0.001**
ТБЭ (см^3)	60.1 (21.4)	61.9 (21.5)	52.8 (20.7)	55.1 (20.4)	0.373*
БЖИ (кг/м^2)	26.02 (3.3)	26.0 (3.2)	26.2 (3.5)	27.3 (3.9)	0.199*

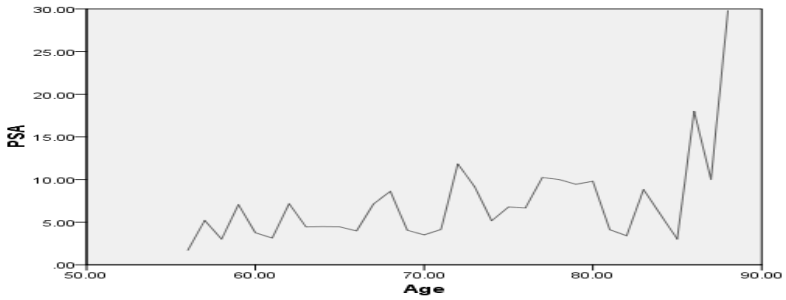
*- onew way ANOVA, **-Параметрийн бус Крускал Валлис шинжүүр,
СХ-Стандарт хазайлт

Ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн хэмжээ нь ТБӨ-тэй бүлэгт ач холбогдол бүхий ялгаатай (p=0.000) бөгөөд оношийг хөнгөнөөс хүнд зэргээр (BPH→PIN→PCa) дарааллуулан, ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн хэмжээтэй хамааруулан судлахад уг үзүүлэлт хорт хавдарт шилжих тутам нэмэгдэж байна (p=0.000, r=0.507). Үүнийг 5-р зурагт харьцуулан харуулав.



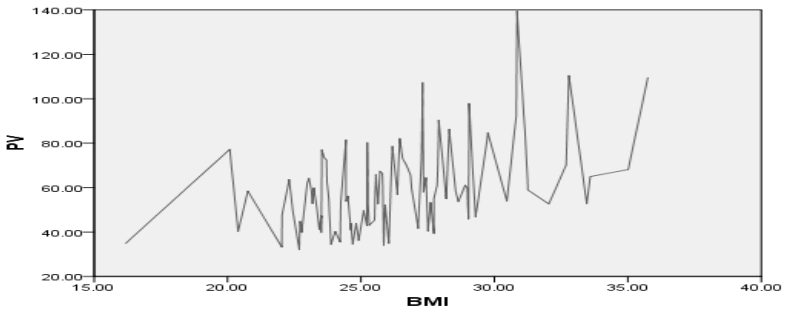
Зураг 5. Оношийн бүлэг тус бүрийн ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн дундаж (нг/мл)

Нийт тохиолдлыг насаар бүлэглэж, ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн дунджийг тодорхойлоход 59 хүртэлх насныханд ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн дундаж хэмжээ 4.8 нг/мл, 60-69 насныханд 5.2 нг/мл, 70-79 насныханд 8.0 нг/мл, 80-аас дээш насныханд 10.5 нг/мл байсан ба нас ба ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн хэмжээ нь хоорондоо статистик ач холбогдол бүхий, шууд, сул хамааралтай (p=0.005, r=0.269) байлаа (Зураг 6).



Зураг 6. Ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн хэмжээ (нг/мл) ба нас (жил)-ны хамаарал

Бидний судалгаагаар ТБЭ нь ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн хэмжээтэй шууд, хүчтэй хамааралтай байна (p=0.005, r=0.96).Мөн БЖИ болон ТБЭ нь хоорондоо статистик ач холбогдол бүхий, шууд, дунд зэргийн хүчтэй хамааралтай байна (p=0.000, r=0.468).

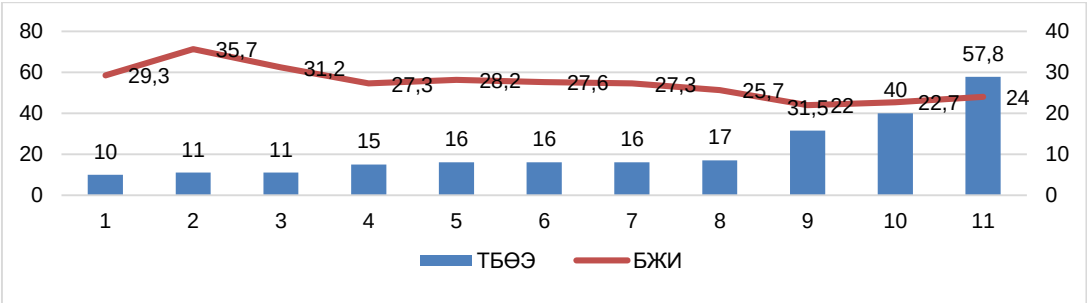


Зураг 7. БЖИ болон ТБЭ-ий хамаарал

Нийт тохиолдлын хувьд БЖИ болон ийлдэс дэх ТБӨЭ-ийн хооронд хамаарал ажиглагдаагүй боловч ТБӨ-тэй бүлэгт статистик ач холбогдол бүхий, урвуу хамааралтай (p=0,018, r=-0.694) байв (Зураг 8).

Дүгнэлт

1. Түрүү булчирхайн хоргүй томролыг эд судлалын болон иммунохистохимийн аргаар ялган оношлоход 77% нь BPH, 13% нь PIN, 10% нь ТБӨ оношлогдлоо. ТБӨ–г Глисоны оноогоор үнэлвэл 8 нь буюу 72.7% нь булчирхайлаг эсийн ялгарал муутай (G4, Gl 8-10) өмөн байв.
2. Түрүү булчирхайн хоргүй томролын эдийн бүтцэд илрэх өөрчлөлт хортой шинжтэй болох, нас ахих тутам ТБӨЭ–ийн хэмжээ ихсэж, түрүү булчирхайн эзлэхүүн биеийн жингийн индекстэй шууд, дунд зэргийн хүчтэй хамааралтай байв. ТБӨ-тэй эмчлүүлэгчдэд биеийн жингийн индекс болон PSA урвуу хамааралтай байлаа.



Зураг 8. БЖИ(кг/м^2) болон ийлдэс дэх ТБӨЭ(нг/мл)-ийн хамаарал

Summary

1. The diagnosis of pathology were follows: 84 patients (77.1%) were benign prostatic hyperplasia (BPH), 14 patients (12.8%) were prostatic intraepithelial neoplasia (PIN), 11 patients (10%) were diagnosed as adenocarcinoma (PCa). Gleason's score of adenocarcinoma graded as 27.3% were moderately differentiated and 72.7% were poorly differentiated.
2. The serum PSA is relatively to prostate adenocarcinoma rather than other benign neoplasm (p=0.000, r=0.507). The serum PSA is related to patients age (p=0.005, r=0.269). There is statistically significant correlation between prostate volume and BMI (p=0.005, r=0.96).

УДК [616.599-003.826-031.31:616.98:578.828ВИЧ]-085.032.779

Ткаченко С.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОСМЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ФАЦИАЛЬНОЙ ЛИПОАТРОФИИ

В статье рассматриваются вопросы социального значения косметических процедур, направленных на коррекцию медикаментозно-индуцированной липоатрофии лица у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Ключевые слова: *ВИЧ-ассоциированная липоатрофия, косметическая коррекция, социальное значение.*

Tkachenko S.G.

Kharkov national medical university, Kharkov, Ukraine

SOCIALASPECTSOFCOSMETICCORRECTIONOFHIV-ASSOCIATEDFACIALLIPOATROPHY

Thisarticleisdevotedtothequestionsofthesocialsignificanceofcosmeticproceduresforcorrectionof drug-inducedfaciallipoatrophyin HIV-infectedpatients.

Key words: *HIV-associated fat dystrophy, cosmetic correction, social significance.*

ВИЧ-ассоциированная фациальная липоатрофия - часть синдрома, который наблюдается у ВИЧ-позитивных пациентов, получающих комбинированное лечение антиретровирусными препаратами, в особенности ингибиторами протеазы и обратной транскриптазы. Считается, что это осложнение развивается в 15% -80% случаях через 10 месяцев после начала лечения. Возрастает значение влияния этой липоатрофии на психологическое здоровье пациентов и их социальное благополучие. Депрессия, проблемы в межличностных взаимоотношениях, разрушение самоимиджа и чувства собственного достоинства, неадгезивность к антиретровирусному лечению могут быть связаны фациальной липоатрофией, развившейся вследствие антиретровирусной терапии. Одно из исследований показало, что разрушительные эффекты фациальной липоатрофии затрагивают психологическое и социальное здоровье, а также образ жизни пациентов с вирусом иммунодефицита человека[7]. Депрессия у пациентов с ВИЧ-ассоциированной липоатрофиейв соответствии со шкалой депрессий более выраженная, чем при липогипертрофии[2]. Другой тревожный аспект фациальной липоатрофии у ВИЧ-инфицированных пациентов заключается в сходстве с синдромом истощения, что может повлечь прогрессирование заболевания и способствовать усугублению социальной изоляции среди таких людей [1]. Поэтому изучение социальной значимости косметической коррекции ВИЧ-ассоциированной фациальной липоатрофииявляется важным аспектом современной дерматовенерологии.

Целью работы был поиск и изучение научно-практической медицинской информации о социальной значимости косметической коррекции фациальной ВИЧ-ассоциированной липоатрофии.

Материалы и методы. Данное исследование представляет собой анализ современной научно-практической медицинской литературы по вопросам социальногозначения проведения косметической коррекции ВИЧ-ассоциированной липоатрофии лица. Использовалиследующиеэлектронныересурсы: The National library of medicine (USA): http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): http://www.sciencedirect.com, National Institute for Health and Clinical Excellence (UK): http://www.nice.org.uk, American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Cosmetic Surgery http://www.surgery.org, Medscape: http://www.eguidelines.co.uk. Поискотдельныхданных в интернетепроизводился с помощьюпоисковых систем www.google.com и www.google.com.ua.

Результаты и их обсуждение.Недавние исследования показали, что косметическое лечение ВИЧ-ассоциированной липоатрофии лица может улучшить качество жизни таких пациентов. Рандомизированное открытое исследование введения поли-L-молочной кислоты пациентам с ВИЧ-ассоциированной липоатрофией лица (N=27) выявило уменьшение тревоги и депрессии через 18 месяцев после лечения, пациенты были менее подавлены и менее беспокойны при повторном визите (P=0,029 для депрессии в группе отсроченных эффектов)[6]. В другом 96-недельном открытом пилотном исследовании у 50 ВИЧ-инфицированных пациентов с тяжелой фациальной липоатрофией, получавших лечение инъекциями поли-L-молочной кислотой показатель качества жизни прогрессивно улучшался от исходного состояния до 48 недели. Среднее изменение качества жизни от базового было +0,3 (диапазон от -2,9 до +10,0) на 12 неделе (P=0,165); +0,8 (диапазон от -3,9 до +10,0) на 24 неделе (P=0,015), и +0,8 (диапазон от -2,9 до +10,0) на 48 неделе (P=0,021). На 72 неделе среднее изменение качества жизни по сравнению с исходным составляло +0,4 (диапазон от -3,3 до +10,0; P=0,209) и сохранялось до 96 недели (P=0,120). В целом, учитывая, что заключительная инъекция поли-L-молочной кислоты была сделана на 6 неделе, улучшение качества жизни сохранялось в течение 90 недель после окончания лечения [9].

Инъекции кальция гидроксапатита для увеличения объема мягких тканей у пациентов с ВИЧ-ассоциированной липоатрофией лица также изучались в клинических исследованиях. Одно пилотное открытое мультицентрическое клиническое испытание (N=100) оценило эффективность, безопасность, и удовлетворенность пациентов косметологическим лечением с применением кальция гидроксиапатита [8]. Через 12 месяцев большинство пациентов сообщили, что чувствуют себя более привлекательными (97/98 пациентов, 99,0 %), об улучшении эмоционального состояния (95/98 пациентов, 96,9 %), о большей уверенности в своей внешности (97/98 пациенты, 99,0 %) с начала лечения.

В рандомизированном, открытом, моноцентровом исследовании изучались социальные эффекты непосредственного лечения (в недели 0 и 6) и отсроченного лечения (обработка на 12 и 18 неделях) инъекциями геля полиалкиламида ВИЧ-ассоциированной липоатрофии лица у 31 пациента [5]. К 12 неделе наблюдалось существенное улучшение показателей умственного здоровья (P=0,02), тревоги (P=0,02), и качества жизни (P=0,01).

Эффекты гиалуроновойкислоты, вводимой для обработки связанной с ВИЧ липоатрофии лица были оценены в перспективном исследовании у 18 мужчин с последующим периодом контроля 12 месяцев. Результаты, оцененные врачами и пациентами, показали существенное раннее улучшение (P <0,01 от исходного), которое оставалось выраженным до 12 месяцев (P<0,05), что демонстрирует высокую степень удовлетворенности пациентов [3]. Другое наблюдение использования гиалуроновой кислоты у 5 пациентов с ВИЧ-ассоциированной липоатрофией лица также продемонстрировало хороший косметический результат и высокую степень удовлетворенности пациентов [4].

Выводы.Нами проанализированы результаты различных клинических перспективных рандомизированных исследований по изучению социальных эффектов влияния инъекционых методов коррекции ВИЧ_ассоциированнойлипоатрофии лица, из них лишь одно было мультицентрическим, остальные – моноцентровыми. В двух исследованиях изучалась эффективность поли-L –молочной кислоты, в двух – гиалуроновой кислоты, по одному исследованию касались полиалкиламидного геля и гидроксиапатита кальция. Результаты исследований контролировали с помощью различных инструментов: оценки качества жизни и степени удовлетворенности пациентов, оценочных шкалстепени тревоги, депрессии, беспокойства и др. При лечении препаратами поли-L-молочной кислоты были отмечены не только улучшение внешности, но и достоверное улучшение качества жизни, снижение чувства подавленности и беспокойства, которые сохранялись более полутора лет после последней инъекции. Лечение кальция гидроксапатитом у 100 пациентов с ВИЧ-ассоциированной липоатрофиейвызвало улучшение их самооценки внешней привлекательности, эмоционального состояния, привело к большей уверенности в своей внешности к концу лечения. Результаты применения полиалкиламидного геля у 31 ВИЧ-инфицированного с признаками фациальной липоатрофии показали существенное улучшение внешности, улучшение показателей умственного здоровья, тревоги и качества жизни. Применение гиалуроновой кислоты для коррекции специфической липоатрофии лица сопровождалось высокой степенью удовлетворенности пациентов.

В современной научно-медицинской литературе доступны единичные исследования по заданной теме. Клинический опыт применения косметических филлеров подтверждает положительные социальные эффекты такого лечения ВИЧ-инфицированных пациентов, страдающих фациальнойлипоатрофией. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Списоклитературы:
1. Collins E., Wagner C., Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection//AIDS Read.– 2000.– №10.– P. 546-551
2. Crane H. M., Grunfeld C., Harrington R. D., et al. Lipoatrophy among HIV-infected patients is associated with higher levels of depression than lipohypertrophy// HIV Med.- 2008.-№9.-P. 780-786
3. Denton A.B., Tsaparas Y. Injectable hyaluronic acid for the correction of HIV-associated facial lipoatrophy//Otolaryngol Head Neck Surg. – 2007.– № 136.– P. 563-567
4. Gooderham M., Solish N. Use of hyaluronic acid for soft tissue augmentation of HIV-associated facial lipodystrophy // Dermatol Surg.– 2005.– № 31.– P. 104-108
5. Loutfy MR. et al. Immediate versus delayed polyalkylimide gel injections to correct facial lipoatrophy in HIV-positive patients //AIDS.– 2007.– №21.– P. 1147-1155
6. Moyle G.J., Brown S., Lysakova L., Barton S.E. Long-term safety and efficacy of poly-L-lactic acid in the treatment of HIV-related facial lipoatrophy // HIV Med.– 2006.– № 7.– P. 181-185
7. Power R. et al. A qualitative study of the psychosocial implications of lipodystrophy syndrome on HIV positive individuals //Sex Transm Infect.– 2003.– № 79.– P. 137-141
8. Silvers S.L.et al. Prospective, open-label, 18-month trial of calcium hydroxylapatite (Radiesse) for facial soft-tissue augmentation in patients with human immunodeficiency virus-associated lipoatrophy: one-year durability // PlastReconstr Surg.– 2006.– № 118.– 34-45.
9. Valantin M.A. et al.Polylactic acid implants (New-Fill) to correct facial lipoatrophy in HIV-infected patients: results of the open-label study VEGA // AIDS.– 2003.– № 17.– P. 2471-2477.

УДК 364.3

Мөнхтуяа Э. , Одонтуяа Д., Туяацацрал Л.
Монгольский национальный университет медицинской науки, Уланбатор, Монголия

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАПОРОВ СРЕДИ РАКОВЫХ БОЛЬНЫХ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Munkhtuya E., Odontuya D., Tuyatsatsral L.
Mongolian national university of medical sciences, Ulaanbaatar, Mongolia

STUDY OF RISK FACTORS FOR CONSTIPATION WITHIN PALLIATIVE CARE PATIENTS WITH CANCER

Обоснование исследования

В Монголии с населением 2.981 миллионов умирает ежегодно около 16923 людей (2012). 60% или 10153 из них нуждались в паллиативной помощи. Рак печени (42%), желудка (17%), пищевода (7.3%), лёгких (10,5%), шейки матки (9%) являются основной причиной смерти среди онкологических больных [1]. Около 80% раковых больных умирают в Монголии из-за рака органов пищеварения, таких как рак печени, желудка, пищевода, толстой и прямой кишки, поджелудочной железы, языка, и т.д.

Запоры встречаются среди здорового населения, и вызывают проблемы, снижающие качество жизни [2]. Запоры являются частым симптомом среди пациентов паллиативной помощи и с возрастом увеличивается их частота. 33% пожилых больных госпитализированных в больнице имели запоры, тогда как только 22% пожилых людей того же возраста, живущих дома имели запоры. 60% паллиативных больных с раком, не получавших опиоиды, страдали запором [3]. 50% паллиативных больных в хосписах страдали запором [2,5]. В мире проведены многие исследования по поводу запора [4-25]. Clark K, Currow DC изучил 25 диссертаций и статей по паллиативной помощи и нашёл 6 разных определений запора [19,20].

В паллиативной помощи запоры вызваны первичными и вторичными факторами, связанными с заболеванием. Использование опиоидов для облегчения боли и одышки до 90% увеличивает частоту запоров [10]. Исследования, проведённые по поводу запоров, изучали частоту, причины, корреляцию различных факторов с запором, но факторы риска не были обследованы достоверно. В Монголии не были проведены исследования запоров среди паллиативных больных, поэтому мы решили провести исследования частоты запора среди паллитивных больных раком и факторы риска запоров.

