



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО - ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Психолого-педагогические закономерности управления качеством
непрерывного медицинского образования

Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность программы магистратуры
«Психология управления в образовании»

Проверка на объем заимствований:

82,38 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
рекомендована / не рекомендована

« 6 » 11 2017 г.

зав. кафедрой ТиПП

О.А. Кондратьева Кондратьева О.А.

Выполнила:

студентка группы ЗФ-310/129-2-1
к.м.н., Калева Нина Георгиевна

научный руководитель:
декан факультета психологии,
д.псх.н., профессор
Долгова Валентина Ивановна

Челябинск
2017

Оглавление

Ведение.....	3
Глава 1. Теоретико-методологические основы управления здоровым образом жизни в психолого-педагогическом контексте	10
1.1.Здоровый образ жизни в системе детерминант укрепления здоровья ..	10
1.2. Поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний как психолого-педагогическая проблема.....	12
1.3. Целеполагание инновационной деятельности в системе формирования здорового образа жизни (Дерево целей).....	22
Глава 2. Организация и проведение эпидемиологического исследования поведенческих факторов риска	26
2.1. Этапы, методы и методики исследования	26
2.2. Характеристика выборки исследования.....	26
Глава 3. Опытнo-экспериментальное популяционное исследование поведенческих факторов риска и закономерностей их психолого-педагогического сопровождения.....	30
3.1. Эпидемиология поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний у детей и подростков	30
3.2. Причины низкой результативности управления поведенческими факторами риска	65
3.3. Пути увеличения образовательного потенциала детей, подростков и взрослых по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.....	76
3.4. Технологическая карта внедрения результатов исследования.....	79
Заключение	82
Библиографический список	85
Приложения.....	101

Введение

Состояние здоровья населения - один из важнейших индикаторов уровня социального развития и благополучия общества, фактор национальной безопасности, конкурентоспособности и обороноспособности страны, культуры людей [23, 32, 65]. От здоровья детей, подростков и молодежи зависит состояние здоровья будущих поколений, уровень благосостояния и стабильности России в последующие десятилетия [100, 103].

Благодаря выполнению приоритетного национального проекта «Здоровье» с 2006 г. в России наметилось снижение смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ), к которым относятся сердечнососудистые, онкологические, респираторные заболевания, сахарный диабет и др. [88]. **Вместе с тем наблюдается увеличение числа больных детей при рождении, рост заболеваемости детей по обращаемости, нарушений физического и нервно-психического развития, репродуктивного здоровья у мальчиков и девочек, а также снижение уровня здоровья призывников** [12, 13, 19, 42, 54, 70, 102]. Особую тревогу вызывает рост смерти от внешних причин вследствие насилия, дорожно-транспортных происшествий, утоплений, пожаров, отравлений, бытового и производственного травматизма и др. [4, 68, 75].

Острота вызовов здоровью населения России становится более ощутимой при сравнении показателей смертности населения в России и в других странах. В 2013 г. опубликованы результаты оценки динамики состояния здоровья населения США за период с 1990 по 2010 гг. по сравнению с аналогичными показателями 34 стран, входящих в состав Организации экономического сотрудничества и развития [119, 125]. За 20-летний период во всех 34 странах ОЭСР произошло значительное снижение общей (от всех причин) смертности. Первое место по низкому уровню общей смертности и ее снижению занимает Япония (в 1990 г. –

469 на 100 000, в 2010 г. – 352 на 100 000 населения), 34-е место – Венгрия (970 и 694 соответственно). США перешли с 18-го на 27-е место (639 и 516 соответственно)

Снижение показателей предотвратимой смертности в этих странах достигнуто благодаря осуществлению эффективной профилактики путем **формирования здорового образа жизни и контролю за поведенческими и другими факторами риска (ФР) неинфекционных заболеваний (НИЗ) на основе межсекторального подхода** [40, 84, 112, 125].

В отличие от стран ОЭСР в России с 1990 по 2010 произошел рост общей смертности с уровня 1120 на 100 000 до уровня 1420 на 100 000. Из изложенного становится понятным, что **проблема укрепления здоровья и профилактики НИЗ** в России требует осуществления более эффективных мер по формированию здорового образа жизни и профилактике НИЗ и их факторов риска, которые берут свое начало в детском и подростковом возрасте [17, 28, 53, 83, 108].

Цель исследования: на основе результатов эпидемиологического исследования поведенческих факторов риска, анализа психолого-педагогических закономерностей их формирования определить пути увеличения образовательного потенциала детей и подростков по укреплению здоровья и профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Объект исследования - здоровый образ жизни (ЗОЖ), поведенческие и психосоциальные аспекты формирования ЗОЖ в контексте первичной профилактики НИЗ. Система ЗОЖ является сложной многокомпонентной, включающей большое число детерминант укрепления здоровья и многообразие поведенческих, биологических факторов риска НИЗ и факторов среды обитания.

Предмет исследования - поведенческие факторы риска: нездоровое питание, низкая физическая активность, курение и алкоголь, которые являются ведущим проявлением нездорового образа жизни.

Гипотеза исследования - сверхсмертность населения России на рубеже столетий обусловлена эпидемией поведенческих факторов риска НИЗ, недостаточной профилактической дозой, нарушением психолого-педагогических закономерностей формирования здорового образа жизни. Разработка, развитие и внедрение инновационного проекта «Всеобщая образовательная система укрепления здоровья (ВОСУС)» позволят осуществить эффективный контроль за поведенческими факторами риска, увеличить профилактическую дозу и снизить смертность от НИЗ.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературы по детерминантам здорового образа жизни;
2. Изучить результаты исследований поведенческих факторов риска о вреде для психического и физического здоровья;
3. Разработать «Дерево целей» детерминант здоровья и поведенческих факторов риска;
4. Организовать и провести популяционное исследование поведенческих факторов риска у детей, подростков;
5. Провести анализ психолого-педагогических закономерностей обучения и воспитания детей и подростков ЗОЖ;
6. Разработать ключевые положения всеобщей образовательной системы укрепления здоровья.

7. Разработать технологическую карту внедрения результатов исследования в практику.

Исследование является клинико-популяционным, выполненным по протоколу и методам международной программы ВОЗ СИНДИ – Челябинск «Здоровые дети в здоровых семьях» [24, 54, 53, 73, 120].

Методологическая основа исследования: системный подход [7], инновационный деятельностный подход [7], гуманитарная модель управления качеством [54], теория доказательного общественного здравоохранения [111].

Теоретическая основа исследования. Особого внимания в психологии образования и воспитания заслуживает направление формирования готовности к инновационной деятельности, получившее всестороннее отражение в научных исследованиях профессора В.И. Долговой [33, 37, 38] и других исследователей [6, 60]. Эпидемия поведенческих ФР является нерешенной сложной социально-психологической и психолого-педагогической проблемой [53]. Требуется разработка инновационных подходов и программ по управлению качеством непрерывного гигиенического и медицинского профилактического образования в системе дошкольных, школьных, средних и высших профессиональных организаций всех профилей на основе гуманитарной модели управления качеством [54].

Исследования В.И. Долговой [37] по формированию готовности к инновационной деятельности и развиваемая нами гуманитарная модель управления качеством на основе принципа справедливости [54, 55, 56] явились отправной позицией, методологическим и методическим инструментом при постановке цели и задач, организации выпускной квалификационной работы, анализа, систематизации и обобщения результатов нашего исследования.

Методы исследования:

- 1) теоретические – анализ научной литературы, моделирование, целеполагание «Дерево целей» [37];
- 2) Эпидемиологические [24, 73, 84];
- 3) Клинико-популяционные [53, 73];
- 4) Статистические – лицензионные пакеты прикладных статистических программ «Statisticafor Windows» и SPSS-12.
- 5) Эмпирические – Программа ВОЗ СИНДИ [73];

Научная новизна исследования состоит в следующем:

- впервые использована теория формирования готовности к инновационной деятельности и концепция гуманитарной системы управления качеством для исследования проблемы формирования здорового образа жизни и контроля основных поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний;
- раскрыты психолого-педагогические и социально-психологические условия становления и формирования поведенческих факторов риска у детей и подростков дошкольных и школьных образовательных организаций;
- выявлены причины нарушения психолого-педагогических закономерностей формирования здорового образа жизни в аспекте поведенческих факторов риска;
- впервые на основе инновационной деятельности и гуманитарной модели управления качеством научно разработан проект «Всеобщая образовательная система укрепления здоровья», ориентированная на эффективное управление поведенческими факторами риска НИЗ у всех участников образовательного процесса;

База исследования: общеобразовательные школы № 41, 37, 100, 50, 57, 154 г.Челябинска, сельских школ с.Курманово, с.Муслимово, пос. Петропавловка Челябинской области, лицей-гимназия №58 г.Курган, а также детские сады (МДОУ) № 421 и № 375 г., 402 г.Челябинска и МДОУ № 33 г. Озерска.

Работа проводилась в несколько этапов в рамках международной программы ВОЗ СИНДИ – Челябинск «Здоровые дети в здоровых семьях»:

I этап –разработка педиатрического компонента программы СИНДИ, проведение консультаций в Челябинске, Москве, Европейском Региональном Бюро ВОЗ, участие в учебно-методических совещаниях по развитию программы в регионах России. Наиболее сложным вопросом на первом этапе явился выбор экспериментальных площадок в аспекте психолого-педагогического сопровождения и взаимодействия с руководством образовательных организаций.

II – этап – экспериментальный – связан с выполнением плана действий на экспериментальных площадках, проведение мониторинговых наблюдений и исследований поведенческих факторов риска. На этапе профилактического вмешательства наибольший интерес и значительные трудности представлял процесс психолого-педагогического вовлечения участников в выполнение программы СИНДИ в образовательных учреждениях.

III этап – итоговый, обобщающий результаты профилактического вмешательства. Он был посвящен обработке материалов исследования: анализу опытно-экспериментальной работы, психолого-педагогическому осмыслению, оценке процесса по конечному результату, обобщению, предоставлению годовых и заключительных отчетов. Подготовка публикаций, участие в конференциях, написание статей, методических писем, учебных пособий, методических рекомендаций, монографий.

Практическая значимость исследования заключается во внедрении в практику методических писем, рекомендаций, учебных

пособий, посвященных выявлению, измерению, оценке поведенческих и ассоциированных с ними биологических факторов риска у детей и подростков. Следует подчеркнуть, что данные руководства соответствуют международному уровню. Большое значение имеют документы по разработке программы, планированию, оценке качества и результативности.

Апробация. Основные положения магистерской диссертации представлены на: I международной конференции «Проблемы популяционного здоровья», Челябинск-Монреаль, 2003; научно-практических конференциях «Полипатии в семейной и клинической медицине» (Челябинск, 2007, 2008, 2009, 2010, 2013, 2014, 2015гг.); на Всероссийской научно-практической конференции «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» и II Российском конгрессе «Управление качеством медицинской помощи и системой непрерывного медицинского образования медицинских работников (Москва, 2010); IX (2014г.) и X (2017) съездах Петровской академии наук и искусств (СПб); международной научно-практической конференции «Роль менталитета в функционировании государства» (Минск, 2016г.).

Обоснованность и достоверность проведенного исследования обеспечиваются использованием комплекса теоретических и эмпирических методов, адекватных объекту, предмету, цели и задачам исследования, организацией эксперимента с целью проверки гипотезы исследования, обработкой полученных данных методами математической статистики.

Структура магистерской диссертации: диссертационная работа состоит из 3-х глав, заключения, библиографического списка, включающего 140 источников, приложения.

Глава 1. Теоретико- методологические основы управления здоровым образом жизни в психолого-педагогическом контексте

1.1. Здоровый образа жизни в системе детерминант укрепления здоровья

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (health promotion) - процесс, помогающий людям усилить контроль за здоровьем и улучшить свое здоровье. Чтобы добиться полного физического, умственного и социального благополучия, человек или группа людей должны быть в состоянии определить и реализовать свои устремления удовлетворить свои потребности и изменить окружающую среду. Таким образом, здоровье рассматривается как источник для повседневной деятельности, а не цель жизни. Здоровье - это позитивная концепция, подчеркивающая важность социальных и личностных ресурсов, а также физических возможностей. Поэтому ответственность за укрепление здоровья возлагается не только на сектор здравоохранения, но и выходит за рамки здорового образа жизни и переходит на уровень понятия “благосостояние” [81].

Учение о детерминантах укрепления здоровья имеет фундаментальное значение для улучшения здоровья каждого человека и населения страны в целом. К детерминантам здоровья относят ведущие факторы, оказывающие позитивное или негативное влияние на индивидуальное, популяционное и общественное здоровье [54, 58]. С нашей точки зрения, целесообразно факторы с позитивным влиянием на здоровье обозначать как **детерминанты укрепления здоровья**, а факторы с возможным негативным влиянием как **факторы риска болезней и травм (ФР)**. Одни и те же факторы в зависимости от уровня развития или степени выраженности могут иметь различные последствия для здоровья. Например, высокий уровень развития массовой физкультуры и спорта относится к детерминантам популяционного здоровья, а низкий уровень двигательной активности к ФР [54].

Основными детерминантами укрепления здоровья являются государство и государственная политика, уровень социально-экономического развития, законодательство, права пациента, здоровая семья, система образования, система здравоохранения, наука, культура, религия, здоровый образ жизни, доступная и качественная медицинская и профилактическая помощь, экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие [41, 76, 123, 137, 138, 140]. Все перечисленные детерминанты оказывают существенное влияние на качество жизни, ее благополучие, которое оценивается как по субъективному восприятию человека, так и по объективным критериям. Часто субъективные и объективные оценки не совпадают, имеют противоположный знак. Нездоровый образ жизни и болезни снижают качество жизни.