Цели и задачи исседования

С целью исследования распространённости запора и факторов риска запоров мы поставили следующие задачи:
1. Изучение распространённости запора и его корреляция с возрастом и полом
2. Изучение корреляции запора с формой рака
3. Изучение этиологии, факторов риска развития запоров и создание таблицы , позволяющей оценить риск развития запоров

Методы исследования

Диагностика запоров проводилась на основе критериев запора, предложенных в руководстве “Диагностика и лечение заболеваний пищеварительной системы”, одобренном и утверждённом в Министерстве Здравоохранения Монголии в 2012 году. Мы провели ретроспективное исследование 1138 раковых больных, госпитализированных в паллиативном отделении Национального Онкологического Центра и в хосписе Надежда в 2012 году для исследования частоты запоров и его корреляции с возрастом и полом пациентов. Мы также провели перекрёстное исследование 170 больных раком, госпитализированных в паллиативном отделении Национального Онкологического Центра и в хосписе Надежда, Зелёный Дом в 2013 году. Среди них мы исследовали в основной группе 85 больных с запором и в контрольной группе 85 больных без запора. Коэффициент риска запоров было рассчитано методом Вальд Генкина (RC=10 Log P_1/ P_2), информативность риск факторов расчитали методом Кульбака (Inf= 10 Log P_1/ P_2 x ($P_{1\ (xi\ m/a1)}$- $P_{2\ (xi\ m/a2)}$))

Результаты исследования

Ретроспективное исследование 1138 раковых больных, госпитализированных в паллиативном отделении Национального Онкологического Центра и в хосписе Надежда в 2012 показало, что 505 больных имели запоры. Запоры имели прямуюу, но слабую корреляцию с возрастом (r=0.207, P< 0.0001) с высокой достоверностью. Наше исследование подтвердило факт, что частота запоров увеличивается с возрастом, и пожилой возраст является одним из факторов риска запоров (P=0.0001).

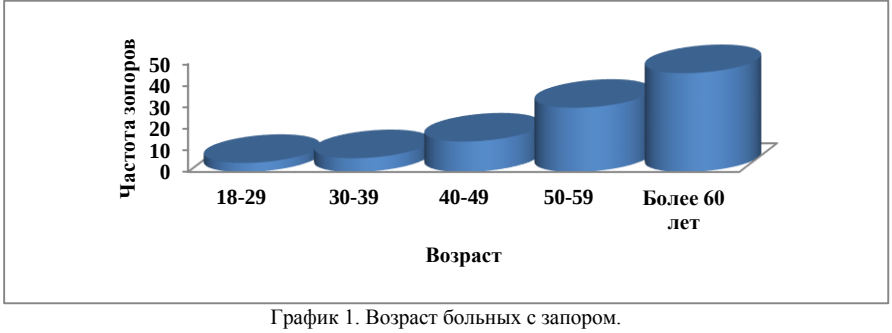


График 1. Возраст больных с запором.

Среди больных с запором 53.46% были мужщины, 46.54% были женщины. Запоры не коррегировали с полом.

505 (44.37%) больных среди 1138 раковых больных страдали запором. В Монголии преобладают раки печени, желудка, лёгких, пищевода и шейки матки, поэтому создаётся ложное впечатление, что запоры часто встречаются среди больных с этими формами раков. Когда мы вычислили выявляемость запора среди больных с индивидуальной формой рака, мы выяснили, что болные с раком брюшной полости, лимфатических узлов в 100% стадали запором, 71.43 % больных раком прямой и толстой кишки, 66.66% больных раком предстательной железы, языка, 58.14% больных раком молочной железы, 50% больных раком пищевода и яичника страдали запором. Формы рака имели прямую, но слабую корреляцию с запором (r=0.66, P=0.026), и это значит, что они могут быть факторами риска запоров.

Мы также провели перекрёстное исследование 170 больных раком, госпитализированных в паллиативном отделении Нацианального Онкологического Центра и в хосписе Надежда, Зелёный Дом в 2013 году. Среди них мы исследовали в основной группе 85 больных с запором и в контрольной группе 85 больных без запора. Мы использовали 53 факторов, как возможные факторы риска, и рассчипали Коеффициент риска запоров методом Вальд Генкина, информативность симптомов методом Кульбака.

Таблица 1 - Факторы риска запоров и информативность факторов среди паллиативных больных с раком

Факторы риска запоров	m 1	m 2	P1	P2	Коэффициент риска	Информативность факторов риска
Врождённая тенденция к запорам	16	1	0.18823529	0.011765	12.0412	2.124918
Частичная непроходимость из-за сдавления опухолью	10	1	0.11764706	0.011765	10	1.058824
Рак прямой и толстой кишки	8	1	0.09411765	0.011765	9.0309	0.743721
Рак шейки матки	6	2	0.07058824	0.023529	4.771213	0.224528
Делириум	3	1	0.03529412	0.011765	4.771213	0.112264
Недержание мочи	3	1	0.03529412	0.011765	4.771213	0.112264
Гипотироидизм	3	1	0.03529412	0.011765	4.771213	0.112264
Сильная боль 7-10	38	14	0.44705882	0.164706	4.336556	1.224439
Использование Морфина	38	14	0.44705882	0.164706	4.336556	1.224439
Использование Амитриптиллина	61	28	0.71764706	0.329412	3.381718	1.312902
Использование Антисеротонинэргик препаратов	2	1	0.02352941	0.011765	3.0103	0.035415
Прикованность к постели	59	30	0.69411765	0.352941	2.937308	1.00214
Слишком мягкая, пюреподобная пища	78	42	0.91764706	0.494118	2.688453	1.138639
Малое количество пищи	76	42	0.89411765	0.494118	2.575643	1.030257
Трудности в достижении туалета	49	32	0.57647059	0.376471	1.850461	0.370092
Ограничение движения из-за тареза и паралича	3	2	0.03529412	0.023529	1.760913	0.020717
Использование антацидов	6	4	0.07058824	0.047059	1.760913	0.041433
Депрессия	61	42	0.71764706	0.494118	1.620805	0.362298
Тревожное состояние	55	38	0.64705882	0.447059	1.605791	0.321158
Тошнота и рвота	53	37	0.62352941	0.435294	1.560741	0.293787
Плохой аппетит	68	49	0.8	0.576471	1.423128	0.318111
Возраст более 70 лет	25	18	0.29411765	0.211765	1.426675	0.117491
Возраст более 60 лет	50	38	0.58823529	0.447059	1.191864	0.168263

Из приведённой выше таблицы мы выбрали факторы риска запоров с более высокой информативностью и создали таблицу “Таблица для оценки риска запоров паллиативных больных”

Таблица 2 - Таблица для оценки риска запоров паллиативных больных с раком

Факторы риска	Коэффициент риска	Информативность факторов риска
Врождённая тенденция к запорам	12.04	2.1
Использование Амитриптиллина	3.38	1.3
Использование Морфина	4.33	1.2
Сильная боль	4.33	1.2
Мягкая, пюреподобная пища	2.68	1.1
Частичная непроходимость из-за опухоли	10	1.04
Малая порция пищи	2.57	1.03
Прикованность к постели	2.93	1.00
Рак прямой и толстой кишки	9.03	0.74
Трудности в достижении туалета	1.85	0.37
Депрессия	1.62	0.36
Тревожное состояние	1.60	0.32
Плохой аппетит	1.42	0.31
Тошнота, рвота	1.56	0.29
Рак шейки матки	4.77	0.22
Возраст более 60 лет	1.19	0.16

Пациент имеет большой риск запоров,если у больного сумма коэффициента риска достигнет 13, и мы должны начать профилактические меры для предупреждения запоров, рекомендуемых ВОЗ.

Вывод:

1. 44.37% раковых больных, госпитализированных в паллиативные учреждения в Монголии страдают запором. Частота запоров имеет прямую корреляцию с возрастом больного.
2. Формы рака имели прямую, но слабую корреляцию с запором (r=0.66, P=0.026).
3. Таблица для оценки риска запоров паллиативных больных с раком может быть использована для профилактики, раннего выявления запоров и для обучения студентов и медицинского персонала.

Список литературы:

1. Health Indicators. Mongolia 2012

2. Eduardo Bruera, Irene J. Higginson, Carla Ripamonti, Charles von Gunten “Oxford Textbook of Palliative Medicine” Oxford University Press, 2006.
3. R.Sean Morrison, Diane E.Meier, Geriatric Palliative care p. 265
4. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. Support Care Cancer 2000; 8:175.
5. Eduardo Bruera, Irene J. Higginson, Carla Ripamonti, Charles von Gunten “Oxford Textbook of Palliative Medicine” Oxford University Press, 2010.
6. ДЭМБ Хорт хавдрын үеийн өвдөлтийг намдаах ба хөнгөвчлөх эмчилгээ Д.Одонтуяа, УБ. 2005.
7. Д.Одонтуяа, ба бусад, Хөнгөвчлөх тусламж үйлчилгээ УБ. 2003. х 321
8. Д.Одонтуяа Орчин үеийн хөнгөвчлөх тусламж үйлчилгээ 2011. х 295
9. Ghauri Aggarwal, Caroline Facey. Bowel care management in an inpatient palliative care unit , 9th Asian Pacific Hospice Conference 2011. х 74
10. Emanuel LL, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn J. EPEC-O: Education in Palliative End –of- life Care for Oncology Chicago, IL, 2005
11. Emanuel LL, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn J, Хөнгөвчлөх ба амьдралын төгсгөлийн шатны тусламж үйлчилгээний сургалт-Хавдар судлал УБ. 2006. х 69
12. Hinds JP, Wald A. Colonic and anorectal dysfunction associated with multiple sclerosis. Am J Gastroenterol 1989; 84:587.
13. Patty Wu's Palliative Medicine pocket companion 2008. х 39
14. Patty Wu's Palliative Medicine pocket companion 2009. х 39
15. Victor T Chang, Robert M Arnold, Approach to symptom assessment in palliative care 2013. www.uptodate.com
16. Homsi J, Walsh D, Rivera N, et al. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. Support Care Cancer 2006; 14:444.
17. Kurtz ME, Kurtz JC, Given CC, Given B. Concordance of cancer patient and caregiver symptom reports. Cancer Pract 1996; 4:185.
18. Saleem TZ, Higginson IJ, Chaudhuri KR, et al. Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment using the Palliative Outcome Scale: A cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions. Palliat Med 2012.
19. Clark K, Currow DC. Constipation in palliative care: what do we use as definitions and outcome measures? J Pain Symptom Manage 2013; 45:753.
20. Bruera E, Suarez-Almazor M, Velasco A, et al. The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit: a retrospective review. J Pain Symptom Manage 1994; 9:515.
21. McMillan SC, Williams FA. Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale. Cancer Nurs 1989; 12:183.
22. Arnold Wald, Nicholas J Talley, Etiology and evaluation of chronic constipation in adults 2013. www.uptodate.com
23. Arnold Wald, Nicholas J Talley, Management of chronic constipation in adults 2013. www.uptodate.com
24. Н.Бира, Sam Tornquist, Ц.Сарантуяа, ... Хоол боловсруулах эрхтэний эмгэгийн анхан шатны оношлогоо, эмчилгээний удирдамж 2012. х 83-84, 90-91
25. McMillan SC. Presence and severity of constipation in hospice patients with advanced cancer. Am J Hosp Palliat Care 2002; 19:426.

УДК 364.3

Насантогтох Е., Дулгуун О., Амина В., Санзая В., Бадашсурен Д., Сувдаа Б, Бира Н.
Монгольский национальный университет, Монголия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

Nasantogtokh E., Dulguun O.., Amina B., Sainzaya B., Badamsuren D., Suvdaa B., Bira N.
Mongolian National University of Medical Science, Mongolia

LIVER FIBROSIS STAGE DETERMINED RESULT

Thirty six million people die each year from noncommunicable diseases. In Mongolia noncommunicable diseases second causion is digestive systems diseases. Therefrom in the last years hepatocellular carcinoma is most common malignancy, first of all cancers in Mongolia.

30 cases death by liver fibrosis at third central hospital in Mongolia from retrospectively reviewed and analyzed. The clinical data including AST, platelet count and the Metavir fibrosis score (F0 to F4) of liver histology were recorded. APRI were calculated.

From all, males 65% and females 35%, with mean age of 46.17±0.66 were studied. All of the causes are chronic hepatitis virus 24%, alcoholic hepatitis 10%, alcoholic and virus combination and 66%. The AST ranged from 11.8 to 384.2 U/L (83.48±8.08 U/L). The grade is assigned a number based on the degree of inflammation, which is usually scored from 0-4 with 0 being no activity and 3 or 4 considered severe activity.

APRI was detected <0.5 cutoff value (< F2) 10%, 0.5-1.5 score (F2-4) 36.7%, >1.5 cutoff value (F4 cirrhosis) 53.3%. Liver tissue assessed by Metavir F0 - 1%, F1 - 12%, F2 - 23%, F3 - 27%, F4 - 37%. The APRI showed specificity of 74% for detection of fibrosis.

Key words: *Fibrosis, APRI, Metavir, liver*

Introduction

Today noncommunicable disease causes 63% of all death in the worldwide. In Mongolia, 2013 noncommunicable disease in the 7091.8 of 10’000 population from this digestive system disease was in the second place(1056.79) which increased by 29 incidents from 2012. In the third place of leading, 5 causes of all hospitalised patients had digestive system disorder which presents to 385.7 (27%) of 10’000 population.

In 2013 23.4% of all death was caused by cancer, from that hepatocellular carcinoma leads the first place without gender classification. Therefore digestive system caused death leads fourth place with 4.7%.

In the recent years, direct and indirect biomarker techniques were used to determine the Liver fibrosis stage. Hyaluronic acid, laminin IV and VI , collagen, an Amino-terminal segment of pro-collagen III, TGF-β1, metalloproteinase, MMP1 which are used as invasive biomarkers. To indicate a stage of the liver fibrosis by non –invasive biomarker ALT AST, apolipoprotein A1, alpha-2 macroglobulin, ferritin, coagulation factors, cholesterin , bilirubin were used , which can be changed when hepatic failure.

Nowadays in order to diagnose and treat the liver disorder, it’s necessary to assess the stage of disease and define whether it can be recovered or not so with the purpose of ascertaining stage of not so with the purpose of ascertaining stage of fibrosis using noninvasive based on scientific evidence this article is chosen.

The purpose was to determine liver fibrosis stage by noninvasive biomarker technique and compare with liver autopsy

We worked on to estimate the liver fibrosis stage with APRI test, Metavir fibrosis score in the liver autopsy, to compare non-invasive biomarker indicator with Metavir fibrosis score.

Materials and Methods

Fibrosis stage was ascertained by measured ACAT thrombocyte from history of patient whose participated in study and estimated by term below

APRI тест: $$APRI = \frac{\frac{AST\left(\frac{Ц}{Т}\right)(тохиолдлын)}{AST\left(\frac{Ц}{Т}\right)(лавламж\ хэмжээний\ дээд\ түвшин)} x100}{тромбоцитын\ тоо\ (109л)}$$

30 patient who it has died because of liver disease will be taken the sample from their liver.

For 24 hours a solution of 10% formalin neutralized from liver tissue samples established the incision be 3 mm thick washed with distilled water, for 10 hours, a 10% neutral buffered formalin solution. Formalin tide washes water 1 hour to remove crust include dehydration and decrease altered kept for 6 hours.

Samples will be delivered 50% ethanol solution for 5 minutes, took 60-100% ethanol solution concentration in ascending order (60, 70, 80, 85, 90, 96, 100). Ethyl contact by alcohol and chloroform 1: 1 solution for 30 minutes and clean chloroformed 30 minutes. Chloroform and paraffin 1: 1 mixture of 37 ° C for 4-5 MC will thickness incision in the thermostat for 1 hour, 2 hours 56 temperature of paraffin, 70-80˚s keep the temperature of paraffin grasshoppers flood watches and fabrication microtome

For keep prepared liver tissue sample haemotoxylin 2-3 minutes and haematoxylin-eosin stain escape distilled water That prepared solution ready to see when kept 1 minute in 96 % ethanol solution, 30 second in carbo benzol solution and 3-5 minutes benzol drop the sample to the balsam and place it under shell glass then it's ready to see it in the light microscope . The Light microscope that named by Olympus's 10*20 zooming established liver fibrosis is including metavir category.

Result

From all, males 65% and females 35%, with a mean age of 46.17±0.66 were studied. All of the causes are chronic hepatitis virus 24%, alcoholic hepatitis 10%, alcoholic and virus combination and 66% . The AST ranged from 11.8 to 384.2 U/L (83.48±8.08 U/L).Studied AST Thrombocyte data from all cases

Data	Lower cutoff value	Higher cutoff value	Average
Thrombocytes	$23*10^9$	$261*10^9$	$123.47*10^9$±6.24
AST	11.8	384.2	83.48±8.08

Non-invasive biomarker technique that APRI has firstly determined liver fibrosis in 2003. By METAVIR classification APRI>1.5 indicates mild fibrosis, >1.8 indicates 75% were exactly as same as liver biopsy result. <0.6 indicates no fibrosis. APRI was detected <0.5 cutoff value (< F2) 10%, 0.5-1.5 score (F2-4) 36.7%, >1.5 cutoff value (F4 cirrhosis) 53.3%. Liver tissue assessed by Metavir F0 - 1%, F1 - 12%, F2 - 23%, F3 - 27%, F4 - 37%. The APRI showed specificity of 74% for detection of fibrosis.

Table 1. 140 patients with chronic virus hepatitis study by APRI, AAR, FibroQ score

Metavir	Number (%)	APRI	AAR	FibroQ
F1	24(17.1%)	1.367±0.784	0.535±0.186	1.429±0.899
F2	57(40.7%)	1.811±1.462	0.676±0.269	2.429±1.501
F3	53(37.9%)	2.142±1.148	0.744±0.250	3.311±1.854
F4	6(4.3%)	2.080±0.625	0.892±0.214	4.202±1.597

Table2. Hypothesis of determining liver fibrosis indicator

	FibroQ	AAR		APRI		
Cutoff value	1.6	0.54	1	1.2	0.5	1.5
Specificity	0.79	0.77	0.10	0.66	0.97	0.54
Speciality	0.71	0.63	1.00	0.50	0.13	0.58
PPV	0.93	0.91	1.00	0.87	0.84	0.86
NPV	0.41	0.36	0.19	0.24	0.43	0.21

Discussion

From a study in Taiwan, 2009 FibroQ performed better than APRI, but was equal to AAR, in the prediction of significant fibrosis. Using FibroQ below the lower cutoff value (0.6) and above the higher cutoff value (1.6), 108 of 140 (77.1%) patients could be identified correctly to have or not have significant fibrosis were as same as our study. So to determine the liver fibrosis stage, we should combine APRI with other liver fibrosis determining techniques.

References

1. 2013 оны Монгол улсын Эрүүл мэндийн үзүүлэлт. Эрүүл мэндийн хөгжлийн газар. Улаанбаатар хот. 2014 он.
2. C. Moorman, S. C. Gordon, L. B. Rupp et al., "Baseline characteristics and mortality among people in care for chronic hepatitis: the chronic hepatitis cohort study," Clinical Infectious Diseases, vol. 56, no. 1, pp. 40–50, 2012
3. Mehmet Coban, Erdim Sertoglu, and Huseyin Kayadibi, "Can indirect non-invasive markers or models replace liver biopsy?," Liver International, vol. 35, no. 2, pp. 681–682, 2015
4. L. Castera, "Invasive and non-invasive methods for the assessment of fibrosis and disease progression in chronic liver disease," Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology, vol. 25, no. 2, pp. 291–303, 2011.
5. Ishak K, Baptista A, Bianchi L, et al. Histological grading and staging of chronic hepatitis. J Hepatol.1995;22:696–9.
6. Bedossa P, Poynard T. An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. The METAVIR Cooperative Study Group. Hepatology. 1996;24:289–93.
7. Lupsor M, Badea R, Stefanescu H, et al. Performance of a new elastographic method (ARFI technology) compared to unidimensional transient elastography in the noninvasive assessment of chronic hepatitis C. Preliminary results. J Gastrointestin Liver Dis. 2009;18:303–310.
8. Parise ER, Oliveira AC, Figueiredo-Mendes C, Lanzoni V, Martins J, Nader H, Ferraz ML. Noninvasive serum markers in the diagnosis of structural liver damage in chronic hepatitis C virus infection. Liver Int 2006;26:1095-9
9. Lackner C, Struber G, Liegl B, Leibl S, Ofner P, Bankuti C, Bauer B, Stauber RE. Comparison and validation of simple noninvasive tests for prediction of fibrosis in chronic hepatitis C. Hepatology 2005;41:1376-82.
10. Y.-Y. Hsieh, S.-Y. Tung, I.-L. Lee et al., "FibroQ: an easy and useful noninvasive test for predicting liver fibrosis in patients with chronic viral hepatitis," Chang Gung Medical Journal, vol. 32, no. 6, pp. 614–622, 2009.