В соответствии с целью и задачами данного исследования приоритетное место нами отводится детерминанте: **здоровый образ жизни**. Образ жизни (lifestyle) рассматривается как комплекс различных форм поведения, жизненной активности, реализации собственных возможностей в сфере общения, обучения в образовательных организациях, профессиональной деятельности, культуры поведения, специфической для той или иной социально-экономической формации [105].

Образ жизни основан на взаимодействии между условиями жизни в широком смысле и индивидуальными привычками поведения, детерминированными социальными, семейными, культурными факторами и персональными психологическими характеристиками [105]. Ряд привычек поведения, открытых для индивидуума, может быть ограничен или расширен социальными факторами и факторами окружающей среды. По этой причине стиль жизни как один из аспектов образа жизни

рассматривается в контексте как индивидуального и коллективного опыта, так и условий жизни.

Образ жизни включает комплекс человеческих контактов, удовлетворенность жизнью, потребности в интеллектуальной и эмоциональной сферах, качество жизни, необходимые жизненные потребности, здоровьесберегающее поведение [1,5, 8, 9, 11, 43, 96]. Все они имеют как качественное, так и количественное выражение. Представление о положительном смысле жизни не ограничивается лишь перечислением выше названных категорий, но включает такие аспекты, как человеческое счастье, здоровые, жизненные привычки, семейное благополучие и семейное здоровье [116, 118, 120].

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) является сложной межсекторальной и многоплановой социально-психологической и воспитательной проблемой. **Поведенческие ФР НИЗ являются проявлением нездорового образа жизни** и наносят большой ущерб и вред здоровью человека и общества. Распространенность ФР НИЗ в популяции отражает сложившуюся ситуацию и показывает, насколько в обществе эффективно психолого-педагогическое воздействие и созданы ли условия для улучшения здоровья конкретного человека, популяции и народа в целом.

1.2. Поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний как психолого-педагогическая проблема

Под ФР понимают факторы внутренней и внешней среды организма, которые достоверно увеличивают вероятность развития новых случаев заболеваний и смерти от них. Выделяют три группы взаимосвязанных ФР: поведенческие, биологические и факторы окружающей среды обитания [24, 73,74, 81]. Факторов риска много. Однако с позиций доказательной

медицины и доказательной профилактики НИЗ число факторов риска сокращается до минимума [111,137, 138].

Различают модифицируемые (управляемые) ФР, к которым относятся поведенческие ФР (низкая физическая активность, нездоровое питание, алкоголь, курение) и не модифицируемые (пол, возраст и др.). Факторы риска характеризуются общностью для возникновения нескольких НИЗ. Например, курение является ФР ишемической болезни сердца, рака легкого, хронической обструктивной болезни легких и других НИЗ. Неинфекционные заболевания и их ФР берут свое начало в детском и подростковом возрасте.

Современная стратегия профилактики НИЗ научно обоснована с позиций доказательной медицины и доказательной профилактики [111]. Данная стратегия в психолого-педагогическом аспекте логически структурирована, признана и рекомендована Всемирной Организацией Здравоохранения в качестве глобальной стратегии укрепления здоровья и профилактики НИЗ для всех стран мира [137, 138].

Сущность формирования ЗОЖ и профилактики НИЗ заключается в снижении распространенности **четырёх ведущих поведенческих ФР**: нездоровое питание, низкая физическая активность, курение, потребление алкоголя, что приводит к устранению или смягчению связанных с ними **четырёх биологических ФР** (артериальная гипертензия, избыточная масса тела и ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия). В результате осуществления технологической программы контроля 4-х поведенческих и 4-х биологических факторов риска наблюдается значительное уменьшение предотвратимой смертности от **четырёх групп НИЗ**: болезней системы кровообращения, онкологических, бронхолегочных заболеваний и сахарного диабета [24] Данные НИЗ обуславливают более 70% смертей в общей структуре смертности, ложатся тяжелым бременем на экономику страны, снижают качество жизни и благополучие человека.

Для эффективного осуществления данной стратегии предупреждения НИЗ необходима достаточная **«профилактическая доза»** воздействия на население [126]. **Профилактическая доза характеризуется объемом охвата популяции и интенсивностью профилактического воздействия.** В России профилактическая доза по управлению поведенческими факторами риска НИЗ не была достигнута по причине недостаточной компетенции лиц принимающих управленческие решения в отношении борьбы с поведенческими факторами риска [57].

Следует отметить, что проблема поведенческих ФР НИЗ по своей сущности относится к каждому человеку и является психолого-педагогической. Люди не знают, не понимают и не осознают какую угрозу для здоровья, качества жизни человека, жизни семьи, окружающих людей, коллектива и общества в целом представляют поведенческие ФР. Они рассуждают так, что если сейчас у них нет заболеваний и неизвестно возникнут ли они в будущем, то поведенческие факторы не опасны для их здоровья.

Для формирования здорового образа жизни важно понять и усвоить положение: **поведенческие факторы риска наносят вред и ущерб здоровью и организму человека, особенно его умственным способностям уже сейчас, в любом периоде их жизни.** Вред и ущерб для здоровья и качества жизни человека, его развития опаснее тех заболеваний, которые могут возникнуть в старшем возрасте. Многие из болезней поддаются лечению, а психологические, когнитивные, ментальные, физические, соматические расстройства, возникают в самом начале действия ФР, нарушают адаптивные способности человека! Поэтому необходимо в краткой форме дать информацию о пагубных последствиях поведенческих ФР для здоровья человека, особенно для его умственного и физического развития, которые относятся к категории человеческого капитала [66].

1.2. 1. Здоровое и нездоровое питание. Будущей матери за шесть месяцев до запланированной беременности и зачатия необходимо начать прием фолиевой кислоты для предупреждения тяжелых пороков развития головного мозга, костей черепа и позвоночника своего ребенка.

После рождения первым физиологическим фактором, укрепляющим здоровье ребенка и матери, является **грудное вскармливание**, которое не имеет себе равных способов обеспечения идеальным питанием грудных детей для их полноценного физического и умственного развития и роста [25, 97]. Доказано, что грудное вскармливание предупреждает развитие заболеваний в зрелом возрасте, способствует продлению активной жизни. Поэтому фактором риска является отсутствие, отмена, отказ от грудного вскармливания по разным причинам, прекращение кормления грудью до 6 месяцев, переход на смешанное вскармливание. Прикорм можно начинать с 6 месяцев, а кормление грудью может продолжаться и на втором году жизни ребенка. Грудное вскармливание помогает защитить детей от различных заболеваний, и прежде всего гнойно-септических инфекций. Польза грудного вскармливания заключается не только в получении ребенком природного пищевого продукта самого высокого качества, но и в процедуре кормления, которая оказывает позитивный психологический эффект на организм матери. С первой минуты первого кормления начинается процесс психолого-эмоционального общения матери и ребенка путем участия и взаимодействия всех органов чувств матери и ребенка. Поэтому охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания признана ВОЗ/ ЮНИСЕФ ведущим направлением деятельности родовспомогательных служб, сектора охраны здоровья матери и ребенка. В России принята Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни [97]. Индикатором удовлетворительной ситуации по грудному вскармливанию является охват более 50% детей грудным вскармливанием более 6 месяцев. Начали выдаваться послеродовые сертификаты, стали более ранними сроки взятия на учет беременных в женской консультации, активизировались школы

здоровья для будущих матерей. Все это способствует поддержке грудного вскармливания. Таким образом, на региональном уровне отмечается позитивная динамика поддержки и увеличения распространенности и продолжительности грудного вскармливания.

Питание детей первого года жизни. В Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни даны рекомендации естественного, смешанного и искусственного вскармливания, организация прикорма [71]. Рассмотрено лечебное питание при железодефицитных состояниях, профилактика и лечение рахита, белково - энергетической недостаточности, пищевой аллергии и других состояниях. Значительное внимание уделено особенностям питания беременных женщин и кормящих матерей.

Одним из новых аспектов детской диетологии является концепция программирующего влияния особенностей питания в раннем детском возрасте, особенно в критические периоды онтогенеза на здоровье человека в отдаленном периоде. С формированием неправильного пищевого поведения в раннем возрасте, в т.ч. его внутриутробном периоде развития связывают феномен «метаболического программирования», который подразумевает риск развития метаболического синдрома, ИБС, АГ, дислипидемий и других, зависимых от питания заболеваний в течение всей жизни человека [85].

Особый интерес представляют работы, в которых показано значение здорового питания на развитие мозга и когнитивное развитие детей [18, 26, 106]. Ключевая роль отводится достаточной обеспеченности мозга плода и ребенка полиненасыщенными жирными кислотами омега-3. Их основными источниками является подсолнечное, кукурузное, льняное масло и жир холодноводных рыб. В этих продуктах содержатся незаменимые жирные кислоты: линолевая и альфа-линоленовая.

Обсуждается влияние на развитие мозга и интеллекта таких питательных веществ, как ганглиозиды – липиды, содержащиеся в грудном молоке и тканях головного мозга в высоких концентрациях. Влияние ганглиозидов на формирование мозга начинается во внутриутробном периоде, приобретая особую важность в раннем детстве и на протяжении первых 20-24 лет морфофункционального развития мозга человека [99]. В последующем, влияние этих веществ на когнитивные функции продолжается в течение всей жизни

Актуальными в детском и подростковом возрасте остаются вопросы о причинах нездорового питания в развитии различной патологии, включая анемию, ожирение, болезни костей скелета, рахит, дефицит микронутриентов, минералов, железа, цинка [97]. Таким образом, адекватное возрасту человека пищевое поведение является фундаментом здоровой жизни и развития адаптивных способностей человека. Организация и обеспечение здорового питания на протяжении всей жизни является наиважнейшей социально-психологической и психолого-педагогической проблемой государственных деятелей, всех работников систем образования, здравоохранения, общественного питания и других.

1.2.2. Вторым, естественным поведенческим фактором укрепления здоровья, профилактики НИЗ, увеличения продолжительности активной жизни, снижения распространенности ФР НИЗ является **регулярная физическая активность (ФА)** [101]. Результаты многочисленных исследований доказали, что ФА обеспечивает и укрепляет психо-моторное развитие личности, физическое здоровье, а также гармонизирует функционирование всех систем организма: кровообращения, костно-мышечной, эндокринной и других [129]. ФА повышает уровень ментального здоровья, снижает стресс и предупреждает депрессивные расстройства [132]. В ряде исследований установлено позитивное влияние ФА на успеваемость школьников [109, 121, 128, 130, 131].

ФА снижает смертность от коронарной болезни сердца. ФА предупреждает развитие АГ, дислипидемий, ожирения, сахарного диабета 2-го типа, остеопороза, заболеваний костно-мышечной системы, некоторых форм рака [80, 81, 84].

Низкая физическая активность (НФА) является ФР болезней системы кровообращения и других НИЗ. Установлено, что уже в дошкольном возрасте НФА в сочетании с нерациональным питанием и другими средовыми факторами, вызывает развитие избыточной массы тела и ожирения [20]. В Новосибирске в результате популяционного обследования 549 школьников в возрасте 14-17 лет обоего пола были отмечены более низкие когнитивные показатели по уровню внимания и запоминанию слов в тесте Лурия [95]. Ожирение и метаболический синдром вызывают негативные изменения в психологическом статусе детей и подростков, а также успеваемости школьников [15, 134].

1.2.3. Третьим, метаболическим ФР НИЗ у детей, подростков и взрослых является **алкоголь**, употребление которого давно привело к возникновению в мире глобальной медико - социальной проблемы, особенно актуальной для России [92]. Самыми незащищенными в отношении воздействия алкоголя являются дети, т.к. их матери часто страдают алкоголь индуцированными экстрагенитальными заболеваниями. Зачатие нередко происходит в состоянии алкогольного опьянения, и во время внутриутробного развития плод подвергается воздействию алкоголя и других ядовитых химических веществ, содержащихся в спирте или являющихся продуктами его метаболизма (ацетальдегид). Этанол и ацетальдегид легко проникают через плаценту, приводит к тяжелым последствиям для плода, развитию фетального алкогольного синдрома (ФАС) [69,77]. ФАС, как правило, диагностируется у детей, родившихся от хронических алкоголиков, злоупотребляющих алкоголем во время беременности. Если ребенок страдает ФАС, то все

другие дети в семье должны быть обследованы на выявление этой патологии. ФАС встречается с частотой 2,2 на 1000 новорожденных.

ФАС проявляется нарушением развития мозга, что приводит к задержке умственного развития различной степени тяжести. Задержку умственного развития можно считать обязательной частью этанолового тератогенеза. Дети, родившиеся от матерей алкоголичек, отстают в умственном развитии, если они воспитывались даже не ею, а в домах ребенка. В настоящее время большое распространение получил термин фетальный алкогольный спектр нарушений, который характеризуется алкогольными расстройствами плода и последствиями, которые проявляются у ребенка на более поздних этапах жизни [69].