УДК 364.3

Перинова М.Б.

Восточно - Сибирский государственный университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, Россия

СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРИНЦИПУ «ОДНОГО ОКНА» (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ)

В статье рассматривается эффективность социальных технологий предоставления государственных и муниципальных услуг по принципу «одного окна» (на примере Республики Бурятия) и предложены меры по ее оптимизации с целью улучшения социально-структурных отношений.

Ключевые слова: *государственные и муниципальные услуги, многофункциональный центр, социальные технологии, принцип «одного окна».*

Perinova M.B.

East - Siberian State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

SOCIAL TECHNOLOGY TO PROVIDE STATE AND MUNICIPAL SERVICES RENDERED ON AN "SINGLE WINDOW" (THE REPUBLIC OF BURYATIA)

The article discusses the effectiveness of social technologies of state and municipal services on the principle of «one window» (in the case of the Republic of Buryatia) and propose measures for its optimization in order to improve the social and structural relations.

Keywords: *state and municipal services, the provision of services, multi-center, social technologies, the principle of «one window».*

Повышение эффективности государственного и муниципального управления является основной целью проводимой в современной России административной реформы. Важным направлением в рамках достижения данной цели выступает повышение качества и доступности государственных и муниципальных услуг как основной аспект эффективности государственного управления.

Решение задач по повышению качества государственного управления на современном этапе невозможно без развития новых

социальных технологий, форм взаимодействия органов исполнительной власти с потребителями государственных услуг.

Практика внедрения современных социальных технологий предоставления государственных и муниципальных услуг показывает, что резервы для совершенствования процесса предоставления государственных услуг использованы не все. Оптимизировать эти процессы с целью повышения для граждан качества конечных результатов государственных услуг и призвана организация многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг по принципу «одного окна».

Создание многофункциональных центров дает возможность комплексного решения многих задач повышения качества предоставления государственных и муниципальных услуг и эффективности деятельности органов публичной власти.

В настоящее время при реализации принципа «одного окна» достижение эффективности данной технологии особенно актуально. Следует отметить, что при предоставлении государственных и муниципальных услуг по принципу «одного окна» в Республике Бурятия используются такие виды технологий как: электронное управление очередью, информационные киоски, Интернет-порталы, центр телефонных обращений граждан (call-центр) и др.

Результаты деятельности Многофункционального центра Республики Бурятия демонстрируют сокращение сроков получения государственных и муниципальных услуг, снижение межведомственной волокиты, исчезновение спроса на деятельность посредников, минимизацию количества необходимых документов и, как следствие, повышение комфортности и удовлетворенности граждан взаимодействием с государственными органами. Многофункциональный центр обеспечивает условия качественного, доступного и комфортного получения государственных и муниципальных услуг в соответствии с утвержденными административными регламентами и заключенными соглашениями.

В целях обеспечения оценки деятельности многофункциональных центров филиалы Многофункционального центра Республики Бурятия были подключены к системе «Ваш контроль». ИАС МКГУ – информационная автоматизированная система мониторинга качества государственных услуг внедрена Минэкономразвития России как инструмент обратной связи, позволяющий гражданам оценить качество предоставления через публичную систему «Ваш контроль» через сайт МФЦ, сайт «Ваш контроль», телефонный центр, SMS-опросы, Единый портал государственных услуг. За первое полугодие 2016 года через ИАС МКГУ оценили качество предоставляемых государственных услуг в МФЦ около 12 тысячи респондентов. Средний республиканский показатель составил 96, 2% [1].

Развитие многофункциональных центров является необходимым условием для формирования информационного общества, так как многофункциональный центр не только обеспечивает доступ к порталам государственных и муниципальных услуг, но и содействует повышению уровня компьютерной и правовой грамотности населения, преодолению «цифрового неравенства». Государственной программой Российской Федерации «Информационное общество (2011 - 2020 годы)» [2], утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 ноября 2010 года, при реализации задачи Программы по развитию сервисов для упрощения процедур взаимодействия общества и государства с использованием информационно-коммуникационных технологий, зафиксирована необходимость интеграции информационной системы многофункциональных центров с порталами государственных и муниципальных услуг.

Многофункциональные центры должны являться точкой доступа населения к электронным государственным и муниципальным услугам. Такая роль многофункциональных центров обусловлена невысоким уровнем проникновения интернета в России, что соответственно затрудняет доступ населения к электронным услугам. Именно многофункциональные центры могут оказывать непосредственную помощь населению в получении услуг в электронной форме, проводить разъяснительную работу о порядке, условиях получения электронных услуг. При этом такие точки доступа к электронным услугам с помощью специалистов многофункциональных центров могут быть организованы путем организации выездных (мобильных) групп многофункциональных центров.

Таким образом, приоритетными направлениями развития многофункционального центра Республики Бурятия, направленными на достижение целей развития многофункционального центра являются:

– совершенствование государственной политики в сфере предоставления государственных и муниципальных услуг по принципу «одного окна» на базе многофункционального центра;

– расширение филиальных сетей многофункционального центра на территории Республики Бурятия;

– изменение порядка (минимизация) взаимодействия органов государственной власти, органов местного самоуправления с заявителями в рамках предоставления государственных и муниципальных услуг путем реализации принципа «одного окна» на базе многофункционального центра;

– внедрение современных технологий и технических средств в практику предоставления государственных и муниципальных услуг на базе многофункционального центра;

– повышение эффективности управления процессом предоставления государственных и муниципальных услуг на базе многофункционального центра с учетом новых механизмов организации и финансирования деятельности многофункциональных центров, а также совершенствование контроля деятельности многофункционального центра;

– повышение информирования населения Республики Бурятия о деятельности многофункционального центра.

Данные меры позволят качественно изменить и существенно улучшить предоставление государственных и муниципальных услуг населению.

Список литературы:

1. Текущий архив ГБУ «Многофункциональный центр Республики Бурятия по предоставлению государственных и муниципальных услуг» - отчет «О деятельности государственного бюджетного учреждения «Многофункциональный центр Республики Бурятия по предоставлению государственных и муниципальных услуг» за 1 полугодие 2016 года».

2. Государственная программа Российской Федерации «Информационное общество (2011-2020 годы)», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 20.10.2010 №1815-р // [Электронный ресурс]-Справочно-правовая система «Консультант Плюс» (дата обращения: 10.10.2016).

УДК 614.2+314.01

Ягудин Р.Х.[a], Рыбкин Л.И.[b], Фахрутдинова Е.В.[c]

[a, b]Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань, Россия

[c]Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ: РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ

В статье рассматриваются роль и значение фельдшерско-акушерских пунктов в системе оказания медицинской помощи в современных реалиях сельского здравоохранения.

Ключевые слова: *сельское здравоохранение, фельдшерско-акушерский пункт.*

Yagudin R. Kh.[a], Rybkin L. I.[b], Fakhrutdinova E.V.[c]

[a, b] Republican clinical hospital of the Ministry of health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

[c]Kazan (Volga region) University, Kazan, Russia

MODERN PROBLEMS OF MEDICAL-SOCIAL ASSISTANCE TO THE RURAL POPULATION: THE ROLE OF OBSTETRIC UNITS

The article discusses the role and importance of obstetric units in the system of medical care in the modern realities of rural healthcare.

***Key words**: rural health midwife item.*

В настоящее время в условиях недостаточного финансирования системы здравоохранения все более актуальным становится вопрос достойной организации и оказания медицинской помощи сельскому населению.

В последние годы особенно четко проявляется различие в уровне оказания первичной медико-социальной помощи населению: в городской местности – это как правило врач, в сельской местности в значительном проценте случаев – средний медицинский работник.

В оказании первичной медико-санитарной и социальной помощи сельскому населению важная роль принадлежит фельдшерско-акушерским пунктам [1, 2, 5].

Многофакторный разносторонний анализ различных направлений деятельности фельдшерско-акушерских пунктов представлен в ставших классическими (и, пожалуй, раритетными) монографиях О.М. Галяченко и А.Т. Обухова [4] и Р.С. Гаджиева [3].

В настоящее время среди основных направлений деятельности медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов следует отметить выполнение назначений врачей, участие в организации и проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения, проведение мероприятий по предупреждению и снижению распространенности болезней профессиональных заболеваний, травматизма, проведение мероприятий по обеспечению и поддержанию санитарно-эпидемиологического благополучия сельских населенных пунктов.

В XXI веке вследствие повсеместного уменьшения количества (вплоть до полного исчезновения в ряде территорий) участковых больниц, сокращения специализированных приемов в поликлиниках центральных районных больниц, прежде всего с центром в селе, возрастает роль самостоятельной лечебной деятельности – ведение приемов, постановка диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение пациента и коррекция лечения – средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов – фельдшеров, акушерок, медицинских сестер, что выдвигают на первый план проблему кадрового потенциала.

В Республике Татарстан уделяется много внимания укомплектованию должностей средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов и повышению их профессиональной квалификации. Укомплектованность медицинским персоналом (фельдшерами, акушерками, медицинскими сестрами) фельдшерско-акушерских пунктов составила 98,2% как в 2011 году так и в 2015 году. При этом отмечаются незначительные колебания укомплектованности должностей по специальностям: заведующие фельдшерско-акушерскими пунктами – 98,7% в 2011 году, 98,5% в 2015 году, фельдшера – 96,0% и 96,6%, акушерки – 96,3% и 96,9%, медицинские сестры – 98,2% и 98,1%.

В структуре распределения средних медицинских работников по стажу работы обращает на себя внимание как положительный фактор рост доли молодых специалистов со стажем работы до 3 лет с 7,4% до 8,2% и со стажем работы от 3 до 5 лет с 4,8% до 5,3% при высокой, но с небольшой тенденцией к снижению доли работающих со стажем работы 11 лет и более – с 81,2% до 79,2%. При этом выявляется рост числа работников пенсионного возраста как в абсолютных данных – с 153 человек до 296 человек, так и в процентах к общему числу работающих – с 6,8% до 13,6%, то есть каждый седьмой сотрудник, работающий на фельдшерско-акушерском пункте, достиг пенсионного возраста.

За 2011-2015 годы прошли первичную специализацию 185 и усовершенствование 1787 средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов.

Не вызывает сомнений тот факт, что оказание и качество медицинской помощи связаны с условиями их осуществления, с состоянием материально-технической базы фельдшерско-акушерских пунктов.

В Республике Татарстан всегда уделялось внимание улучшению материально-технической базы фельдшерско-акушерских пунктов. Особое внимание этой проблеме привлечено в последние пять лет, когда была разработана и принята республиканская целевая программа «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению Республики Татарстан на 2012-2016 годы», в которой была выделена подпрограмма, направленная на улучшение медицинской помощи сельскому населению.

Реализация данной программы привела к значительному улучшению материально-технической базы учреждений доврачебной медицинской помощи сельского здравоохранения (фельдшерско-акушерских пунктов).

В период с 2011 по 2015 годы в республике построено 434 новых зданий фельдшерско-акушерских пунктов (17,5% от общего количества ФАП). При этом если в 2011 году построено только 8 новых зданий фельдшерско-акушерских пунктов, то в 2012-2015 годах в рамках выполнения республиканской целевой программы построено 426 ФАП, т.е. в среднем строится и вводится в эксплуатацию 106-107 ФАП ежегодно.

Одним из важных компонентов улучшения материально-технической базы фельдшерско-акушерских пунктов стал постепенный переход к строительству новых современных зданий фельдшерско-акушерских пунктов в модульном исполнении, оснащенных необходимым медицинским оборудованием и аппаратурой, отвечающим всем требованиям оказания доврачебной медицинской помощи и создающим необходимые условия для качественной работы медицинского персонала и для комфортного пребывания пациентов - сельских жителей. В течение 2012-2015 гг. построено и введено в эксплуатацию 309 зданий таких модульных фельдшерско-акушерских пунктов, что составляет 72,5% от общего числа построенных в этот период фельдшерско-акушерских пунктов.

Кроме того, проводилась работа по улучшению материально-технической базы фельдшерско-акушерских пунктов путем перевода их в здания многофункциональных общественных центров, школ, сельских клубов с формированием, как правило, отдельных входов.

Средние медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов республики ведут большую лечебную и профилактическую работу. Только в 2015 году на фельдшерско-акушерские пункты сельскими жителями сделано 3 млн. 732,7 тысяч посещений, в том числе 2 млн. 963,5 тысяч посещений на приеме и 769,3 тысяч посещений на дому. Среди этих посещений 403,2 тысяч посещений сделаны детьми в возрасте до 17 лет и 44,2 тысячи посещений сделаны беременными женщинами, кроме того, выполнено 179,4 тысяч патронажных посещений к детям и 26,7 тысяч посещений к беременным женщинам.

Таким образом, анализ роли и значения фельдшерско-акушерских пунктов в системе оказания медицинской помощи сельскому населению Республики Татарстан позволяет сделать следующие выводы.

1. В республике сохранены фельдшерско-акушерские пункты, что позволяет приблизить медицинскую помощь к сельскому населению.
2. Фельдшерско-акушерские пункты достаточно хорошо укомплектованы средними медицинскими кадрами, проводится работа по повышению их квалификации. Растет доля специалистов со стажем работы до 5 лет и доля сотрудников пенсионного возраста.
3. Значительно улучшена материально-техническая база фельдшерско-акушерских пунктов, активно реализуется промышленная модель современного пункта – модульный. Работа в этом направлении продолжается.
4. Средними медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов проводится целенаправленная работа по оказанию доврачебной, в том числе и неотложной, медицинской помощи взрослому и детскому населению.

Список литературы:

1. Бурсикова Д.В. Научное обоснование оптимизации управления доврачебной помощи сельскому населению: автореф. дисс… канд. мед. наук / Д.В. Бурсикова.– Иваново, 2002. – 94 с.
2. Водяненко И.М. Оптимизация системы оказания медицинской помощи сельскому населению региона в современных условиях (на модели Саратовской области): автореф. дисс… докт. мед. наук / И.М. Водяненко. – Спб, 2000. – 44 с.
3. Гаджиев Р.С. Фельдшерско-акушерский пункт / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина, 1986. – 250 с.
4. Галяченко О.М., Обухов А.Т. Фельдшерско-акушерский пункт / О.М. Галяченко, А.Т. Обухов. – Киев: Здоров'я, 1982. – 94 с.
5. Исаенко С.И. Социально-гигиенические и организационные аспекты оптимизации деятельности медицинских учреждений сельских районов: автореф. дисс… канд. мед. наук / С.И. Исаенко. – М., 2001. – 23 с.

УДК 614.2+314.01

Ягудин Р.Х.[a], Рыбкин Л.И.[b], Фахрутдинова Е.В.[c]
[a, b]Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань, Россия
[c]Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань, Россия

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ

В статье рассмотрены и представлены результаты многофакторного анализа распространенности болезней (общей заболеваемости по обращаемости, болезненности) сельского населения.

Ключевые слова: *сельское население, распространенность болезней, классы заболеваний.*

Yagudin R. Kh.[a], Rybkin L. I.[b], Fakhrutdinova E.V.[c]
[a, b] Republican clinical hospital of the Ministry of health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia
[c]Kazan (Volga region) University, Kazan, Russia

SOME MEDICO-SOCIAL PROBLEMS OF STUDYING OF HEALTH OF RURAL POPULATIONS: PREVALENCE OF DISEASES

The article describes and presents the results of multivariate analysis on disease prevalence (the General morbidity by appealability, pain) of the rural population.

Key words*: rural population, prevalence of diseases, classes of diseases.*

Состояние здоровья населения учитывается и анализируется всеми медицинскими организациями. Уровень и структура заболеваемости являются важнейшими составляющими частями комплексной оценки здоровья населения.

Показатель распространенности болезней (общая заболеваемость по обращаемости, болезненность) представляет собой совокупность первичных в данном году случаев обращения населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и предыдущие годы в расчете на 1000 населения [3].

Ведущим звеном, обеспечивающим здравоохранение информацией о здоровье населения, является амбулаторно-поликлиническая помощь, где после амбулаторного обращения пациента заполняется учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», по результатам статистической обработки которого рассчитываются показатели заболеваемости и распространенности болезней [2, 3].

Анализ распространенности болезней может проводиться по ряду признаков, в том числе по месту регистрации (проживания) пациентов, возрастным группам, классам и нозологическим формам заболеваний.

Нами изучена распространенность болезней (общая заболеваемость по обращаемости, болезненность) сельского населения Республики Татарстан за 2011-2015 годы.

Для анализа и оценки показателей распространенности болезней среди сельского населения нами использованы материалы статистического сборника «Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2011-2015 годы)» [1] и статистического сборника «Здравоохранение в Республике Татарстан» [5].

Распространенность болезней по всем классам заболеваний в сельской местности Республики Татарстан в расчете на 1000 среднегодового постоянного населения снизилась с 1151,3 в 2011 году до 1104,4 в 2015 году или на 4,1%.

В ранговой структуре распространенности болезней в сельской местности преобладают:

- болезни органов дыхания со снижением показателя на 0,4% в 2015 году по сравнению с 2011 годом;
- болезни системы кровообращения с ростом показателя на 2,1% в 2015 году по сравнению с 2011 годом;
- болезни костно-мышечной системы со снижением показателя на 6,2%;
- болезни органов пищеварения со снижением показателя на 3,6%;
- болезни мочеполовой системы при стабильном значении показателя как в 2011, так и в 2015 году;
- болезни глаза и его придатков с ростом показателя на 4,1%;
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с ростом показателя на 31,4%;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин с ростом показателя на 1,6%;
- болезни нервной системы с ростом показателя на 8,5%.

Из перечисленных 9 классов заболеваний снижение распространенности болезней в 2015 году по сравнению с 2011 годом имело место по 3 классам, рост по 5 классам заболеваний и по одному классу заболеваний изменений не установлено.

Суммарная доля вышеперечисленных 9 классов заболеваний увеличилась с 81,6% в 2011 году до 86,1% в 2015 году. В последние годы уделяется большое внимание целенаправленному изучению ряда важнейших заболеваний, имеющих «первостепенное значение для оценки здоровья населения и для оценки сегодняшнего состояния общества, главными связующими звеньями при этом выступают социопатии – заболевания с выраженной социальной окраской» [3]. В число этих важнейших социально значимых болезней современности автор включил 5 классов заболеваний (болезни системы кровообращения, новообразования, инфекционные и паразитарные заболевания, психические расстройства и болезни органов дыхания), а также 5 отдельных заболеваний и групп заболеваний (туберкулез, заболевания, передающиеся половым путем – ЗППП, алкоголизм, наркомания и токсикомания, ВИЧ-инфекция и СПИД). При этом в рамках международной статистической классификации туберкулез входит в класс заболеваний «Инфекционные и паразитарные болезни», алкоголизм, наркомания и токсикомания – в класс заболеваний «Психические расстройства». Это позволяет нам сравнить динамику суммарной распространенности большинства социально значимых заболеваний (за исключением ЗППП и ВИЧ / СПИД). Доля 5 классов заболеваний среди сельских жителей, включающих большинство социально значимых заболеваний, составляет почти 50% общего числа заболеваний по всем классам с небольшой тенденцией к росту (с 45,3% в 2011 году до 46,9% в 2015 году).