Систематическое употребление приводит к развитию алкоголизма, включая так называемый «пивной алкоголизм». По данным Н.А. Поплевченкова [82], подавляющее число несовершеннолетних, наблюдающихся в наркологическом диспансере, - это лица из социально-незащищенных слоев общества: неполные семьи; дисфункциональные семьи; наличие судимости; алкогольная зависимость у обоих родителей или одного из них; низкий материальный доход; отсутствие возможности полноценного воспитания детей из-за нехватки времени. Такие дети составляют 93% от общего количества детей, находящихся на предварительном наблюдении. По данным автора, у этих детей отмечаются различные отклонения в процессе формирования личности, которые приводят к невротическому развитию с нарушениями в эмоциональной и поведенческой сфере.

К вредным последствиям потребления алкоголя у подростков относятся также: симптомы похмелья; снижение успехов в учебе; ссоры, конфликты, драки; акты насильственного поведения, такие как преступления или общественные правонарушения; импульсивное поведение; безответственное поведение; несчастные случаи, травмы, аварии,

убийства; изменение настроения; агрессия; низкая самооценка; самоубийства, отравления, суицидальные попытки [114, 127, 139]. Увеличивается участие подростков в потенциально опасных для здоровья формах поведения, таких как незащищенный секс, гомосексуализм, употребление наркотиков, которые создают риск ВИЧ-инфицирования и других инфекций, передающихся половым путем. Алкоголь вызывает формирование других ФР НИЗ: нездоровое питание, НФА, курение, ожирение.

Таким образом, алкоголь относится к наиболее опасным поведенческим метаболическим ФР, приводящим к вредным последствиям для здоровья детей и подростков, а также к развитию у них заболеваний (кардиомиопатии, циррозы) с манифестацией в зрелом возрасте.

1.2.4. Курение является опасным ФР для здоровья детей уже в периоды внутриутробного развития, в случае активного курения матери [37, 59, 122, 136], а также в последующие годы жизни, вследствие пассивного курения [113, 115, 133]. Активное курение начинается в раннем школьном возрасте и становится широко распространенным в старшем возрасте [2, 44, 72, 115]. Вред курения зависит от содержащегося в табачном дыме никотина, вызывающего развитие никотиновой зависимости. К статусу курящих подростков относятся те, кто выкуривает хотя бы одну и более сигарет еженедельно, случайно курящих – одну сигарету каждые три месяца [120]. С курением у детей связаны такие заболевания, как бронхиальная астма, хронический бронхит, синдром ВСД, снижение иммунитета и другие [14, 79]. На распространенность курения влияет социальное окружение и социально-экономические детерминанты [10, 110]. ВОЗ была поставлена задача - сделать Европу свободной от табака к 2000 году, т.е. снизить распространенность курения в популяции до 20%. Эту задачу выполнить не удалось.

В Российской Федерации в 2009г. был проведен глобальный опрос населения о потреблении табака (GATS) в возрасте 15 лет и старше (ВОЗ/Минздравсоцразвития России, 2010). Число опрошенных мужчин составило 6217, а женщин – 5189. По данным опроса в популяции мужчин курят любые табачные изделия 60,2%; в возрасте 15-18 лет - 30,1%; 19-24 лет - 62,1%; 25- 44 лет – 68,3%; 45-64 лет - 62,4%; 65+ лет - 40,7%, в т.ч. в городской популяции – 60,3%, в сельской -59,9%. Достоверно чаще курят мужчины со средним образованием (64,1%) по сравнению с лицами с начальным (50,4%) и высшим образованием (54,0%).

В популяции женщин распространенность курения составила 21,7%; в возрасте 15-18 лет – 17,8%; 19- 24 лет – 37,9%; 25-44 лет -31,3%; 45-64 лет -18,2%; 65+ лет – 2,9%, в т.ч. в городской популяции - 23,9%, в сельской - 14,8%. Женщины с высшим образованием курят достоверно чаще, чем со средним и начальным (26,6%, 19,7%, 2,7% соответственно). Эти данные показывают очень высокую распространенность курения среди подростков и взрослых в России. Данное исследование является первым популяционным исследованием в нашей стране, которое отвечает международным требованиям. В отношении других поведенческих ФР глобальные популяционные исследования такого высокого уровня в России не проводились.

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует о наличии в России эпидемии поведенческих ФР неинфекционных заболеваний среди детей, подростков и взрослых и необходимости неотложных мер по борьбе с ними на межсекторальной основе. Поведенческие ФР это не только и не столько медицинская проблема, - это наиболее актуальная психолого-педагогическая проблема нездорового образа жизни.

Службы здравоохранения не располагают достоверными сведениями об эпидемиологической ситуации по данным ФР в особых группах населения, к которым относятся дети, подростки, молодежь, студенты

ВУЗов. Они представляют интеллектуальный ресурс общества. Поэтому укреплению здоровья детей, подростков и молодежи ВОЗ давно уделяет самое пристальное внимание.

Из сказанного становится понятным, что необходим поиск новых подходов в отношении управления поведенческими факторами риска, основанных на получении фактических эпидемиологических данных в конкретном регионе.

1.3. Целеполагание инновационной деятельности в системе формирования здорового образа жизни (Дерево целей)

В соответствии с рекомендациями В. И. Долговой [37] о целеполагании инновационной деятельности нами составлено «Дерево целей» формирования здорового образа жизни. Сформулирована **стратегическая цель исследования:** на основе результатов эпидемиологического исследования поведенческих факторов риска, анализа психолого-педагогических закономерностей их формирования определить пути увеличения образовательного потенциала детей и подростков по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературы по детерминантам здорового образа жизни;
2. Изучить результаты исследований поведенческих факторов риска о вреде для психического и физического здоровья;
3. Разработать «Дерево целей» детерминант здоровья и поведенческих факторов риска;
4. Организовать и провести популяционное исследование поведенческих факторов риска у детей, подростков;

5. Провести анализ психолого-педагогических закономерностей обучения и воспитания детей и подростков ЗОЖ;
6. Разработать ключевые положения всеобщей образовательной системы укрепления здоровья.
7. Разработать технологическую карту внедрения результатов исследования в практику.

В соответствии с методологией и методикой построения модели «Дерево Целей», разработанной В.И. Долговой [54] в нашей магистерской диссертации модель «Дерево целей» по формированию здорового образа жизни представлена на Рис.1.