Сравнение распространенности болезней по сельской местности с аналогичным показателем по городской местности показало, что распространенность болезней среди сельских жителей в 1,7 раза ниже в 2011 году и в 1,6 раза ниже в 2015 году. При этом доля распространенности важнейших социально-значимых заболеваний, входящих в 5 классов заболеваний, среди городских жителей практически совпадает с аналогичными показателями среди сельских жителей, составляя 45,7% в 2011 году и 46,5% в 2015 году.

Изучение распространенности болезней сельского населения Республики Татарстан позволило установить снижение показателя на 4,1% в 2015 году по сравнению с 2011 годом. Наиболее распространенными остаются болезни органов дыхания и системы кровообращения. Распространенность болезней среди сельского населения значительно ниже распространенности болезней среди городского населения. Распространенность большинства социально значимых болезней (социопатий) в сельской местности практически совпадает с таковой в городской местности.

Список литературы:

1. Здравоохранение в Республике Татарстан 2015: Стат. сборник: под ред. В.П. Кандилова. – Казань: Издательский центр Татарстанстата, 2016. – 154 с.
2. Медицинская документация: учетные и отчетные формы / Р.А. Хальфин, Е.В. Огрызко, Е.П. Какорина, В.В. Мадьярова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 64 с.
3. Медик, В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения / В.А. Медик. – М.: Медицина. – 512 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. – т. 1-2 – М., Медицина, 1995.
5. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2011-2015 годы): Учебно-методическое пособие (А.Ю. Вафин, В.Г. Шерпутовский, Е.И. Шишмарева [и др.]. – Казань, 2016. – 268 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдурахманова Наргиза Мирза -Бахтиярхоновна
Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры «Внутренних болезней №3», Узбекистан. abdurakhmanova.nargiza@yandex.ru

Абдурахимова Лола Анваровна
Ташкентская медицинская академии, к.м.н., доцент, г.Ташкент, Узбекистан. ldzhalolova@inbox.ru

Азимов Элёр Туймуратович
Ташкентская Медицинская Академия, студент 7-курса лечебного факультета, г.Ташкент, Узбекистан. Fer_uzbek@mail.ru

Айсина Римма Михайловна
Северо-Кавказский федеральный университет, ведущий научный сотрудник лаборатории виртуалистики (представительство в г. Москве), доцент, к.п.н., г. Ставрополь, Россия. reiner@bk.ru

Албатаева Туяна Александровна
Республиканский ресурсный центр «Семья», специалист, г. Улан-Удэ, Россия. albataeva2015@yandex.ru

Алексейчикова Наталья Николаевна
Белорусско-Российский университет, зав. кафедрой «Гуманитарные дисциплины», кандидат исторических наук, доцент, г. Могилев, Беларусь. annatasha@list.ru

Алифанова Светлана Витальевна
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, доцент кафедры педиатрии №3 и неонатологии, кандидат медицинских наук, г. Днепр, Украина. alifanova_sv@mail.ru

Алпатова Наталья Сергеевна
Волгоградский государственный социально-педагогический университет, к. социол.н., доцент, г. Волгоград, Россия. alpatova.ns@mail.ru

Алмаші С.І. Мукачівський державний університет, м. Мукачево, Україна. s.ylinec@mail.ru

Амаржаргалын Нарангэрэл Хуримт
Монгольский государственный университет науки и технологии, факультет гуманитарных наук, к.п.н., старший преподаватель, г. Улан-Батор, Монголия. narangerel_amarjargal@yahoo.com

Ананьева Валерия Александровна
Амурский государственный университет, студент, г. Благовещенск, Россия.

Анаркулов Талант Нематович
Ошский государственный университет, старший преподпватель, Кыргызская Республика. bakytanarkulov@yandex.ru

Анаркулов Хабибулла Файзулаевич
Центр по делам молодежи, эстетическому воспитанию и физической культуры, директор, Кыргызская государственная юридическая академия, доктор педагогических наук, профессор, Кыргызская республика.

Ангаева Сэсэгма Пурбуевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, декан эколого-гуманитарного факультета, д.и.н., профессор, г. Улан-Удэ, Россия. angaeva@mail.ru

Андрійчук Ольга Ярославівна
Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, доктор наук з фізичного виховання та спорту, доцент, м. Луцьк, Україна. andriiolla@ mail.ru

Андреева Юлия Викторовна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант направления подготовки «Социальная работа», г. Улан-Удэ, Россия.

Анищенко Михаил Анатольевич
Запорожский государственный медицинский университет, ассистент кафедры управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правоведения, кандидат юридических наук , г. Запорожье, Украина. amakpu@ukr.net

Арпентьев Юрий Евстафьевич
Фирма «Корт», г. Кишинев, Молдова. arpentev_yurii@mail.ru

Ариунцэцэг Эрхэмбаяр
Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального Университета, мастер медицинских наук, Дархан, Монголия. Ariuntsetseg.e@mnums.edu.mn

Арпентьева Мариям Равильевна Фирма «Корт», д.психол.н., доцент, г. Кишинев, Молдова. Mariam_rav@mail.ru

Арстанбеков Маматжан Арстанбекович
Ошский государственный университет, кандидат медицинских наук, профессор, Кыргызская Республика.

Архипова Татьяна Викторовна
Международный Университет Центральной Азии Бишкек, доцент, к.п.н., Кыргызкая Республика. arhipovatatiana@yandex.ru

Атанова Анна Юрьевна Республиканский ресурсный центр «Семья», начальник информационно-методического отдела, г. Улан-Удэ, Россия. atanova.anna@mail.ru

Аукенов Нурлан Ерденьевич
Государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук г. Семей, Казахстан.

Афанасьева Ирина Федоровна
Отдел постинтернатного сопровождения выпускников ГБУ РБ «Семья», г. Улан-Удэ, Россия. opsv2015@mail.ru

Афанасьева Татьяна Сергеевна
Белорусский государственный университет, доцент кафедры педагогики и проблем развития образования, кандидат педагогических наук, г. Минск, Республика Беларусь. aftania@mail.ru

Ахмедов Халмурад Садуллаевич
Ташкентская медицинская академия, к.м.н., доцент, г. Ташкент, Узбекистан. khalmurad1968@mail.ru

Ахмедова Мадина Садуллаевна
Ташкентская медицинская академия, кандидат медицинских наук, РСНПЦ эндокринологии, г. Ташкент, Узбекистан. feruza66razakova@mail.ru

Бабаринова Марина Сергеевна
Республиканский ресурсный центр «Семья», главный специалист информационно-методического отдела, г. Улан-Удэ, Россия. babarinova04@mail.ru

Басимов Михаил Михайлович
Российский государственный социальный университет, кафедра психологии труда и служебной деятельности, доктор психологических наук, доцент, г. Москва, Россия. basimov_@mail.ru

Байкина Зоя Яковлевна
Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова, магистрант каф. Социальной работы и психолого-педагогического образования, г. Магнитогорск, Россия. sispulova@mail.ru

Барчий Магдалина Степановна
Мукачевский государственный университет, старший преподаватель, г. Мукачево, Украина. barchiymagdalena@gmail.com

Батоев Б.С. Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия.

Башкуева Елена Юрьевна
Бурятский научный центр СО РАН, Отдел региональных экономических исследований, кандидат исторических наук, г. Улан-Удэ, Россия. frombear@mail.ru

Белихина Татьяна Ивановна
Государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, г. Семей, Казахстан.

Белоусова Оксана Николаевна
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, главный врач поликлиники НИУ «БелГУ», кандидат медицинских наук, г. Белгород, Россия. belousova_on@bsu.edu.ru

Бидучак Анжела Степановна
Буковинський государственный медицинский университет, ассистент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, кандидат медицинских наук, г. Черновцы, Украина. biduchak5@gmail.com

Блохин Виктор Николаевич
Белорусская государственная сельскохозяйственная академия, старший преподаватель кафедры истории и педагогики, магистр исторических наук, г. Горки, Беларусь. vik-1987@bk.ru

Brittany Day
Make-A-Wish, Assistant to Director, Master of Social Work, U.S.A. day3002@outlook.com

Бобоев Абдулла Тиллаевич
Ташкентская медицинская академии, кандидат медицинских наук, доцент, г. Ташкент, Узбекистан. ldzhalolova@inbox.ru

Богатых Ольга Ивановна
Баргузинский психоневрологический интернат, директор, с. Читкан, Баргузинский район, Россия. barguzin@minsoc-buryatia.ru

Богатищева Ирина Юрьевна
Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, кандидат сельскохозяйственных наук, доцент, г. Орёл, Россия. leia01@mail.ru

Большакова Наталья Леонидовна
Башкирский государственный университет, старший преподаватель, г. Уфа, Россия. bolshakovanl@mail.ru

Больбот Юрий Кононович
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, зав. кафедрой педиатрии №3 и неонатологии, доктор медицинских наук, профессор, г. Днепр, Украина. bolbot_u@mail.ru; pediatriya2@mail.ru

Борцов Виктор Анатольевич
Новосибирский государственный медицинский университет, доктор медицинских наук, профессор, г. Новосибирск, Россия. va_bortsov@mail.ry

Брикунова Ольга Олеговна
Иркутский государственный университет, студентка, г. Иркутск, Россия. obrikunova@mail.ru

Бурмаа Отгонбаяр
Международный университет Улан-Батор, доктор философии, г. Улан-Батор, Монголия. bubu_usgal@yahoo.com

Бурцев Олег Петрович
Автономная некоммерческая организация «Социальная экспертиза», директор, кандидат филологических наук, г. Улан-Удэ, Россия. opburcev@mail.ru

Бурцева Эльвира Витальевна
Бурятский государственный университет, зав.кафедрой, кандидат педагогических наук, доцент, г. Улан-Удэ, Россия.

Будаев Батор Сигизмундович
Республиканский базовый медицинский колледж им. Э.Р. Раднаева, г. Улан-Удэ, Россия. olechka8405@mail.ru

Бузина Л. Бранденбургский технический университет, г. Котбус, Германия.

Букин Сергей Иванович
Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», зам. главного врача, г. Гродно, Республика Беларусь. s.bukin.grodno@gmail.com

Бурякова Т.В. Детский клинический медицинский центр г. Читы, г. Чита, Россия.

Быкова Татьяна Александровна
Министерство социальной защиты населения РБ, министр, г. Улан-Удэ, Россия. analitik224@mail.ru

Быцко Ксения Александровна
Иркутский государственный университет, студентка, г. Иркутск, Россия.

Вахрушева Наталья Петровна
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ассистент кафедры СД и КУ, г. Красноярск, Россия. VahrushevaNP@yandex.ru.

Виленский Ярослав Викторович
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», магистр кафедры педиатрии №3 и неонатологии, г. Днепр, Украина. pediatriya2@mail.ru

Власык Леонид Иванович
Буковинский государственный медицинский университет, Заведующий кафедры гигиены и экологии, д.мед.н., профессор, г. Черновцы, Украина. hygiene@bsmu.edu.ua, Hrachova.Tamara@bsmu.edu.ua

Влайко Емилов Воденичаров
Медицинский университет Софии, медицинский факультет, доцент кафедры гигиены, к.м.н., мадицинской экологии и питания, София, Болгария.

Воденичарова Александрина
Медицинский университет Софии, кандидат медицинских наук ассистент, София, Болгария. d.baykova@abv.bg

Воронец Ольга Александровна
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, младший научный сотрудник отдела научно-технической информации и организационно-методической работы, магистр реабилитологии, г. Минск, Республика Беларусь. volha_31@mail.ru

Вторушина Анастасия Владимировна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Вяткина Наталья Владимировна
Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями Ленинского района, директор, г. Нижний Тагил, Россия. ostrovok48a@mail.ru

Гавриш Елена Геннадиевна
Краматорский экономико-гуманитарный институт, старший преподаватель кафедры иностранной филологии, кандидат педагогических наук, г. Краматорск, Украина. sterny@list.ru

Газиева Азиза Сафаровна
Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры по внутренним болезням №3, г. Ташкент, Узбекистан. adibaxon.saidxonova@mail.ru

Ганбаатар Жамсранжав
Институт химии и химической технологии МАН, в.н.с., доктор г. Улан-Батор, Монголи. ganbaatar_jamsranjav@yahoo.com

Гарань Наталья Станиславовна
Донбасский государственный педагогический университет, доцент кафедры педагогики высшей школы, кандидат педагогических наук, г. Славянск, Донецкая область, Украина. garan_nat@mail.ru

Гарбаева Дашима Намжиловна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. dashgarb@mail.ru

Гармаева Светлана Бадмаевна
Улан-Удэнский комплексный центр социального обслуживания населения «Доверие, зав. отделением социальной реабилитации, г. Улан-Удэ, Россия. svetochka_garmaeva@mail.ru

Гармаева Марина Сергеевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Гармаева Туяна Иосифовна
Отдел постинтернатного сопровождения выпускников ГБУ РБ «Семья», г. Улан-Удэ, Россия. opsv2015@mail.ru

Гармаева Юлия Викторовна Университет Удине, г. Удине, Италия. julja.garmaeva@mail.ru

Гаров Светослав
Медицинский университет Софии, ассистент кафедры медицинской педагогики, кандидат медицинских наук, Болгария. theopopov@abv.bg

Гельман Вячеслав Александрович
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, профессор кафедры «Социальные технологии», д.и.н., г. Улан-Удэ, Россия. wigdan@mail.ru

Георгиева Лидия
Медицинский университет Софии, факультет общественного здравоохранения, доцент кафедры социальной медицины, д.м.н., София, Болгария.

Гнездилова Инна Юрьевна
Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, ассистент, г. Орел, Россия. lady.gnezdilova@yandex.ru

Глинская Татьяна Николаевна
Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий, ученый секретарь, к.м.н., доцент, г. Минск, Республика Беларусь , glinsky@tut.by

Годяцкая Екатерина Константиновна
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», ассистент кафедры педиатрии №3 и неонатологии, г. Днепр, Украина. godkaterina@mail.ru; pediatriya2@mail.ru

Голуб Елена Владимировна
Кировоградский государственный педагогический университет им. Владимира Винниченко, преподаватель, г. Кропивницкий, Украина. Общественный союз «Международная научная школа универсологии», психосистемолог, г. Одесса, Украина. LenaGolub70@list.ru

Горанова- Спасова Радка Николаева
Медицинский университет Софии, д.м.н., профессор кафедры медицинской этики и права, факультета общественного здравоохранения, г. София, Болгария. Radka.goranova@gmail.com

Горошко Александра Марьяновна
Буковинский государственный медицинский університет, доцент кафедры фармации, кандидат фармацевтических наук, г. Черновцы, Украина. olesya-m-gor@yandex.ru

Грачева Тамара Ивановна
Буковинский государственный медицинский университет, доцент кафедры гигиены и экологии, к.мед.н., г. Черновцы, Украина. hygiene@bsmu.edu.ua, Hrachova.Tamara@bsmu.edu.ua

Григорова Юлия Александровна
РЦ «Талисман» города Екатеринбурга, методист, г. Екатеринбург, Россия. juliagrigorova77@rambler.ru

Гудуева Эржена Владимировна
Республиканский базовый медицинский колледж им. Э.Р. Раднаева», начальник отдела кадров, г. Улан-Удэ, Россия.

Гырылова Ольга А. Республиканский базовый медицинский колледж им. Э.Р. Раднаева, г. Улан-Удэ, Россия. olechka8405@mail.ru

Давлетчина Светлана Борисовна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, к.социол.н., доцент кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. davletchina@yandex.ru

Данилова Елена Олеговна Волгоградский государственный университет, ассистент, г. Волгоград, Россия. vorontsova91@mail.ru

Даргаева Туяна Жаргаловна
Восточно-Сибирский университет технологий и управления, г. Улан-Удэ, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. dargaeva_tuiana@mail.ru

Дашадондокова Арюна Гармаевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, аспирант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. arjuna22@mail.ru

Дашанимаева Ирина Михайловна
Бурятский государственный университет, старший преподаватель кафедры терапии, к.м.н., Городская поликлиника №3, зам главного врача по КЭР, г. Улан-Удэ, Россия. dim1360@mail.ru

Дашдулам Ц. Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия.

Дашидоржиева Н.В.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Дворецкая Виктория Александровна
Белорусский государственный университет, ГИУСТ, преподаватель кафедры социальной работы и реабилитологии, г. Минск, Республика Беларусь. Dvoreckayavika@mail.ru

Дворникова Елена Викторовна
Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова, старший преподаватель, кандидат педагогических наук, г. Ярославль, Россия. dvornikova.71@mail.ru

Димова Анастасия Алексеевна
Бурятский государственный университет, магистрант направления подготовки «Социальная работа», г. Улан-Удэ, Россия. dimovanastia@mail.ru

Доржиева Наталья Борисовна
Отдел социальной защиты населения по Кяхтинскому району, главный специалист, г. Кяхта, Россия. natalia22222@yandex.ru

Драчук Вера Михайловна
Буковинский государственный медицинский університет, асисстент кафедры фармации, г. Черновцы, Украина. vira.drachuck@yandex.ru

Дубилей Галина Сергеевна
Омский государственный медицинский университет, д.м.н., профессор, г. Омск, Россия. vosstmed@yandex.ru

Дуламжав Пурэвдорж
Дарханская медицинская школа монгольского национального университета медицинских наук, аспирантка, клинический профессор, г. Дархан, Монголия. Dulamjav@mnums.edu.mn

Дылгерова Наталья Юрьевна
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия, консультант отдела развития стационарного социального обслуживания населения, аспирант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. dilnata@mail.ru

Дэбэева Туяна Базаржаповна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, к.социол.н., доцент кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. debeevatuyana@mail.ru

Дэлгэрма Сэндма
Государственний Медицинский институт, преподаватель, г. Улан-Батор, Монголия. Delgermaa.s@mnums.edu.mn

Дюсенова Ляззат Берберовна
Государственный медицинский университет, г. Семей, Казахстан. dyussenova_l@mail.ru

Дюсупов Алтай Ахметкалиевич
Государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук г. Семей, Казахстан.