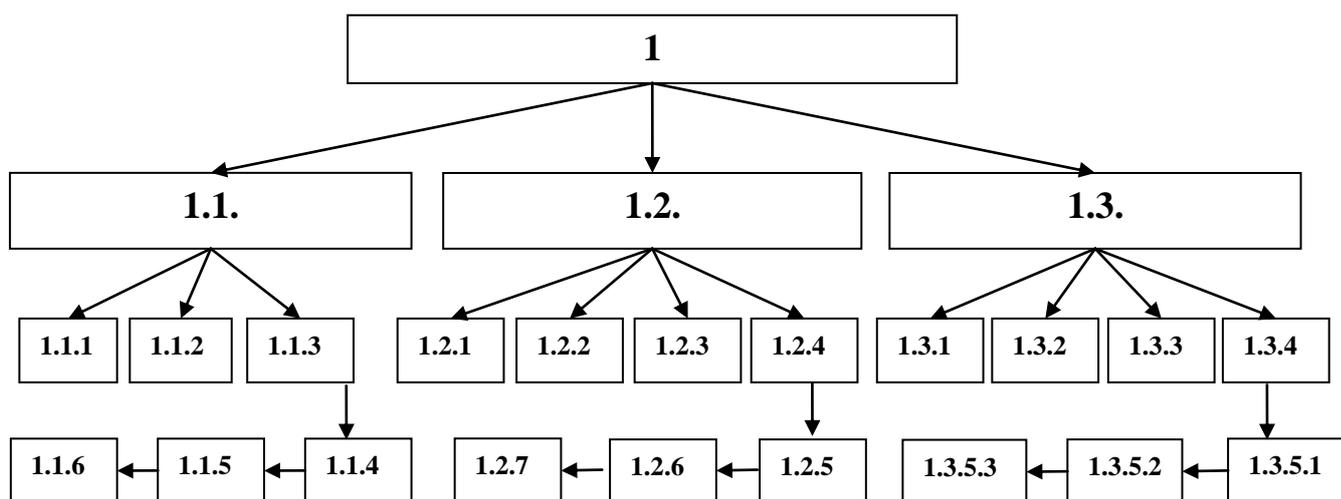


Рисунок 1. «Дерево целей» по формированию здорового образа жизни.

1. Генеральная цель – на основе результатов эпидемиологического исследования поведенческих факторов риска, анализа психолого-педагогических закономерностей их формирования определить пути увеличения образовательного потенциала детей и подростков по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

1.1. Теоретически и методологически обосновать актуальность проблемы детерминантов здорового образа жизни;

1.1.1. Определить ключевое понятие укрепление здоровья;

1.1.2. Описать компоненты системы детерминант здоровья;

1.1.3. Охарактеризовать здоровый образ жизни;

Ячейки 1.1.4., 1.1.5., 1.1.6. в «Дереве целей» отражают субцели, относящиеся к социальной среде, семейному положению, образованию и т.д. и характеризуют образ жизни.

1.2. Изучить результаты исследований поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний как психолого – педагогическую проблему (обзор литературы):

1.2.1. Нездоровое питание;

1.2.2. Низкая физическая активность;

1.2.3. Употребление алкоголя;

1.2.4. Курение

Ячейки 1.2.5., 1.2.6., 1.2.7. в «Дереве целей» отражают субцели, относящиеся к таким факторам риска как наркомания, стресс (дистресс), игромания и т.д. которые в данном исследовании нами не изучались. Они относятся к нездоровому образу жизни с явно патологическими формами нарушения поведения.

1.3. Организовать и провести опытно-экспериментальное популяционное исследование поведенческих факторов риска у детей и подростков:

1.3.1. Описать этапы, методы, методики организации популяционного исследования и характер выборочной совокупности;

1.3.2. Провести анализ результатов эпидемиологического исследования поведенческих факторов риска;

1.3.3. Определить причины низкой результативности управления поведенческими факторами риска;

1.3.4. Обосновать ключевые положения «Всеобщей образовательной системы укрепления здоровья».

1.3.5. Разработать технологическую карту внедрения по формированию здорового образа жизни.

Ячейки 1.3.5.1, 1.3.5.2., 1.3.5.3. в «Дереве целей» отражают разработку и внедрение технологической карты в дошкольных учреждениях, школьных и других образовательных учреждениях. Нами разработана технологическая карта внедрения по формированию здорового образа жизни в МБДОУ «ДС № 402 г. Челябинска».

Выпускная квалификационная работа выполнена в соответствии с представленной моделью «Дерево целей» формирования здорового образа жизни.

Глава 2. Организация и проведение популяционного исследования поведенческих факторов риска

2.1. Этапы, методы и методики исследования. Исследование выполнено в рамках педиатрического компонента региональной программы ВОЗ СИНДИ – Челябинск: всеобщая интегрированная профилактика неинфекционных заболеваний (CINDI- Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Prevention). Для организации детского компонента программы СИНДИ – дети нами в 1997г. были проведены консультации непосредственно в Европейском региональном бюро (ЕРБ) Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в отделе «Здоровые дети в здоровых семьях» (Копенгаген).

Исследования осуществлялись в период с 1996г. по 2010 г. в ряде дошкольных и школьных муниципальных образовательных учреждений г. Челябинска и Челябинской области [54]. Дизайн исследования относится к серии повторных клинико-популяционных поперечных, одномоментных исследований детей дошкольного и школьного возраста. Все исследования проводились в соответствии с положениями Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации последнего пересмотра (Эдинбург, 2002) с учетом разъясняющего примечания к параграфу 29, внесенного Генеральной ассамблеей ВМА (Вашингтон, 2002), а также к параграфу 30 (Токио, 2004).

2.2. Характеристика выборки опытно-экспериментального исследования

Проведено двухэтапное комплексное клинико-популяционное исследование 424 школьников с. Муслимово и с. Курманово Кунашакского района в 1992- 1993гг.(1-й этап) и с. Курманово в 2001 г. (2-й этап). На первом этапе обследовано 265 сельских подростков в возрасте 14-17 лет, в т.ч. 146 девочки (55%) и 119 мальчиков (45%) Отклик

составил 92%. Критерии включения в обследование: полный возраст от 14 до 17 лет, постоянное местожительство в данной местности. Критерии исключения: тяжелые соматические и психические заболевания в стадии субкомпенсации и декомпенсации у подростков с IV и V группами здоровья (пороки сердца, болезни печени, почек, онкозаболевания и др.), инвалидность с детства.

Программа обследования включала опрос по специальной схеме, составленной в соответствии с рекомендациями ВОЗ, осмотр бригадой специалистов в составе педиатра, терапевта, кардиолога, невролога, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, гинеколога и, по показаниям, другими специалистами. Лабораторные исследования включали: общий анализ крови и мочи, анализ крови на общий холестерин (ХС), триглицериды, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, креатинин, мочевины, глюкозу. Всем подросткам проведены инструментальные исследования, включая ЭКГ покоя, ультразвуковое исследование внутренних органов (УЗИ), исследование функции внешнего дыхания. По показаниям проводились эхокардиография, фиброгастроудоденоскопия, другие лабораторные и инструментальные обследования. Все обследования проведены в областном диагностическом центре Челябинской областной клинической больницы. У данной группы школьников была проведена комплексная типологическая оценка состояния здоровья на основе критериев, предложенной нами классификации (А.с. № 278 от 01.02.2012 г.), которая включает интегральную оценку качества здоровья детей с учетом сочетанной патологии и ФР НИЗ.

На втором этапе в 2001 г. для изучения динамики показателей состояния здоровья и ФР НИЗ обследовано 159 учащихся 1-11 классов школы с. Курманово (83 девочки и 76 мальчиков) выездной бригадой специалистов Центра популяционного здоровья ЧелГМА. Диагнозы заболеваний шифровались по МКБ-10.

Мониторинг состояния здоровья и факторов риска НИЗ у детей и подростков г. Челябинска по результатам профилактических осмотров (1991 по 2010годы). Профилактические осмотры детей дошкольного и школьного возраста проводились в соответствии с порядком и периодичностью, регламентированными приказом Минздрава РФ и Министерства образования РФ № 186/272 от 30.06.92 г. «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», инструкции НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи ГКСЭН РФ, утвержденной приказом Минздравмедпрома РФ № 60 от 14.03.95г., приказом Минздрава РФ № 241 от 05.07.2000 г. («Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений»), приказом Минздрава РФ № 621 от 30.12.2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

В соответствии с данными нормативными документами проведен мониторинг показателей состояния здоровья дошкольников в количестве 1027 (1994-1998 гг.) и 690 детей (2006-2010 гг.) и 997 школьников (1992-2009 гг.) г. Челябинск. Динамика ФР НИЗ изучена ежегодно у 250 дошкольников в (1994-1998 гг.) и 139 (2006-2010 гг.) и у 1225 школьников (1992-2009 гг.).

В Челябинске критерии включения: дети дошкольных и школьных образовательных учреждений в возрасте от 2-х до 7 лет и от 7 до 17 лет; группы здоровья - I, II, III по данным профилактических осмотров. Критерии исключения: аналогичны таковым при обследовании сельских школьников.

Проведено сравнение динамики распространенности поведенческих и биологических ФР у детей и взрослых в аспекте оценки формирования эпидемиологической ситуации по ФР НИЗ в популяции в целом. Обследовано 1223 учащихся различных школ г. Челябинска и Челябинской области, а также 3259 взрослых.

Поведенческие ФР выявлялись и оценивались по протоколу педиатрического компонента программы ВОЗ CINDI [120]. Использован стандартный вопросник о самочувствии и наличии жалоб в течение последних 6 месяцев и приеме медикаментов в течение последнего месяца. Оценка пищевого поведения осуществлялась по вопроснику, отражающему 24-часовое потребление пищи за предыдущие сутки. Критерием низкой физической активности (НФА) являлась физическая нагрузка вне школы продолжительностью < 2 ч в неделю. К регулярно курящим относили детей и подростков, выкуривающих одну сигарету и более в неделю, к случайно курящим - 1 сигарету и более каждые три месяца. Оценка употребления алкоголя включала отношение школьников к потреблению алкоголя, факты потребления, частоту и степень тяжести эпизодов алкогольного опьянения. Проводился опрос на отношение детей к наркотикам, а также выяснялись факты их употребления. Формы анкет с вопросами для оценки отдельных факторов риска приведены в разделе главы 3.1.

Методы статистического анализа. Полученные результаты исследований обрабатывались с использованием лицензионных пакетов прикладных статистических программ «Statisticafor Windows» и SPSS-12. Количественные и порядковые данные обработаны методами вариационной статистики и представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$), качественные данные представлены абсолютным количеством больных и их процентными долями. Параметрические и непараметрические статистические методы (χ^2 , Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова и др.). Использован многофакторный регрессионный анализ для установления связи между факторами риска НИЗ и множественной, сочетанной патологией.

Глава 3. Опытнo-экспериментальное популяционное исследование поведенческих факторов риска и закономерностей психолого-педагогического сопровождения.

3.1. Эпидемиология поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний у детей и подростков.

Надлежащее качественное управление здоровьем детей требует обязательное выявление, измерение, оценку и учет основных модифицируемых поведенческих риска неинфекционных заболеваний на индивидуальном и популяционном уровнях. Анализ медицинской документации и годовых отчетов врачей-педиатров, работающих в первичном звене здравоохранения и стационарах медицинских организаций, показывает отсутствие соответствующих данных о ФР и об их динамике у детей и подростков. Более того врачи не достаточно хорошо знают стандартизованные критерии ФР и способы их коррекции, не осуществляют регистрацию и учет в медицинской документации ФР и не проводят анализ их распространенности и эффективности контроля. Поэтому необходимо проведение специальных эпидемиологических исследований поведенческих ФР НИЗ.

3.1.1. Питание.

Грудное вскармливание. Первым физиологическим фактором, укрепляющим здоровье ребенка и матери, является **грудное вскармливание**. 1 августа 1990 г. во Флоренции (Италия) была принята «Инночентийская декларация» в отношении защиты, содействия и поддержки грудного вскармливания, которое не имеет себе равных способов обеспечения идеальным питанием грудных детей для их полноценного развития и роста.

Данная декларация предлагает 10 шагов, ведущих к успешному грудному вскармливанию. Каждое медицинское учреждение, оказывающее

услуги по ведению беременности, родовспоможению и уходу за новорожденными, должно:

1. Иметь изложенную в письменном виде политику грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медицинского персонала.

2. Обучать всех медицинских работников навыкам, необходимым для практического осуществления этой политики.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания и о том, как вести грудное вскармливание.

4. Помогать матерям начать кормление грудью в течение получаса с момента рождения ребенка.

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как поддерживать лактацию, когда им приходится разлучаться со своими детьми.

6. Не давать новорожденным никакой еды и питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

7. Практиковать круглосуточное совместное пребывание в одной палате матерей и детей.

8. Поощрять кормление грудью по требованию ребенка в течение 24 часов, включая ночное время.

9. Не давать младенцам, кормящимся грудью сосок или пустышек.

10. Поощрять создание групп грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из роддома или больницы.

В 1992 г. ВОЗ и ЮНИСЭФ выступили с инициативой развития «Больниц, доброжелательных к ребенку», в которых следуют выполнению этих принципов на постоянно действующей основе.

Грудное молоко является лучшим рациональным питанием для новорожденных и грудных детей. Сотрудниками Детского госпиталя Бостона было проведено масштабное проспективное исследование, которое выявило прямую зависимость между продолжительностью грудного вскармливания в течение первого года жизни ребенка, его речевым развитием и интеллектуальными способностями в возрасте 3-7 лет [107]. В исследовании приняли участие 1 312 женщин с детьми, состояние здоровья которых отслеживалось, начиная с последних месяцев беременности и до достижения ребенком 7-летнего возраста. В возрасте 3 лет дети прошли стандартные тесты на речевое развитие, а также моторные навыки и пространственное мышление. Когда маленьким участникам исполнилось семь лет, они выполнили две серии тестов для оценки умственных способностей, связанных и не связанных с речью, и снова прошли оценку моторных навыков и пространственного мышления. Результаты всех тестов оценивались по 100-балльной шкале с поправкой на пол и возраст, состояние здоровья детей, социально-экономическое положение их семей, уровень интеллекта матери, обстановку в семье и т.д.