Евстропьева Александра Григорьевна
Иркутский государственный университет, студентка, г. Иркутск, Россия. alexstropeva@gmail.com

Емельянова Ольга Николаевна
Читинская государственная медицинская академия, доцент кафедры педиатрии лечебного и стоматологического факультетов, к.м.н., г. Чита, Россия. emelyanova.olg2010@yandex.ru

Епифанова Анна Константиновна
Гродненская центральная городская поликлиника, врач акушер-гинеколог, г. Гродно, Республика Беларусь. zhandik@inbox.ru

Еремеева Татьяна Сергеевна
Амурский государственный университет, к.п.н., доцент, г. Благовещенск, Россия. 78tan@mail.ru

Ермекбай Айбек Аманжолович
Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, Факультет общей медицины, студент 4 курса, г. Алматы, Қазақстан. ermekbay_aibek@mail.ru

Ефременко Инна Ивановна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, Студентка 4 курса факультета социальной педагогики и психологии, г.Витебск, Республика Беларусь. inna.efremenko2012@yandex.by

Ёлкина Алёна Дмитриевна
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия. alyona.alyona.alyona1996@yandex.ru

Emanuela Emilia Rinaldi Университет Удине, г. Удине, Италия. julja.garmaeva@mail.ru

Жамбалдоржиева Сарюна Алексеевна
Бурятский государственный университет, магистрант направления подготовки «Социальная работа», г. Улан-Удэ, Россия. saryuna.zhambaldorzhieva@mail.ru

Жамцаев Сергей Борисович
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. s_tzamtsaev@mail.ru

Жигжитова Вера Борисовна
Отдел социальной защиты населения по Бичурскому району РГУ «Центр социальной поддержки населения», начальник, с. Бичура, Бурятия, Россия. filial7@mincos-buryatia.ru

Жукова Татьяна Валентиновна
Белорусская медицинская академия последипломного образования, доцент, кандидат медицинских наук, Минск, Беларусь. tvzhukova@gmail.com

Задорожный Павел Михайлович
Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Республики Бурятия «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Ровесник», директор, г. Улан-Удэ, Россия. gbuso-rovesnik@mail.ru

Зарембо Анжела Игоревна
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации младший научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации детей, п. Городище, Республика Беларусь. alegna13.02@mail.ru

Зарубин Андрей Михайлович
Кабанский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, директор, с. Кабанск, Россия. zarubin_1988@mail.ru

Зайцева Марина Александровна
Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, старший преподаватель, кандидат педагогических наук, г. Ярославль, Россия. mzaiceva@inbox.ru

Захариев Вили Славчев
Медицинский университет - София, кафедра „Превантивная медицина”, кандидат наук, доцент, г. София, Болгария. vilislavchev@abv.bg

Званец Максим Маркович
Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, студент факультета социальной работы и высшего сестринского образования направления подготовки – Социальная работа, г. Казань, Россия. zvanets97@mail.ru

Зиннурова Аделя Ф.
Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, студентка факультета социальной работы и высшего сестринского образования, г. Казань, Россия. . zin-adelya@yandex.ru

Злоказов Андрей Владимирович
Министерство социальной политики Свердловской области, министр, г. Екатеринбург, Россия.

Зуева Алина Викторовна
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Республика Беларусь; младший научный сотрудник, магистр реабилитологии, пос. Городище, Республика Беларусь. evalina0899@mail.ru

Зуйконова Туяна Александровна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Иванова Ангелина Александровна
Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, студентка, г. Казань, Россия. erafei@mail.ru

Иванова Галинка Ивановна
Управительный совет Болгарского союза врачей, зам. председатель, г. София, Болгария. dsidjimova@mail.bg

Ивайловская Мария Сергеевна
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия, главный специалист информационно-аналитического отдела, г. Улан-Удэ, Россия. maria7iva@bk.ru

Исломов Иномжон Исломович
Ташкентская медицинская академия, магистр, кардиолог, г. Ташкент, Узбекистан. ilmlar.ummoni@gmail.com

Испулова Светлана Николаевна
Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова, доцент каф. Социальной работы и психолого-педагогического образования, кандидат педагогических наук, г. Магнитогорск, Россия. sispulova@mail.ru

Ильина Антонина Александровна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Исламгалиева Ирина С.
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», специалист по социальной работе « ТСРЦН», г. Улан-Удэ, Россия.

Ифтода Оксана Николаевна
Буковинский государственный медицинский университет, Ассистент кафедры гигиены и экологии, г. Черновцы, Украина. hygiene@bsmu.edu.ua, Hrachova.Tamara@bsmu.edu.ua

Калуженина Татьяна Александровна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, директор Центра практической психологии, кандидат психологических наук, доцент г. Улан-Удэ, Россия. tak1972@yandex.ru

Капалыгина Ирина Ивановна
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, доцент кафедры естественнонаучных и лингвистических дисциплин и методик их преподавания, кандидат педагогических наук, Гродно, Республика Беларусь. hielga@rambler.ru

Карпенко Елена Алексеевна
Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации, зав. спинальным отделением, кандидат медицинских наук, Минск, Беларусь. luger966@mail.ru

Кашматова Жамиляхан Ашировна
Кызыл-Кыйский гуманитарно-педагогический институт, Баткенского государственного университета, преподаватель, Кыргызская республика. bakytanarkulov@yandex.ru

Квашнина Валерия Олеговна
Горно-Алтайский государственный университет, г. Горно-Алтайск, Россия. valerykem@outlook.com

Кильсенбаев Эмиль Рафисович
Башкирский государственный университет, студент 4 курса специальности «Социальная работа», г. Уфа, Россия. ehmilkilsenbaev@rambler.ru

Кипень Марина Николаевна
Полесский государственный университет, ассистент, магистр педагогических наук, г. Пинск, Республика Беларусь. mr1991@list.ru

Киселева Анастасия Алексеевна
Центр социальной поддержки населения, Отдел социальной защиты населения по Селенгинскому району, ведущий специалист сектора по работе с населением, г. Гусиноозерск, Россия. filial20@minsoc-buryatia.ru

Кислович Анна Ивановна
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, студентка, г. Гродно, Беларусь. kislowicz@mail.ru

Кишкан Инна Григорьевна
Буковинский государственный медицинский университет, доцент кафедры фармакологии, кандидат медицинских наук, Украина. innakichkan@ukr.net

Клименко Михаил Михайлович
ООО НПП «Эксергия», генеральный директор, академик АМТН РФ, г. Новосибирск-Кемерово, Россия. Leonardo-co@yandex.ru

Клименко Ольга Владимировна
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», ассистент кафедры педиатрии №3 и неонатологии, кандидат медицинских наук, г. Днепр, Украина. pediatriya2@mail.ru

Климентьева Анна Александровна
Республиканский ресурсный центр «Семья», специалист, г. Улан-Удэ, Россия.

Кметь Ольга Гнатовна
Буковинский государственный медицинский университет, доцент кафедры фармакологи, к.м.н., г. Черновцы, Украина. kmet.olga@bsmu.edu.ua

Кметь Тарас Игорович
Буковинский государственный медицинский университет, доцент кафедры фармакологи, к.м.н., г. Черновцы, Украина. kmet.taras@bsmu.edu.ua

Ковтуненко Раиса Викторовна
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доцент кафедры педиатрии №3 и неонатологии, кандидат медицинских наук, г. Днепр, Украина. pediatriya2@mail.ru

Козел Николай Ромуальдович
БГПУ им. Максима Танка, старший преподаватель, г. Минск, Республика Беларусь. oxic@tut.by

Козылева Алина Александровна
Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, студентка 2 курса факультета экономики и права учреждения образования, г. Могилев, Беларусь. alina.kozyleva@mail.ru

Ковалева Ольга Владимировна
Донбасский государственный педагогический университет, доцент кафедры педагогики, кандидат педагогических наук, г. Славянск, Украина. lowa2008@mail.ru

Колесник Марина Александровна
Международная научная школа Универсологии, Общественный научно-исследовательский Центр универсальных технологий развития человека, Черниговский национальный педагогический университет имени Т.Г.Шевченко, кафедра биологии, Кандидат педагогических наук, Доцент кафедры биологии, г.Чернигов, Украина. marynka-san@i.ua

Кондратьева Елена Валерьевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, доцент кафедры «Социальные технологии», к.п.н., г. Улан-Удэ, Россия.

Коновалов Василий Андреевич
Бурятский государственный университет, магистрант социально-психологического факультета, г. Улан-Удэ, Россия. konoval_1993@mail.ru

Копчук Тамара Григорьевна
Буковинский государственный медицинский университет, ассистент кафедры фармакологии, к.м.н., г. Черновцы, Украина. tomka74@mail.ru

Королев Максим Александрович
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, старший преподаватель кафедры социальной медицины и социальной работы, г. Москва, Россия. m.korolev11@mail.ru

Королева Юлия Леонидовна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, студентка 4 курса биологического факультета, г. Витебск, Республика Беларусь.

Коротун Елена Павловна
Буковинский государственный медицинский университет, Ассистент кафедры гигиены и экологии, г. Черновцы, Украина. hygiene@bsmu.edu.ua, Hrachova.Tamara@bsmu.edu.ua

Корчуганова Вера Владимировна
Кузбасский региональный институт повышения квалификации и переподготовки работников образования», доцент кафедры психологического и социально-педагогического сопровождения общего и специального (коррекционного) образования, кандидат педагогических наук, г. Кемерово, Россия. z.kretsan@gmail.com

Кострюшина Наталья Владимировна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, кафедра ФКиС, ст. преподаватель, г Улан-Удэ, Россия. kostryushina@mail.ru

Косыгина С.А.
Детский клинический медицинский центр г. Читы, Чита, Россия.

Котоманова Ольга Владимировна
Бурятский государственный университет, декан социально-психологического факультета, доцент кафедры теории социальной работы, к.филос.н., г. Улан-Удэ, Россия. kotomanova@yandex.ru

Кошелева Анна Владимировна
Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова, старший преподаватель, кандидат политических наук, г. Ярославль, Россия. a.kruchinina@mail.ru

Кошечкин Никита Сергеевич
Читинская государственная медицинская академия, студент, г. Чита, Россия. nskosha@mail.ru

Красовская Наталья Николаевна
Государственный институт управления и социальных технологий БГУ, доцент кафедры социальной работы и реабилитологии, кандидат социологических наук, г. Минск, Республика Беларусь. Krasovskayann@gmail.com

Кремена Младенова Лазарова
Медицинский университет Софии, факультет общественного здравоохранения, асисстент кафедры медицинской этики и права, София, Болгария.

Крецан Зоя Викторовна
Доцент кафедры психологического и социально-педагогического сопровождения общего и специального (коррекционного) образования, кандидат педагогических наук, доцент, г. Кемерово, Россия. korvervlad@mail.ru

Кривчиков Владислав Михайлович
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, профессор кафедры тылового обеспечения военного факультета, кандидат исторических наук, г. Гродно, Беларусь. k.vlad68@mail.ru

Крюкова Ольга Игоревна
Волгоградский государственный университет, студентка, г. Волгоград, Россия. olga-krjukowa2010@bk.ru

Кряжева Любовь Сергеевна
Бурятский государственный университет, магистрант социально-психологического факультета, г. Улан-Удэ, Россия. pretty.kryazheva@mail.ru

Кузыбаева Мария Павловна
Московское научное общество историков медицины, старший научный сотрудник, кандидат исторических наук, г. Москва, Россия. kuzibaeva@inbox.ru

Куканова Елана Вениаминовна
Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО, гл.научный сотрудник лаборатории содержания и технологий социально-педагогической деятельности с детьми и семьями, д.п.н., профессор, г. Москва, Россия. elana-korolev@mail.ru

Куклина Элина Эдуардовна
Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия. Elyafeya@mail.ru

Кулько Екатерина Ивановна
Белорусская государственная сельскохозяйственная академия, старший преподаватель кафедры истории и педагогики, г. Горки, Республика Беларусь. Kulko1612@yandex.ru

Кукуль Николетта
Мукачівський державний університет, м. Мукачево, Україна. ficus-yukini@mail.ru

Курочкина Алина Олеговна
Православный Свято-Тихоновский Гуманитарный Университет, студентка 4 курса, г. Москва, Россия. Kurochkina-alina@mail.ru

Кушнир Оксана Васильевна
Буковинский государственный медицинский университет, Старший преподаватель кафедры гигиены и экологии, к.мед.н., г. Черновцы, Украина. hygiene@bsmu.edu.ua, Hrachova.Tamara@bsmu.edu.ua

Лагойда Наталья Григорьевна
Бурятский государственный университет, доцент кафедры теории социальной работы, кандидат философских наук, г. Улан-Удэ, Россия. aspdep08@mail.ru

Лазарова Мария Красимирова
Медицинский университет Софии, Факультет общественного здравоохранения, ассистент, София, Болгария. maria.benkovska77@gmail.com

Лайковская Елена Эдуардовна
Министерство социальной политики Свердловской области, первый заместитель Министра социальной политики Свердловской области, кандидат медицинский наук, г. Екатеринбург, Россия. e.laykovskaya@egov66.ru

Лантух Татьяна Васильевна
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», доцент кафедры педагогики и социальной работы, кандидат педагогических наук, г. Гродно, Республика Беларусь. t.lantukh@yandex.ru

Ларина Наталья Петровна
Читинская государственная медицинская академия, студент, заведующая кафедрой биологии, кандидат биологических наук, доцент, г. Чита, Россия.

Лебедев Сергей Михайлович
Белорусский государственный медицинский университет, старший преподаватель кафедры военной эпидемиологии и военной гигиены, Минск, Беларусь. naparnic7@mail.ru

Левская Людмила Анатольевна
Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, факультет экономики и права, доцент кафедры уголовного права и уголовного процесса, Кандидат исторических наук, г. Могилев, Беларусь. pravomsu@yandex.by

Лежепёкова Пелагея Николаевна
Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева, студентка 4 курса, направление подготовки Социальная работа, г. Орёл, Россия. polinochka306@yandex.ru

Лунрэг Ариуна
Профтехучреждение ” Дархан-Ургуу”, преподаватель, г. Дархан, Монголия. Ariunaad_darkhan@yahoo.com

Магомедова Саида Алирзаевна
Дагестанский государственный университет, зав. кафедрой социальной медицины, к.м.н., доцент, г. Махачкала, Россия. msaika@yandex.ru

Макаревич Екатерина Анатольевна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, Студентка 4 курса факультета социальной педагогики и психологии, г.Витебск, Республика Беларусь. inna.efremenko2012@yandex.by

Максимова Маргарита Николаевна
Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, зав. каф. экономической теории и социальной работы, декан факультета социальной работы, д.э.н., доцент, г. Казань, Россия. soc90@mail.ru

Максимова Ирина Михайловна
Республиканский психоневрологический диспансер, специалист по социальной работе, г. Улан-Удэ, Россия. irinamaks74@mail.ru

Макушева Светлана Васильевна
Кыргызская государственная академия физической культуры и спорта, ст. преподаватель кафедры ЛАТ и ВВС (легкой атлетики, туризма и водных видов спорта), к.п.н., г. Бишкек, Кыргызстан. makusheva.sv@yandex.ru

Маланова Вероника Витальевна
Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД, специалист по социальной работе, г. Улан-Удэ, Россия. veronikaochir@mail.ru

Маленьких Лидия Иннокентьевна
Иркутский государственный университет, студентка, г. Иркутск, Россия. lidainktarasa@mail.ru

Малтабаров Бакытбек Амирович
Бишкекский гуманитарный универвситет им. К.Карасаева, заведующий кафедры социологии, кандидат социологических наук, и.о. доцента, г. Бишкек, Кыргызстан. b.maltabarov@mail.ru

Мамырканов Максат Алиевич
Международный университет Кыргызстана, заведующий кафедрой социальной работы, кандидат социологических наук, и.о. доцента, г. Бишкек, Кыргызстан. Maksat_Mamyrkanov@mail.ru

Манатова Альмира Манатовна
Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан. almira.baltakaeva@mail.ru

Мантахаева Елена Львовна
Отдел постинтернатного сопровождения выпускников ГБУ РБ «Семья», г. Улан-Удэ, Россия. opsv2015@mail.ru

Маркова Ирина
Медицинский университет Софии, аспирант, г. София, Болгария. d.baykova@abv.bg

Марков Петр Медицинский университет Софии, кандидат медицинских наук, ассистент, г. София, Болгария. d.baykova@abv.bg

Мантурова Светлана Чимитовна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, д.и.н., профессор кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Мартынова Надежда Андреевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант 2 курса обучения направления подготовки «Социальная работа», г. Улан-Удэ, Россия. martins_love94@mail.ru

Марценюк Марина Алексеевна
Мукачевский государственный университет, доцент кафедры психологии, кандидат психологических наук, г. Мукачево, Украина. marcenuk.marina@ukr.net

Матвеева Екатерина Петровна
Заиграевский дом-интернат для престарелых и инвалидов, директор, г. Улан-Удэ, Россия. zaigraev@minsoc-buryatia.ru

Машарская Ольга Сергеевна
Белорусская государственная академия авиации, к.психол.н., доцент кафедры социально-гуманитарных дисциплин, г. Минск, Беларусь. saveleva.o.s@gmail.com

Машарский Захар Владимирович
Белорусский научно-исследовательский институт транспорта «Транстехника», заведующий отделом, кандидат психологических наук, г. Минск, Республика Беларусь. distm@mail.ru

Мельничук Светлана Петровна
Буковинский государственный медицинский университет, к.м.н., ассистент кафедры фармакологи, г. Черновцы, Украина. svetlana-pasevich@yandex.ru

Мещенкова Анастасия Евгеньевна
Иркутский государственный университет, аспирант кафедры социальной работы, г. Иркутск, Россия. feltwex@mail.ru

Мизеркина Екатерина Петровна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, Студентка 4 курса факультета социальной педагогики и психологии, г. Витебск, Республика Беларусь. inna.efremenko2012@yandex.by

Michele Dugan-Day
Missouri State University, Director of Social Work Program, PhD, Associate Professor, U.S.A. MicheleDay@MissouriState.edu

Михайлова Цветелина
Медицинский университет Софии, ассистент кафедры медицинской педагогики, кандидат медицинских наук, Болгария. theopopov@abv.bg

Мөнхбат О. Национальный университет Монголии, Улан-Батор, Монголия.

Мокеев Александр Михайлович
Республиканское государственное учреждение «Центр социальной поддержки населения», руководитель; Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. mokam_us@mail.ru; uprsg@mtsrrb.eastsib.ru

Молдокеева Женишкуль
Кыргызский Национальный Университет им Ж. Баласагына, кандидат социологических наук, и.о. доцента, г. Бишкек, Кыргызстан. b.maltabarov@mail.ru

Мороз Нина Ивановна
Курганский государственный университет, кафедра социологии и социальной работы, доцент, кандидат социологических наук, г. Курган, Россия. moroznina25@rambler.ru

Морозова Анастасия Сергеевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры социальные технологии, г. Улан-Удэ, Россия.

Мосаев Юрий Владимирович
Классический приватный университет, кандидат социологических наук, доцент, г. Запорожье, Украина.
Klok5000@ukr.net

Музаффарова Юлдузхон Нуриддиновна
Ташкентская Медицинская Академия, магистрант 2-курса, г. Ташкент, Узбекистан. azizova.aziza.1@mail.ru

Мухина Вероника Вячеславовна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, Студентка 4 курса факультета социальной педагогики и психологии, г. Витебск, Республика Беларусь. inna.efremenko2012@yandex.by

Мунх-Эрдэнэ Дашзэвэг
Дарханская медицинская школа, старший преподователь кафедры фармации, кандидат медицинских наук, г. Дархан, Монголия. munk-herdene.d@mnums.edu.mn

Намжил Тумур-Очирын
Улаанбаатар университет, Доктор Sc.D, Профессор, г. Улаанбаатар, Монголия. Namjil20@yahoo.com

Нандинсүрэн Ц.
Институт агроэкологии и бизнеса института растениводства и земледелия при сельскохозяйственном университете, факультет фундаментальных наук, Монголия.

Нардина И.В. Детский клинический медицинский центр г. Читы, Чита, Россия.

Неврина Ольга Николаевна
Бурятский государственный университет, студентка 4 курса социально – психологического факультета, г.Улан-Удэ, Россия. olganevrina@yandex.ru

Непомнящих Татьяна Андреевна
Иркутский государственный университет, студентка, г. Иркутск, Россия. nepomnyashih.tat@yandex.ru

Нестеренко Татьяна Владимировна
Региональный центр медицинской профилактики, педагог-психолог, г. Новосибирск, Россия. TNesterenko@zdravnsk.ru

Нетесов Евгений Валентинович
Новосибирский государственный медицинский университет, Министерства здравоохранению Российской Федерации, преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, главный врач МЦ "Блеск на Фрунзе", г. Новосибирск, Россия. netessov@mail.ru

Никулин Игорь Николаевич
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, декан факультета физической культуры Педагогического института, кандидат педагогических наук, доцент, г. Белгород, Россия. nikulin_i@bsu.edu.ru

Никулина Татьяна Викторовна
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, директор Центра социального развития НИУ «БелГУ», кандидат педагогических наук, г. Белгород, Россия. tnikulina@bsu.edu.ru

Нимаева Цырегма Намсараена
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант 2 курса кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. nimaeva93@mail.ru

Новичкова Юлия Анатольевна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, Студентка 4 курса факультета социальной педагогики и психологии, г. Витебск, Республика Беларусь. inna.efremenko2012@yandex.by

Ноздрина Светлана Николаевна
Федеральный сибирский научно-клинический центр ФМБА, главная медицинская сестра, г. Красноярск, Россия. skc@skc-fmba.ru

Номогоева Ольга Руслановна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, аспирант, г. Улан-Удэ, Россия. Oalsaeva@mail.ru

Оборина Наталья Николаевна
Вологодский государственный университет, студентка, г. Вологда, Россия. oborinanatasha@bk.ru

Омельченко Светлана Александровна
Донбасский государственный педагогический университет, ректор, доктор педагогических наук, профессор, г. Славянск, Украина. saomel.ddpu@gmail.com

Омурбекова Сезим Омурбековна
Бишкекский гуманитарный универвситет им. К.Карасаева, магистрантка 1-го года обучения кафедры социологии, г. Бишкек, Кыргызстан. b.maltabarov@mail.ru

Онохова Татьяна Сергеевна
Государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», директор, г. Екатеринбург, Россия. ots.08@mail.ru

Осипова Наталья Михайловна
Федеральный сибирский научно-клинический центр ФМБА, главный врач, г. Красноярск, Россия. skc@skc-fmba.ru

Отгонтогоо Ойдовсурэн
Дарханский филиал МГМУ, заведующая кафедрой Фармации Дарханской Медицинской школы, доктор фармацевтических наук, профессор, Дархан, Монголия. otgontogoo@mnums.edu.mn

Очирова Лариса Петровна
Джидинский социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних «Баяр», директор, с. Нижний – Бургалтай, Джидинский район, Бурятия, Россия. bayardjidanb@mail.ru

Оюунбаяр Хухуу
Дарханская медицинская школа при МНУМН, старший преподаватель кафедры фармации, кандидат медицинских наук, клинический профессор, г. Дархан, Монголия. oyunbayar@mnums.edu.mn

Оюунцэцэг Дамба
Дарханская Медицинская Школа Монгольского Национального Университета, заведующий кафедрой медсестринского дела, мастер науки образования, Дархан, Монголия. Oyuntsetseg.da@mnums.edu.mn

Пантелеева Наталья Викторовна
Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, зав. кафедрой уголовного права и уголовного процесса, доцент, кандидат юридических наук, Республика Беларусь. natalivik@tut.by

Пеев Вихрен Ангелов
Медицинский университет Софии, ассистент кафедры медицинской этики и права, к.м.н., г. София, Болгария. rad-ka.goranova@gmail.com

Петков Петко
Медицинский университет, Факультет общественного здравоохранения, магистър, Софии, Болгария. ppetkov14@yahoo.com

Петров Антон Алексеевич
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, студент, г. Улан-Удэ, Россия. petrova.aryuuna@mail.ru

Петрова Арюуна Анатольевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, кандидат философских наук, доцент, г. Улан-Удэ, Россия. petrova.aryuuna@mail.ru

Перинова Марина Булатовна
Восточно - Сибирский государственный университет технологий и управления, Управление по работе с населением Администрации г. Улан-Удэ, главный специалист, г. Улан-Удэ, Россия. mar.pavlova@mail.ru

Перфильева О.А. Детский клинический медицинский центр г. Читы, г. Чита, Россия.

Пивина Людмила Михайловна
Государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Семей, Казахстан.

Пискунова О.Г. Детский клинический медицинский центр г. Читы, г. Чита, Россия.

Плиско Евгений Юрьевич
Донбасский государственный педагогический университет, старший преподаватель, кандидат педагогических наук, г. Славянск, Украина. pliskoej@mail.ru

Поковба Татьяна Петровна
Мукачівський державний університет, студентка 3-го курсу, м. Мукачево, Україна. pokovba.1997@mail.ru

Поляков Виталий Андреевич
Международная научная школа Универсологии, основатель и руководитель Международной научной школы Универсологии, Доктор Универсологии, почетный доктор международного союза академий Универсологии, почетный доктор Университета «Львовский Ставропигион», действительный член Международной Академии Наук Экологии и Безопасности жизнедеятельности, г. Одесса, Украина.

Понкратьева Ирина Геннадьевна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, студентка 4 курса факультета социальной педагогики и психологии, г. Витебск, Республика Беларусь. inna.efremenko2012@yandex.by

Попов Евгений Владимирович
Бурятский государственный университет, магистрант кафедры теории социальной работы, г. Улан-удэ, Россия. popov-evgeniy260979@mail.ru

Попович Валентина Владимировна
Днепропетровская детская городская клиническая больница №6», зав. лабораторией, г. Днепр, Украина. pediatriya2@mail.ru

Попов Теодор
Медицинский университет Софии, доктор педагогических наук, профессор кафедры медицинской педагогики, Болгария. theopopov@abv.bg

Приходько Федор Степанович
Белорусская государственная сельхозакадемия, зав. кафедрой философии и политологии, кандидат философских наук, доцент, г. Горки, Беларусь. prihodko.fedor@yandex.by

Приходько Надежда Ивановна
Кузбасский региональный институт повышения квалификации и переподготовки работников образования, первый проректор, кандидат педагогических наук, доцент, г. Кемерово, Россия. kpsps@mail.ru

Прокопенко Анна Юрьевна
Московский социально-педагогический институт, кандидат педагогических наук, декан, г. Москва, Россия. annaprokopenko@mail.ru

Протасов Евгений Тарасович
Бурятская государственная сельскохозяйственная академия имени В. Р. Филиппова, и.о. доцента кафедры государственного и муниципального управления, кандидат исторических наук, г. Улан-Удэ, Россия. protasov-evg@mail.ru

Раимкулов Курсанбек Мамасалиевич
Кыргызская государственная медицинская академия, кандидат биологических наук, г. Бишкек, Кыргызстан. kursanbek@mail.ru

Радев Емилиан Николаев
Медицинский университет Софии, ассистент кафедры медицинской этики и права, к.м.н., г. София, Болгария. rad-ka.goranova@gmail.com

Решетникова Екатерина Владимировна
Иркутский государственный университет, заведующая кафедрой социальной работы, кандидат философских наук, доцент, г. Иркутск, Россия. eresh80@mail.ru

Ринчино Батор Александрович
«Центр социальной поддержки населения» Отдел социальной защиты населения по Курумканскому району, специалист сектора по работе с населением, с. Курумкан, Республика Бурятия, Россия. FILIAL15@MINSOC-BURYATIA.RU

Рогова Анна Михайловна
Санкт-петербургский университет технологий управления и экономики, кафедра управления персоналом, кандидат социологических наук, доцент, г. Санкт-Петербург, Россия. anna7r@mail.ru

Романова Тамара Григорьевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, д. экон. н., профессор. г. Улан-Удэ, Россия. tamara.rom@mail.ru

Романова Светлана Сергеевна
Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Малышок», специалист по социальной работе Службы сопровождения, г. Улан-Удэ, Россия. kvp208@mail.ru

Рошл С.
Бранденбургский технический университет, г. Котбус, Германия.

Рыбкин Леонид Исаевич
Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, заместитель главного врача, кандидат медицинских наук, доцент, г. Казань, Россия. omo21_rkb@mail.ru

Рыхлицкая Анжелика Валерьевна
Гродненский государственный медицинский университет, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования, г. Гродно, Беларусь. a_rykhlitskaya@mail.ru

Rutowski Jan Antoni
Dr.Sc.Med. (Public Health), Ph.D. (Pharmacology), Professor, Head of Laboratory of Pharmacology and Toxicology in the Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, University of Rzeszow (UR), Rzeszow, Poland

Саидхонова Адибахон Муротхоновна
Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры по внутренний болезней №3, г. Ташкент, Узбекистан. adibax-on.saidxonova@mail.ru

Сайитхонов С.М
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан.

Салаева Муборак Саидобдуллаевна
Ташкентская медицинская академия, кафедра по внутренний болезней №3, доцент, кандидат медицинских наук, г. Ташкент, Узбекистан. Muborak_Salaeva@mail.ru

Салтыкова-Волкович Марина Владимировна
Гродненский государственный университет имени Я. Купалы, кафедра педагогики и психологии детства, доцент, кандидат педагогических наук, г. Гродно, Беларусь. mavlsv@mail.ru

Самойлова Юлия Сергеевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Сангадеев Очир
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», Улан-Удэ, Россия.

Саранхүү Г.
Хүүхдийн төлөө үндэсний газар. Улаанбаатар. Монгол.

Саргаева Ольга Кимовна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия, ведущий специалист отдела опеки и попечительства, г. Улан-Удэ, Россия. olgakimovna@mail.ru

Саруул Пүрэв
Дарханской медицинской школы монгольского национального университета медицинских наук, старший преподаватель кафедры «Социальной медицины», г. Дархан, Монголия. Saruul@mnums.edu.mn

Сверчкова Марианна Александровна
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, специалист по учебно-методической работе деканата факультета социальной работы, г. Москва, Россия. marienndistel@gmail.com

Святская Екатерина Фёдоровна
Белорусская медицинская академия последипломного образования, доцент, кандидат медицинских наук, Минск, Беларусь. svyatef@mail.ru

Семененко Алина Ивановна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, студентка 4 курса факультета социальной педагогики и психологии, г. Витебск, Республика Беларусь.

Серга Татьяна Алексеевна
Классический приватный университет, зам. заведующего, доцент кафедры социологии и социальной работы, кандидат социологических наук, г. Запорожье, Украина. tserga@yandex.ru

Сиджимова Добриана Александровна
Медицинский университет – София, Факультет общественного здоровья, доктор, профессор, г. София, Болгария. dsidjimova@mail.bg

Симаш Оксана Михайловна
Белорусский государственный педагогический университет, юрист, магистр педагогических наук, г. Минск, Республика Беларусь. oxic@tut.by

Симонов Евгения Александрович
ООО НПП «Эксергия», официальный представитель, г. Новосибирск-Кемерово, Россия. Leonardo-co@yandex.ru

Скахина Полина Николаевна
Вологодский государственный университет, старший преподаватель кафедры социальной работы и социальной педагогики, г. Вологда, Россия. p.skakhina@yandex.ru

Смадияров Канатбек Акунович
Жалал-Абадский государственный университет, Жалал-Абад, Кыргызстан. e_asylbek@mail.ru

Снегирёв Сергей Николаевич
Мухоршибирский психоневрологический интернат, директор, с. Новый Заган, Россия. newzagan@mai.ru

Соколова Ольга Викторовна
Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, кандидат педагогических наук, доцент, г. Орел, Россия. ov_filatova@mail.ru

Стайкова Ж. Н. Медицинский университет Софии, Болгария.

Стефан Колев Великов
Медицинский университет Софии, Факультет общественного здравоохранения, ассистент кафедры оценки технологий здравоохранения, кандидат медицинских наук, г. София, Болгария.

Стретович Юлия
Мукачівський державний університет, м. Мукачево, Україна. ficus-yukini@mail.ru

Стрюкова Юлия Андреевна
Донбасский государственный педагогический университет, студентка 5 курса дефектологического факультета, г. Славянск, Донецкая область, Украина.

Сурмач Марина Юрьевна
Гродненский государственный медицинский университет, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, д.м.н., доцент, г. Гродно, Республика Беларусь. marina_surmach@mail.ru

Сугармаа М.
Школа общественного здравоохранения, монгольского национального университета медицинских наук, г. Улан-Батор, Монголия.

Суслова Татьяна Федоровна
Институт фундаментальных и прикладных исследований Северо-Кавказского федерального университета (московское представительство), к.психол.н., доцент кафедры социальной работы Московского государственного областного университета, Москва, Россия. sibir812@mail.ru

Суслова Яна Витальевна Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия. suslova-natasha@mail.ru

Сухе-Очир Батчулуун
Международный университет Улаанбаатар, старший , докторант, старший преподаватель социальной работы, г.Улаанбаатар, Монголия. Sukhochir2005@yahoo.com

Тараба Т.С.
Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.М. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Таран Ольга Николаевна
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, ассистент кафедры педиатрии № 3 и неонатологии, кандидат медицинских наук, г. Днепр, Украина. olga_taran@ua.fm

Тарнуева Людмила Элистовна
Управление социальной защиты населения по г. Улан-Удэ, главный специалист, г. Улан-Удэ, Россия. sidokt@mail.ru

Татаров Мариус
Медицинский университет Софии, Факультет общественного здравоохранения, ассистент кафедры оценки технологий здравоохранения, кандидат медицинских наук, г. София, Болгария.

Таштанов Малик Акунович
Жалал-Абадский университет экономики и предпринимательства, зав. кафедрой физического воспитания, Жалал-абад, Кыргызская Республика. bakytanarkulov@yandex.ru

Терешко Эля Анатольевна
Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, студентка 1 курса факультета экономики и права Могилев, Беларусь. elya.tereshko@mail.ru

Титопулу М.Д. Медицинский университет Софии, Болгария.

Тиханович Александра Сергеевна
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, студентка, г. Гродно, Беларусь. tihanovich.sandra@mail.ru

Тодожекова Анастасия Вячеславовна
Горно-Алтайский государственный университет, магистрант психолого-педагогического факультета ГАГУ, г. Горно-Алтайск, Россия. nastya5_92@mail.ru

Толкуева Анастасия Валерьевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия. nastyavnature.tolkueva@yandex.ru

Толстикова Елена Александровна
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, доцент кафедры педиатрии №3 и неонатологии, кандидат медицинских наук, г. Днепр, Украина. e.tolstikova@mail.ru

Тратинко Татьяна Валентиновна
Белорусский государственный университет, ГИУСТ, старший преподаватель кафедры социальной работы и реабилитологии, магистр социологических наук, г. Минск, Республика Беларусь. tati_ttb@mail.ru

Трендафилова А. Т.
Медицинский университет, Факультет общественного здравоохранения, Софии, Болгария. ppetkov14@yahoo.com

Туул В. Монгольский национальный университет медицинских наук, Монголия.

Турчина Жанна Евгеньевна
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, заведующий кафедрой СД и клинического ухода, к.м.н., доцент, г. Красноярск, Россия. turchina09-@mail.ru

Тыхеева Юлия Цыреновна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, доцент кафедры «История, культурология и архивное дело», доктор философских наук, г. Улан-Удэ, Россия. tyheeva@mail.ru

Тюрикова Галина Николаевна
Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, кандидат педагогических наук, доцент, г. Орел, Россия. juliatyurikova@mail.ru

Уварова Диана Александровна
Иркутский национальный исследовательский технический университет, студентка гр. СРб-15-1, г. Иркутск, Россия. dianauvar@mail.ru

Урбанаева Евгения Геннадьевна
Иркутский национальный исследовательский технический университет, старший преподаватель кафедры социологии и социальной работы, г. Иркутск, Россия. urbanaeva@mail.ru

Урусова Ольга Ивановна
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, старший преподаватель, г. Гродно, Беларусь. olgamekenya@yandex.ru

Фахрутдинова Елена Валерьевна
Казанский (Приволжский) федеральный университет», заведующая кафедрой управления человеческими ресурсами, доктор экономических наук, профессор, г. Казань, Россия. efahr@mail.ru

Филипец Наталия Дмитровна
Буковинский государственный медицинский университет, доцент кафедры фармакологи, к.м.н., г. Черновцы, Украина. filipec.natalja@bsmu.edu.ua

Фомина Ольга Олеговна
Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, аспирант кафедры психологии, г. Волгоград, Россия. olgaffomina@gmail.com

Фомина Оксана Анатольевна
Омский государственный медицинский университет, к.м.н., г. Омск, Россия. vosstmed@yandex.ru

Фомин Владимир Владимирович
Московский технологический университет, студент 4-го курса направления 38.03.03 «Управление персоналом» кафедры организационно-кадровой работы в органах государственной власти, г. Москва, Россия. Vladimir.fomin.95@mail.ru

Фомичева Марина Леонидовна
Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики», директор, кандидат медицинских наук, г. Новосибирск, Россия. mfomicheva@zdravnsk

Фунтиков Андрей Сергеевич
Новосибирский государственный медицинский университет, старший преподаватель, г. Новосибирск, Россия. fas-zdrav@mail.ru

Хабарова Елена Викторовна
Горно-Алтайский государственный университет, ст. преподаватель, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, Россия. lenus9habarova@mail.ru

Халудоров Сергей Жапович Бурятский государственный университет, студент, г. Улан-Удэ, Россия. sergej.xaludorov@bk.ru

Хандмаа С.
Школа общественного здравоохранения, монгольского национального университета медицинских наук, г. Улан-Батор, Монголия.

Хасенова Кадиша Хамзеновна
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, к.б.н., доцент кафедры нормальной физиологии, г. Алматы, Қазақстан.

Хисматуллина Зульфия Назиповна
Казанский национальный исследовательский технологический университет, г. Казань, доцент, кандидат социологических наук, Россия. zulfiya33@gmail.com

Хихлич О.С. Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Россия.

Хлынин Сергей Михайлович
Сочинский институт Российского университета Дружбы народов, д.м.н., профессор, г. Сочи, Россия. smkhlynin@mail.ru

Хорганова Александра Сергеевна
Бурятский государственный университет, студентка социально-психологического факультета, г. Улан-Удэ, Россия. khorganovaa@mail.ru

Христов Николай Миленов
Медицинский университет - София, асистент кафедры „Социальная медицина", кандидат наук, г. София, Болгария. hristovn@gmail.com

Хубусгеев Гуржаб Бадмаевич
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, магистрант кафедры «Социальные технологии», г. Улан-Удэ, Россия.

Цыбикова Людмила Александровна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий управления, РРЦДОВ «Светлый», директор, г. Улан-Удэ Россия. tsybikovaludmila@yandex.ru

Цыбжитов Андрей Михайлович
Отдел постинтернатного сопровождения выпускников ГБУ РБ «Семья», г. Улан-Удэ, Россия. opsv2015@mail.ru

Цыжипов Аюр
Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия. dim1360@mail.ru

Цэндсүрэн Т. Монгол улсын боловсролын их сургууль. Улаанбаатар. Монгол.

Цэрэнгомбын Пүрэв
Институт философии социологии и право при АНМонголии, старший научный сотрудник, к.с.н., доцент, г. Улан-Батор, Монголия. purev_9@yahoo.com.sg

Чирикова Алеся Сергеевна
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, студентка 6 курса биологического факультета социальной педагогики и психологии, г. Витебск, Республика Беларусь. inna.efremenko2012@yandex.by

Чукреева Лариса Николаевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управлений, доцент кафедры «Социальные технологии», к. социол. наук, г. Улан-Удэ, Россия. Chukreeva_water@mail.ru

Шаматонова Галина Леонидовна
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, доцент кафедры социальных технологий, кандидат политических наук, г. Ярославль, Россия. gshamatonova@mail.ru

Шарова Ольга Яновна
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, к.м.н., доцент кафедры СД и КУ, г. Красноярск, Россия. moja03@yandex.ru

Шварацкая Ольга Викторовна
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, ассистент кафедры педиатрии №3 и неонатологии, кандидат медицинских наук, г. Днепр, Украина. pediatria2@i.ua, pediatriya2@mail.ru

Широкалова Галина Сергеевна
Нижегородская государственная сельскохозяйственная академия, д.соц.н., профессор, г. Нижний Новгород, Россия. shirokalova@list.ru

Шурухина Татьяна Владимировна
Сочинский институт Российского университета Дружбы народов, г. Сочи, Россия. smkhlynin@mail.ru

Шулик Татьяна Валерьевна
Донбасский государственный педагогический университет, специалист подразделения мониторинга качества высшего образования, ассистент кафедры геометрии и методики преподавания математики, кандидат педагогических наук, г. Славянск, Украина. Schulik_Tanja@mail.ru

Шурыгина Юлия Юрьевна
Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, зав. кафедрой социальные технологии, д.м.н., профессор, г. Улан-Удэ, Россия. juliaju@mail.ru

Щавелева Марина Викторовна
Белорусская медицинская академия последипломного образования, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н., доцент, г. Минск, Республика Беларусь. mvsch@tut.by

Элмурадов Феруз Хусанович
Ташкентская медицинская академия, магистр 3-курса по специальности кардиология, медико-педагогического факультета, г. Ташкент, Узбекистан. Fer_uzbek@mail.ru

Эрдэнэтуяа Тумурбаатар
Медицинский колледж Монгольского Медицинско-Научного Университета г Улаанбаатара, кафедра уход за матери и детей, старший преподаватель, врач педиатер, г. Улаанбаатар, МНР. Erka_0945@yahoo.com

Энхмаа Жалсэрд
Государственный медицинский институт Монголии, преподаватель, магистр общественного здравоохранения, г. Улаанбаатар, Монголия. enkhmaa.j@mnums.edu.mn

Эшиев Асылбек Кайимович
Жалал-Абадский государственный университет, д.ф.н., доцен, Жалал-Абад, Кыргызстан. e_asylbek@mail.ru

Якимчук Светлана Васильевна
Белгородский государственный университет, доктор экономических наук, профессор кафедры «Экономика» института экономики, г. Белгород, Россия. Yakimchuk@bsu.edu.ru

Якимчук Юлия Анатольевна
Белгородский государственный национальный исследовательский университет НИУ «БелГУ», студентка 4 курса, г. Белгород, Россия. yakimchuk1995@mail.ru

Ягудин Рамил Хаевич
Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан", заместитель главного врача, доктор медицинских наук, кандидат экономических наук, доцент, г. Казань, Россия. omo21_rkb@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Быкова Т.А. Социальная защита населения как фактор устойчивого социального развития Бурятии 3
Абдурахманова Н.М. Гастропатии у больных с 3-4 стадиями хронических болезней почек 5
Абдурахимова Л.А. Роль социально-педагогической деятельности при обучении студентов старших курсов в медицинских вузах 6
Агарков С.Ф., Толстикова Е.А. Вопросы немедикаментозного лечения и реабилитации подростков и лиц молодого возраста с метаболическим синдромом 8
Азимов Э. Т., Жаббаров Н.И. Состояние почечной гемодинамики и функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью 9
Айсина Р.М. Применение технологий виртуальной реальности в социально-психологическом сопровождении безработных предпенсионного возраста 10
Албатаева Т.А., Климентьева А.А. Проблема организации помощи, выходящей за рамки телефонного консультирования 12
Алексейчикова Н.Н. Цеховые организации Беларуси в XVI–XVII вв. как институты социальной защиты 13
Алифанова С.В., Попович В.В. Проблема медико-социальной реабилитации детей, родившихся преждевременно 14
Алпатова Н.С., Прокопенко А.Ю. Формы и методы социально-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья 15
Алмаші С. І. До проблеми дослідження емоційної складової готовності майбутніх педагогів до професійної діяльності 16
Амаржаргалын Н. Социально-психологическая оценка детей, потерпевших физическое насилие 17
Амаржаргалын Н., Цэрэнгомын П. “Социально-психологическая оценка” результаты опроса специалистов 18
Анаркулов Т.Н. Исследование физиологического состояния иммунологической реактивности у спортсменов 20
Анаркулов Х.Ф., Кашматова Ж.А. Исследование социально-педагогической готовности будущих учителей начальных классов к физкультурной деятельности 21
Ангаева С.П., Тыхеева Ю.Ц. Формирование социально-психологической устойчивости социального работника 22
Андрійчук О. Я., Грейда Н. Б., Ульяницька Н. Я., Якобсон О. О. Щодо необхідності практичної реалізації фізичної реабілітації в школах України 24
Андреева Ю.В., Чукреева Л.Н. Социальная девиация сквозь призму мнения подростков (на материалах социологического исследования) 25
Анищенко М. А. Правовые проблемы реформирования санитарно-эпидемиологической службы в Украине 26
Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р. Социально-медицинская помощь хронически больным 27
Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р. Мудрость эдолога и социально-медицинская помощь хронически больным 28
Арстанбеков М., Анаркулов Т.Н. Исследование влияния основных продуктов питания и мокронутриентов на состояние иммунологической реактивности у здоровых людей 30
Архипова Т.В. Право на информацию составляющая демократического общества 31
Арюнжаргал А., Алтанзул К. Удовлетворенность по уходу за беременными 32
Атанова А.Ю., Бабаринова М.С. Работа с молодыми мамами выпускниками интернатных учреждений 33
Афанасьева И.Ф., Гармаева Т.И., Мантахаева Е.Л., Цыбжитов А.М. Об организации постинтернатного сопровождения выпускников в республике Бурятия 34
Афанасьева Т.С. Профессиональная подготовка специалистов по социальной работе к взаимодействию с пожилыми людьми 35
Ахмадеева Л.Р., Ахмадеева Л.Р., Робинсон С.А., Тимирова А.Ф., Идрисова Л.А., Хох И.Р., Саитгареева А.Р., Хуснитдинова С.Р., Вейцман Б.А. Оптимизация реабилитационных мероприятий для пациентов с двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта: дизайн исследования 37
Ахмедов Х.С., Разакова Ф.И., Ахмедова М.С. Роль экологических факторов в прогрессировании ревматоидного артрита 38
Ахмедова М.С., Ахмедов Х.С., Садуллаева Г.Х., Разакова Ф.С. Роль общеврачебной практики в оптимизации профилактики ревматоидного артрита 39
Басимов М.М. Стремление к рождению и воспитанию детей в нелинейной социологии 41
Байкина З.Я., Испулова С.Н. Инклюзивное образование как механизм реализации права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья 43
Барчий М. С. Психолого-педагогические условия формирования мотивационной сферы будущего психолога 44
Батоев Б.С. Социальный маркетинг как инновационная технология в системе социального обслуживания 45
Башкуева Е.Ю. Теоретико-методологическая база модернизации, стратегического планирования и качества функционирования российского здравоохранения: обзор современных исследований 46
Бердибаева Н.М., Исакова Ж.Ж. Характеристика выносливости волейболисток 13-14 лет и её факторы проявления 48
Бидучак А.С. Социально-медецинская помощь лицам с поведенческими факторами риска 49
Блохин В.Н. Проблемы интеграции вынужденных мигрантов (беженцев): Белорусский опыт 51
Бобоев А.Т, Абдурахимова Л.А. Реабилитация больных бронхиальной астмой в условиях горного климата 52
Бобоев А.Т., Рахимова М.Э., Абдурахимова Л.А. Клинико-иммунологическая реабилитация интравазальной лазерной терапии больных бронхиальной астмой 53
Богатищева И.Ю., Лежепёкова П.Н. К вопросу о женском алкоголизме и его профилактике 55
Богатых О. И. Организация реабилитационного процесса в Баргузинском психоневрологическом интернате 56
Больбот Ю.К., Годяцкая Е.К. Медико-социальные аспекты эпидемии дефицита витамина D в детском возрасте 57
Большакова Н.Л., Кильсенбаев Э.Р. К вопросу о социальном положении пожилых 58
Брикунова О.О. Профилактика одиночества пожилых людей с применением природно-ресурсных технологий (на примере Иркутской области) 59
Бузина Л., Рошл С. "Как мы хотим жить? Этические дебаты в музее ". Образовательная программа для детей школьного возраста, представленная музеем в Дрездене 60
Букин С.И., Сурмач М.Ю. Осведомленность населения о проблеме самоубийства, как показатель медико-социальной эффективности профилактических мероприятий системы здравоохранения 61
Бурмаа О. Тенденции потребления разницы групп в монгольской социоэкономики 62
Бурцев О.П., Бурцева Э.В. Некоторые проблемы независимой оценки качества услуг, предоставляемых в социальной сфере 64
Буянкшинг Б. К вопросу об экологическом образовании в Монголии 66
Быцко К.А., Маленьких Л.И. Содержание и методика социально-педагогической деятельности в системе работы с пожилыми людьми 67
Великов С., Татаров М., Лазарова М. Подход к управлению в области организационного развития 68
Великов С., Татаров М., Лазарова М. Здравоохранение и автономность 69
Власык Л.И., Кушнир О.В., Грачева Т.И., Ифтода О.Н., Коротун Е.П. Пути оптимизации качества лекционного процесса в медицинском вузе: психолого-педагогический аспект 70

Воронец О.А. Первичная инвалидность вследствие туберкулеза легких а Республики Беларусь 71
Вторушина А.В. Развитие института приемных семей в Мухоршибирском районе 72
Вяткина Н.В. Обеспечение доступности социальных услуг в отдаленных сельских территориях с целью раннего вмешательства и социальной поддержки семей, имеющих детей с проблемами в развитии 73
Гавриш О. Г., Ковальова О.В. Групова форма роботи як одна із головних форм роботи соціальних педагогів у школах німеччини 74
Газиева А.С., Саидхонова А.М. Уровень заболеваемости детей школьного возраста 75
Газиева А.С., Саидхонова А.М. Состояния физического развития у школьников последнее десятилетие 77
Ганбаатар Ж., Батсурэн Д., Хоролноров О. Фитохимическое изучение льнянки бурятской, произрастающей в Монголии 78
Ганхуяг Г., Д. Нямаа, Г. Цогзолмаа, Ж. Сэргэлэнцэцэг, С. Оюунцэцэг) Сувилахуйн оюутнуудын сэтгэн бодох шийдвэргаргах чадварыг харьцуулсан нь 79
Гарань Н. С., Стрюкова Ю. А. Подготовка студентов педагогического университета к социальной работе 80
Гарбаева Д.Н., Мантурова С.Ч. Профилактика семейного насилия в Республике Бурятия 81
Гармаева С.Б. Социальная реабилитация пожилых людей и инвалидов в учреждениях социального обслуживания (из опыта работы АУСО «Улан-Удэнский комплексный центр «Доверие») 82
Гармаева М.С., Чукреева Л.Н. Особенности рынка труда в сельской местности 84
Гармаева Ю.В., Emanuela E.R. О проблемах детей-иностранцев без сопровождения взрослых в Италии 85
Гельман В.А. Влияние социальных преобразований на социальную жизнь в Республике Бурятия 86
Гельман В.А. Дегтярева Т.В. Государственно-частное партнерство в Республике Бурятия 87
Глинская Т.Н., Щавелева М.В. Организация социальной, медико−социальной и паллиативной помощи в Республике Беларусь 88
Голуб Е.В. Универсальная модель здорового образа жизни в комплексной программе физического воспитания студентов 89
Горошко О.М., Драчук В.М. Проблемы подготовки фармацевтических специалистов в аспекте самостоятельной работы 91
Григорова Ю.А. Социально-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития, в условиях службы ранней помощи и лекотеки 92
Гудуева Э.В., Будаев Б.С. Роль социального педагога в образовательном учреждении 93
Гырылова О.А., Будаев Б.С. Социальное партнерство как активная форма взаимодействия студентов в образовательном пространстве 94
Day B., Dugan-Day, M.L. Nursing home culture change: staff perceptions 95
Данилова Е.О. Практика социальной работы с мигрантами в Российской Федерации 96
Даргаева Т.Ж., Давлетчина С.Б. Проблемы обеспечения жильем детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Республике Бурятия 97
Дашадондокова А.Г. Современные проблемы иммигрантов и пути их решения (на примере Иркутской области и республики Бурятия) 98
Дашанимаева И.М., Цыжипов А.Б. Анализ производственного травматизма и профессиональной заболеваемости населения в городской поликлинике №3 г. Улан-Удэ 100
Дашидоржиева Н.В. Опыт реабилитации ветеранов войны и труда в Закаменском пансионате «Горный воздух» 101
Дворецкая В.А. Социально – психологическая работа в условиях дошкольного учреждения 102
Дворникова Е.В., Кошелева А.В. Спорт как агент социализации для детей с особыми возможностями здоровья 103
Димова А. А., Котоманова О.В. Опыт решения проблем учащейся молодежи из неблагополучных семей в условиях сельской местности (на примере Кабанского района Республики Бурятия) 104
Доржиева Н.Б. Социальная поддержка мигрантов на опыте работы служб и ведомств Кяхтинского района республики Бурятия 105
Дубилей Г.С., Фомина О.А. Проблемы медицинской и социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста 106
Дэлгэрма С., Намун Г., Солонго Д. Исследование уровней соответствия специалистов по психическому здоровью со своей работой 107
Дюсенова Л.Б., Пивина Л.М., Белихина Т.И. Приверженность пациентовсартериальной гипертензией к медикаментозной терапии 109
Евстропьева А.Г. Проблемы системы "бакалавриат - магистратура" в России 110
Емельянова О.Н., Пискунова О.Г., Перфильева О.А., Бурякова Т.В. Организация медико – социальной помощи подросткам в детском клиническом медицинском центре г. Читы 111
Емельянова О.Н., Нардина И.В., Косыгина С.А. Показатели работы центра здоровья детей в г. Чите 112
Епифанова А.К., Сурмач М.Ю. Особенности табакокурения и употребление алкоголя женщинами в период реализации репродуктивной функции 113
Еремеева Т.С. Маркетинговые технологии в деятельности социальных служб (на примере г. Благовещенска Амурской области) 114
Еремеева Т.С., Ананьева В.А. Организация социальной помощи семьям, доспитывающим детей с девиантным поведением 115
Ермекбай А.А., Хасенова К.Х. Психофизиологические и социальные основы адаптации иностранных студентов к медицинскому образованию 117
Ёлкина А. Д., Куклина Э. Э., Суслова Я. В. Страхование как направление развития социальной защиты пожилых в свете формирования социальной стабильности 118
Жамбалдоржиева С.А. Повышение социальной активности граждан пожилого возраста в сельской местности (на примере Хоринского района Республики Бурятия) 119
Жамцаев С.Б. Ресоциализация бездомных в Бурятии 120
Жаргалсайхан Т., Золжаргалан Г., Арюнсана Б. Профилактика издевательств и насилия в молодежной среде 121
Жигжитова В.Б. Установление опеки над недееспособными совершеннолетними, как одно из направлений работы отделов социальной защиты населения 123
Жукова Т.В., Святская Е.Ф. Социальная защита пожилых людей на современном этапе 123
Задорожный П.М., Шурыгина Ю.Ю. Роль самоподготовки в учебной деятельности воспитанников центра помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Ровесник» 124
Зайцева М. А., Шаматонова Г. Л. Репродуктивное здоровье студенческой молодежи: состояние и проблемы 126
Зандрарагша Б., Ариунсурэг Ч. Удовлетворенность медицинским обслуживанием в роддомах 127
Зарембо А.И. Особенности мотивационной структуры студентов-волонтеров 127
Зарубин А. М. Формы и методы работы в Кабанском центре помощи детям, оставшимся без попечения родителей 128
Захариев В.С., Христов Н.М. Организационни аспекти на медицинското осигуряване при радиологичен тероризъм 129
Званец М.М., Максимова М.Н. Развитие принципа адресности в предоставлении услуг социальной защиты 131
Зиннурова А.Ф., Максимова М.Н. Особенность применения технологии социальной адаптации пожилых людей в домах-интернатах 132
Злоказов А.В., Онохова Т.С. Проблемы совершенствования нормативной правовой базы формирования региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов 133

Золжаргалан Г., Жаргалсайхан Т., Арюнсана Б. Обзор школьных мероприятий по предупреждению издевательств и насилия среди молодежи 134
Зуева А.В. Актуальность и социальная значимость проблемы старения населения в Республике Беларусь 136
Зуйконова Т.А., Дэбэева Т.Б. Современное положение молодежи на рынке труда в Республике Бурятия 136
Иванова А.А., Максимова М.Н. Социальные гарантии сотрудников правоохранительных органов 137
Иванова Г. П., Сиджимова Д. А. Модель здравоохранения в болгарии – потенциал оптимизации 139
Ивайловская М.С. Модернизация управления в сфере социальной защиты населения Республики Бурятия: проблемы и пути совершенствования 140
Ильина А.А. Опыт региона по обеспечению жилыми помещениями детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей 142
Исломов И. И., Разиков А.А, Гадаев А.Г. Роль антагонистов минералокортикоидных рецепторов в лечении хронической сердечной недостаточности: акцент на эплеренон 143
Исламгалиева И.С. Социальная реабилитация несовершенолебних 144
Калуженина Т.А. Результаты определения уровня психологического здоровья студентов 145
Капалыгина И.И. Здоровье как мера социальной активности человека в обществе 146
Кашматова Ж.А. Социально-педагогические условия эффективного формирования готовности будущих учителей начальных классов к физкультурной деятельности 147
Квашнина В.О., Хабарова Е.В. Социальная работа с детьми, страдающими аутизмом 149
Кипень М.Н. Особенности социальной адаптации лиц с нарушениями слуха 150
Киселева А.А. Социальное самочувствие пожилых граждан в современном обществе 151
Кислович А.И. Безработица в молодёжной среде как социальная проблема 152
Кишкан І.Г. Питання пропаганди здорового способу життя у навчальному процесі та виховній роботі з майбутніми лікарями 153
Клименко М. М., Симонов Е.А. Проблемы реабилитации восстановление физиологии паравертебральной зоны как метод лечения позвоночника или русская альтернатива акупунктуре 154
Клименко О.В., Таран О.Н. Особенности физического развития детей раннего возраста - воспитанников дома ребенка 156
Кметь О.Г., Філіпець Н.Д., Кметь Т.І. Формування мотивації відмови від табакопаління у студентів-медиків 157
Ковтуненко Р.В., Таран О.Н., Виленский Я.В. Социально-психологические факторы формирования мотивации учебной деятельности студентов-медиков 158
Козел Н.Р. Принципы педагогических условий преемственности обучения слушателей факультета до университетской подготовки и студентов вуза 159
Козылева А. А. К вопросу о кадровой составляющей комитета государственной безопасности Республики Беларусь 160
Коновалов В. А. Женский алкоголизм как фактор неблагополучия семьи 161
Копчук Т.Г. Вич-инфекция и СПИД как биоэтическая проблема в общественном здравоохранении 162
Королев М.А., Сверчкова М.А. Конфликтная компетентность в социальной работе 163
Кострюшина Н. В. Динамика результатов как показатель физической подготовленности студентов технического ВУЗа 164
Котоманова О.В. Социальное положение многодетных семей: проблемы и пути решения 166
Кошечкин Н.С., Ларина Н.П. Социальная защита инвалидов как фактор устойчивого развития общества 167
Кремена М.Л., Георгиева Л., Влайко Е.В. Актуальные основные моменты, связанные с правами пациента при получении трансграничных медицинских услуг в рамках европейского союза 168
Кривчиков В.М. Социальные проблемы деятельности комсомольских батальонов Белостокской области накануне войны 170
Красовская Н.Н. Некоторые аспекты возникновения социальной работы на ранних этапах развития белорусского общества 170
Крюкова О.И. Институционализация материнского капитала в современном российском обществе 172
Кряжева Л. С. К вопросу о профессиональных рисках социального работника в учреждениях социального обслуживания 172
Кузыбаева М.П. Программы социокультурной адаптации инвалидов в музейной практике РФ 174
Куканова Е.В. К вопросу о технологии в социальной педагогике 175
Кукуль Н.Л., Стретович Ю.О. Некоторые аспекты организации психологической реабилитации 177
Кулько Е.И. Валеологические установки как интегрирующие компоненты здорового образа жизни 178
Курочкина А.О. Фандрайзинг-мероприятия как форма финансирования деятельности организаций, занимающихся поддержкой семьи и детства 179
Лагойда Н.Г. Социальная работа с замещающими семьями в Республике Бурятия: опыт и особенности 180
Лазарова М.К. Потребности человека в здоровье 181
Лайковская Е.Э, Онохова Т.С. Концепция формирования уровневой и этапной системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области 182
Лантух Т.В. Роль социально-педагогической деятельности в профилактике краж у детей младшего школьного возраста 183
Лебедев С.М. Военно-социальная работа по адаптации курсантов к военной службе на военном факультете 184
Левская Л.А. Оказание социальной помощи в древнем мире и средневековой Европе 185
Лунрэг А. Профессиональное развитие педагогов в личностно-ориентированном образовании 186
Магомедова С.А. К вопросу о влиянии здорового образа жизни на формирование здоровья детей и подростков в Республике Дагестан 187
Макаревич Е. А., Ефременко И.И. Изучения проблемы личностных детерминант конфликтного поведения 188
Максимова И.М. Оказание социальной помощи клиентам психиатрического профиля 189
Макушева С.В. Физическая активность пожилых людей 190
Маланова В. В. Добровольческое движение по профилактике ВИЧ-инфекции как форма социально-психологической работы с молодежью 192
Малтабаров Б.А., Омурбекова С.О. Состояние социальной защиты военнослужащих в Кыргызской Республике 193
Мамырканов М.А. Особенности социальной адаптации детей трудовых мигрантов в России 194
Манатова А.М., Пивина Л.М., Белихина Т.И., Дюсупов А.А., Аукенов Н.Е. Научные и социальные основы минимизации радиоэкологического риска для здоровья населения Казахстана 196
Марков П., Маркова И., Воденичарова А. Медицинские и этические стандарты при профилактических консультациях девочек и молодых женщин дофертильного/фертильного возраста 197
Марков П. Особенности антропометрического питания у женщин в период подготовки к репродуктивным функциям в Болгарии 198
Мартынова Н.А., Мантурова С.Ч. Особенности государственного управления социальным обеспечением в Бурятии в период с 1923-1940 гг. 200
Марценюк М.А. Роль депривации в психическом развитии ребенка 201
Матвеева Е.П. Социальная защита инвалидов (при проживании в доме-интернате общего типа) 203
Машарская О.С. Эмпирическое исследование социальной фрустрированности студентов 204
Машарский З.В. Управление проектами в социальной сфере 205
Мельничук С.П. Формирование социальной активности у студентов-медиков на занятиях по фармакологии 206
Мельничук С.П. Психолого-педагогические основы формирования здорового образа жизни 208

Мещенкова А.Е., Решетникова Е.В. Восстановление способностей человека в социальной работе как ресурс развития социального капитала региона 208
Мизеркина Е. П., Ефременко Н.Д. Психологические особенности профессионального самоопределения в юношеском возрасте 210
Мокеев А.М. Социальный контракт как инновационная технология оказания социальной помощи малоимущим гражданам 211
Молдокеева Ж.Ф. Санитарно-гигиенические практики населения (на примере жителей села Базар-Коргон) 212
Мороз Н. И. Геронтосоциальная работа в структуре современной социальной политики 213
Мороз Н. И. Социальное программирование в системе социальной защиты населения 214
Морозова А.С., Кондратьева Е.В. Психолого-педагогическое сопровождение приемных семей в службе сопровождения замещающих семей Еравнинского района Республики Бурятия 215
Мосаев Ю.В. Роль модернизации параолимпийского движения в 90-ые годы XX века в рамках ресоциализации людей с особенными потребностями 216
Музаффарова Ю. Н., Разиков А. А. Прогнозирование осложнений инфаркта миокарда с анализом ретроспективного исследования 217
Мунх-Эрдэнэ Д., Отгонтогоо О, . Оюунбаяр Х. Определение степени удовлетворенности у студентов после заключительной производственной практики 218
Мухина В.В., Ефременко И.И. Подростковая жестокость как социальная и психологическая проблема 220
Мэндхуу Б., Дуламжав П. Социально-психологические аспекты состояния здоровья монгольских студентов 221
Нарантуяа Д., Цэвэлмаа Д. Исследования удовлетворенности медицинского персонала 224
Неврина О.Н. Проблема миграции среди молодежи в Республике Бурятия 224
Непомнящих Т. А. Региональный опыт работы служб примирения на базе учреждений социальной защиты населения 226
Нетесов Е.В., Борцов В.А., Фомичева М.Л., Калиниченко А.В., Нетесова Е.С. Социальная дезадаптация как фактор, влияющий на здоровье сельского населения Новосибирской области 227
Никулина Т.В., Белоусова О.Н, Никулин И.Н. О комплексе мероприятий, направленных на сохранение здоровья коллектива белгородского государственного национального исследовательского университета 228
Нимаева Ц.Н., Дылгерова Н.Ю. Понятия «беженец» и «вынужденный переселенец» в контексте правового статуса 229
Новичкова Ю.А, Ефременко Н.Д. Исследование социально-психологической адаптации подростков к условиям обучения в среднем звене 230
Номогоева О.Р., Романова Т.Г. Неоднозначность понятия «социальный капитал» на современном этапе 231
Одмаа Б., Туул М., Гэрэл К. Результаты научного исследования математической модели на гепатоциты в Монголии 232
Оборина Н.Н. Сущность и основные характеристики социально-педагогического сопровождения замещающей семьи 233
Омельченко С.О., Гавриш О. Г. Концепції соціальної роботи у школах німеччині 234
Отгонтогоо О., Мунх-Эрдэнэ Д., Оюунбаяр Х., Даваасүрэн Ц. Сравнительное исследования качества суппозиторных основ 235
Очирова Л.П. Совершенствование форм и методов социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей 237
Оюунбаяр Х., Отгонтогоо О., Мунх-Эрдэнэ Д. Некоторые фармакоэкономические показатели потребления антибиотиков в терапевтическом отделении 238
Оюунцэцэг Д, Ариунцэцэг Э. Исследование по определению биологического возраста у пожилых лиц 239
Пантелеева Н.В. Социальный аспект правовой конструкции договора пожизненного содержания с иждивением 240
Пеев В.А., Горанова-Спасова Р.Н., Радев Е.Н. Синдром выгорания - оценка и распространение среди врачей хирургического отделения 242
Петков П. Г., Трендафилова А. Т. Формирование коммуникативной компетентности у медицинских специалистов через интерактивные методы обучения 243
Петров А.А. Социальный туризм как фактор оздоровления нации 245
Петрова А.А. Традиции и обычаи как институциональные особенности этноповедения 246
Плиско Е.Ю., Бараник В. Социальное обеспечение и социально-педагогическое сопровождение детей с девиантным поведением 247
Поковба Т.П. Психологические особенности эмоциональной сферы людей преклонного возраста 248
Поляков В.А., Колесник М. А. Система общественного самоуправления (сиос) в образованиии: на пути к инновационному мышлению 249
Понкратьева И.Г., Чирикова А.С. Психодиагностика школьной дезадаптации учащихся младших классов 250
Попов Т., Михайлова Ц., Гаров С. Арт-терапия в социальной сфере 251
Попов Е.В., Лагойда Н.Г. Трудовая деятельность как фактор социализации лиц с интеллектуальной недостаточностью 253
Приходько Ф.С. О некоторых особенностях социальной защиты населения Беларуси в условиях экономического спада 254
Приходько Н.И., Корчуганова В.В., Крецан З.В. Психолого-педагогическая компетентность социального педагога 255
Протасов Е. Т. Социальная политика и выдвижение женщин в органы власти Бурятии в 1950 – 1980 годы 256
Протасов Е. Т. Социально-экономическое развитие Бурятии и эволюция исполнительных органов власти (1960 – 1980) 257
Раимкулов К.М., Усубалиева Ж.М., Абдыжапаров Т.А., Тойгомбаева В.С., Куттубаев О.Т. Структура паразитарной инвазированности собак в эндемичных по эхинококкозам районах Ошской области 259
Ринчино Б.А. Социальная поддержка семей с детьми в Курумканском районе 261
Рогова А.М. Социальная работа со студентами в вузе: проблемы теории и практики 262
Романова С.С. Формы и методы социально-педагогической деятельности при сопровождении замещающей семьи в процессе адаптации 263
Рутовский Я.А. Лабораторная диагностика хронической ртутной интоксикации детерминации в периферической крови параметров эритроцитов и тромбоцитов 264
Рыхлицкая А.В., Сурмач М.Ю. Здоровье мужчин как составляющая демографического потенциала: к вопросу о методике изучения 266
Саидхонова А.М. Повышение качества жизни с деформирующим остеоартрозом путем оптимизации профилактических мер в условиях первичного звена здравоохранения 267
Саидхонова А.М. Состояние легочной вентиляции у молодых людей 268
Саидхонова А.М., Сайитхонов С.М. Оценка показателей качества жизни у больных с деформирующим остеоартрозом 269
Салаева М.С. Соотношение качества жизни и вегетативной нервной системы у больных хронической обструктивной болезнью легких 271
Салтыкова-Волкович М.В. Арт-терапевтическая помощь в реабилитации детей-инвалидов 272
Самойлова Ю.С., Мантурова С.Ч. Становление и развитие стационарных учреждений для пожилых граждан и инвалидов 273
Саранхүү Г., Цэндсүрэн Т. Асрамж халамжийн төвд амьдарч буй өсвөр насныхны хөгжлийн давуу чанарыг үнэлсэн нь 274
Саргаева О.К., Мантурова С Ч. Историография государственной молодежной политики в 1991-2015 гг.: региональный аспект 276
Саруул П., Нандинсүрэн Ц. Сравнительное исследование готовности детей в детских садах к обучению 277

Сангадеев О.Ц. Молодежное предпринимательство как фактор устойчивого развития 280
Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Карпенко Е.А. Коррекция мочеиспускания у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой 281
Семененко А.И., Королева Ю.Л. Насилие над женщиной в семье как проблема современного общества 282
Серга Т.А. Социальный заказ и стандарты как инструменты обеспечения качества социальных услуг 283
Симаш О. М. Использование самостоятельной работы в процессе оптимизации самообразования учащихся с ограниченными возможностями 284
Скахина П.Н. Возможности сети интернет в решении проблемы трудоустройства 285
Снегирёв С.Н., Кондратьева Е.В. Медико-социальная реабилитация людей с ограниченными возможностями в АУСО РБ «Мухоршибирский психоневрологический интернат» 286
Сугармаа М., Золжаргалан Г., Хандмаа С., Саранчулуун О., Ариунсанаа Б., Дамдинжав Х. Развитие социальной работы в здравоохранении Монголии: настоящее и будущее 287
Суслова Т.Ф. Миграция и мигранты как социальный дискурс 288
Сүх-Очир Б. Теоретические аспекты изучение социальной заботы 289
Сүх-Очир Б., Намжил Т. Особенность обслуживание в монгольской социальной заботы 290
Таран О.Н., Клименко О.В. Медико-социальная реабилитация в детских учреждениях оздоровления и отдыха 293
Тарнуева Л.Э. Основные направления социальной работы с семьями, находящимися в социально опасном положении 294
Таштанов М.А. Социально-педагогические условия повышения уровня физического развития, физической и технической подготовленности будущих экономистов на занятиях по волейболу 295
Терешко Э.А. К вопросу о кадровых различиях судейского корпуса верховного суда в республики Беларусь и Российской Федерации 297
Титопулу М.Д., Стайкова Ж. Н. Травмы на производстве, связанные с организацией рабочего времени 298
Тиханович А.С. Профилактика наркомании у детей младшего школьного возраста как направление социальной работы 299
Тодожекова А.В. Технологии социальной работы со студенческими семьями в службах планирования семьи 300
Толкуева А. В. Показатели эффективности кадрового потенциала социальных служб: уточнение понятий 301
Тратинко Т.В. Семейные взаимоотношения как ресурс социальной защиты детей-сирот 302
Тратинко Т.В. Социальная работа в социально-педагогических учреждениях Республики Беларусь 303
Туул В, Дашдулам Ц. Результаты опроса по одноранговым давлениям, который был сделан на десятиклассниках 305
Турчина Ж.Е., Вахрушева Н.П., Шарова О.Я. Инновационные подходы в подготовке кадров для преподавания дисциплины «Паллиативная помощь» 305
Турчина Ж.Е., Осипова Н.М., Ноздрина С.Н. Актуальные вопросы преподавания дисциплины «паллиативная помощь» в подготовке бакалавров по социальной работе в медицинском университете 307
Тюрикова Г.Н., Соколова О.В., Гнездилова И.Ю. Профессиональная культура специалиста социальной сферы пенитенциарного учреждения: специфика и содержание 308
Уварова Д.А., Урбанаева Е.Г. Общеобразовательные услуги детям с синдромом Дауна в городе Иркутске 309
Урусова О.И. Необходимость и актуальность непрерывного образования для лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями 310
Фомина О.О. Взаимосвязь психологического благополучия и межличностных отношений 311
Фомин В. В. Адаптация как фактор устойчивого развития организации 312
Фомичёва М.Л., Борцов В.А., Хихлич О.С. Информированность населения новосибирской области в вопросах первичной медицинской профилактики 313
Фомичева М. Л., Нестеренко Т. В. Организация системы профилактической работы с потенциальными группами риска населения города Новосибирска 314
Фунтиков А.С., Борцов В.А., Фомичева М.Л. Оценка эффективности функционирования электронного кабинета здорового ребенка 316
Хабарова Е.В. Управление социальной защитой населения в рамках виталистской социологии 317
Хабарова Е.В. Особенности трансформации управления социальной защитой в регионе 1917 - 2016 гг. 318
Халудоров С.Ж. О смертной казни: за и против 319
Халудоров С.Ж. Эвтаназия и право 320
Хандмаа С., Мөнхбат О., Сугармаа М. Исследование социально - психологических факторов при работе социальных работников в медицинских учреждениях Улан-Батора 321
Хандмаа А. Влияние человеческого ресурса в области политики развития университета 322
Хисматуллина З.Н. Реабилитация как существенный компонент социальной работы с больными шизофренией 323
Хлынин С.М., Шурухина Т.В. Демографическая ситуация в краснодарском крае, прогноз и перспективы 324
Хорганова А.С. Социальная адаптация студентов – первокурсников высшего учебного заведения (на примере Бурятского государственного университета) 325
Хубусгеев Г.Б., Мантурова С.Ч. Технологии социального обслуживания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей 327
Цыбикова Л.А. Организация социальной реабилитации в центре «Светлый» 328
Цыренлхам Т., Дашдулам Ц., Одгэрэл Б., Цеденбал Б. Анализ образовательной модели В.Ф. Шаталова как современная технология обучения 329
Чойниам Б., Цэнгел М., Биамбодорж Е. Сравнительная характеристика протекания аллергического ринита и бронхиальной астмы у вегетарианцев и не вегетарианцев 330
Шарова О.Я., Турчина Ж.Е., Тараба Т.С. Магнитотерапия в комплексной реабилитации после эндопротезирования суставов нижних конечностей 331
Шварацкая О.В., Карпенко А.В. Медико-социальные аспекты частых бактериальных осложнений ОРВИ у детей 332
Широкалова Г.С. Социальные сети как механизм социальной взаимопомощи 333
Шулик Т.В. Государственная молодёжная политика Украины 90-х гг. XX в. как основа социально-педагогической профилактики аддиктивного поведения студенческой молодёжи 334
Энхмаа Ж., Бадамдолгор Бю, Рэгзэдмаа С. Пищевые привычки и знеания об еде медицинских сестер национального онкологического центра 335
Эрдэнэтуяа Т. Пищевые привычки студентов-медсестер монгольского национального университета медицинских наук 336
Элмурадов Ф.Х., Гадаев А.Г., Разиков А.А., Азимов Э.Т, Жаббаров Н.И. Особенности кардиогемодинамики, изменений маркеров дисфункции почек при ХСН и ХСН в сочетании с ХБП 338
Эшиев А.К., Смадияров К.А. Проблемы миграционных процессов в Кыргызстане в контексте глобализации 339
Якимчук С.В., Якимчук Ю.А. Пути реформирования системы управления социальной защитой населения в инновационной экономике в России 340
Смирнова М.Г. Организация деятельности детских дошкольных учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья 341

Ташлинская Е. Ш. Институт кураторства как инновационный ресурс современного высшего образования 342
Жанцан Н. Особенности посттравматического стресса у детей, переживших горе и утрату близкого человека 343
Каличевская М.В., Клімова О.В., Соломенко М.В. Особенности течения и реабилитации детей с бронхиальной астмой и сопутствующей патологией пищеварительного тракта 344
Ахметзянова Р.Р., Максимов Д.С. Развитие государственно-частного партнерства – одно из направлений стратегического Развития системы социального обслуживания 346
Ням-Очир Г., Герелмаа А., Авирмед Д., Жанерка Т., Оюунбаатар А., Оюунгоо Б. Сравнение результатов и письменной оценки знаний студентов 347
Одбаяр Г., Баярма Э., Ундармаа Э., Адилзаяа Д. Изучение взаимодействия между патогистологическими изменениями предстательной железы и антропометрическими измерениями 348
Ткаченко С.Г. Социальные аспекты косметической коррекции ВИЧ-ассоциированной фациальной липоатрофии 351
Мөнхтуяа Э. , Одонтуяа Д., Туяацацрал Л. Изучение факторов риска развития запоров среди раковых больных в паллиативной помощи 352
Насантогтох Е., Дулгуун О., Амина В., Санзая В., Бадашсурен Д., Сувдаа Б, Бира Н. Определение стадии фиброза печени 354
Перинова М.Б. Социальные технологии предоставления государственных и муниципальных услуг населению по принципу «одного окна» (на примере Республики Бурятия) 355
Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., Фахрутдинова Е.В. Современные проблемы медико-социальной помощи сельскому населению: роль фельдшерско-акушерских пунктов 356
Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., Фахрутдинова Е.В. Некоторые медико-социальные проблемы изучения здоровья сельского населения: распространенность болезней 358

Научное издание

ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Материалы
V Международной научно-практической конференции
8-9 декабря 2016 г.

Подписано в печать 24.11.2016 г. Формат 60х84 1/8.
Усл. печ. л. 44,41. Тираж 100 экз. Заказ № 323.

Издательство ВСГУТУ
670013 г. Улан-Удэ, ул. Ключевская, 40в