Подсчеты показали, что с каждым дополнительным месяцем грудного вскармливания результаты тестов на речевое развитие в 3 года улучшались на 0,21 балла. Для 7-летних детей каждый дополнительный месяц грудного вскармливания приносил дополнительные 0,35 балла в тесте на умственные способности, связанные с речью, и 0,29 балла в тесте на умственные способности, не связанные с речью. При этом продолжительность грудного вскармливания не влияла на развитие моторных навыков. Полученные результаты подтверждают обоснованность национальных и международных рекомендаций, в соответствии с которыми ребенок должен находиться на эксклюзивном грудном вскармливании первые 6 месяцев жизни, а затем продолжать получать материнское молоко как минимум еще в течение 6 месяцев. Веские доказательства связи между получением материнского молока и

умственными способностями ребенка должны стать веским аргументом в пользу грудного вскармливания для многих женщин, подчеркивают авторы [107]. Из изложенного становится понятным, что продолжительность грудного вскармливания является важным индикатором качества работы не только врачей педиатров, но и всех лиц, включая родителей и других членов семьи, заинтересованных в укреплении здоровья детей, начиная с периода беременности и в течение первого года жизни. В 90-е годы прошлого столетия распространенность грудного вскармливания была изучена нами в детской поликлинике в одном из городов Челябинской области, а также при опросе матерей, дети которых посещали детские г. Челябинска. Критерии кормления грудью продолжительностью до 6 месяцев без прикорма, соответствовали изложенным выше.

Доля детей, находящихся на грудном вскармливании до первых 6 месяцев жизни, не имела тенденции к увеличению за пятилетний период с 1994 по 1998 гг.: в 1994 - 35,8%, 1995 – 29,4%, 1996 – 35,4%, 1997 -32,3%, 1998 -33,4%. В эти годы показатели в Челябинске колебались в пределах 29% – 30%. Во втором пятилетии нового столетия (2006 – 2010 гг.) в Челябинске наметилась тенденция к увеличению распространенности грудного вскармливания, которое составило 42% и более. Однако достигнуть 50% целевого показателя пока не удалось.

Следует также отметить, что в этих наблюдениях многие матери не могли отказаться от использования сосок и пустышек, а также иногда добавления питья или травяных отваров, в случаях беспокойства детей. Поэтому по более строгим критериям исключительного грудного вскармливания доля детей с грудным вскармливанием до 6 месяцев уменьшается. Необходимо оценивать помесечный профиль доли детей, находящихся на грудном вскармливании в соответствии с принципами «Инночентийской декларации», достигших возраста 1 года жизни.

Оценка питания детей дошкольного возраста. Как питаются дети в возрасте от 2 до 7 лет, соответствует ли их питание принципам и рекомендациям ВОЗ по здоровому питанию. Эти ключевые вопросы изучались нами при выполнении программы СИНДИ и программы «Здоровые дети в здоровых семьях» [120].

Существуют различные методы оценки потребления пищи: 3-дневная регистрация употребляемых продуктов, специальные вопросники. Для оценки питания детей в дошкольном возрасте наиболее точную информацию можно получить от родителей, опекунов, воспитателей, работников пищеблоков.

Ведущим фактором укрепления здоровья является обеспечение здорового питания детей в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях (МДОУ). Оценку питания в МДОУ следует проводить по меню-раскладкам и технологическим картам. По результатам исследования, проведенного нами в 2-х детских садах Ленинского района г. Челябинска установлено, что в детских садах улучшилось питание детей, о чем свидетельствуют меню раскладки и технологические карты приготовления блюд за период с 1994-1998 гг. по 2006 -2010гг. Фактическая выдача зерновых, свежих овощей, фруктов и соков, мяса, яиц, молока, творога, сыра, сметаны, масла сливочного, растительного, которое в период 1994 – 1998 гг., колебалось от 5% до 84% по разным наименованиям, достигло в 2006 -2010 гг. 95% - 100%. Так обеспечение свежими овощами и фруктами в первом периоде составляло 5% -32% от нормы, а во втором - 100%.

Родители детей дошкольного возраста и персонал дошкольных образовательных учреждений должны быть ознакомлены с принципами здорового питания ВОЗ [85] (Табл.1.)

Таблица 1.

ДВЕНАДЦАТЬ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ПИТАНИ (ВОЗ (2000)).

1. Употребляйте разнообразные пищевые продукты, большинство которых - продукты растительного, а не животного происхождения.
2. Хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день
3. Ешьте несколько раз в день разнообразные овощи и фрукты, лучше свежие и выращенные в местности проживания (не менее 400 г в день)
4. Чтобы поддерживать массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела 20-25), необходима ежедневная умеренная физическая нагрузка.
5. Контролируйте поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности) заменяйте животный жир на жир растительных масел.
6. Заменяйте жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу или постное мясо.
7. Употребляйте молоко с низким содержанием жира и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт и сыр) с низким содержанием жира и соли.
8. Выбирайте продукты с низким содержанием сахара и употребляйте сахар умеренно, ограничивая количество сладостей и сладких напитков.
9. Ешьте меньше соли. Общее количество соли в пище, включая соль, содержащуюся в хлебе, обработанной, приготовленной и консервированной пище, не должно превышать одну чайную ложку - 6 г в день. Следует употреблять йодированную соль.
10. Если Вы употребляете спиртные напитки, то общее содержание чистого спирта в них не должно превышать 20 г в день.
11. Приготовление пищи должно обеспечивать ее безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение поможет уменьшить используемое в процессе приготовления количество жира, масла, соли и сахара.
12. Способствуйте вскармливанию новорожденных только грудью в течение первых 6 месяцев.

Профилактическая работа по обеспечению здоровым питанием детей дошкольных образовательных организаций возлагается на руководство детским садом, воспитателей, а также на врача-педиатра и медицинскую сестру, которые обслуживают данную организацию. Дети дошкольного возраста питаются и дома. Поэтому интегральная оценка качества питания только на получении информации на основании опросов о пищевом поведении является недостаточной.

Необходимо измерение показателей пищевого статуса по динамике индекса массы тела, наличие признаков феномена жирового рикошета (ФЖР), связанных со статусом питания и движения таких биологических факторов как артериальное давление, показатели липидного обмена, сахара крови. Проведенные нами исследования в этом направлении выявили существенные негативную динамику изменений питательного статуса детей дошкольного возраста в течение последнего десятилетия 20-го века и в первом десятилетии 21-го века, заключающиеся в развитии ФЖР и увеличении частоты предожирения и ожирения, а также связанных с патологией пищевого статуса артериальной гипертензии и дислипидемий. Следовательно, изучение пищевого поведения должно предусматривать и оценку пищевого статуса и других биологических факторов.

Изучение и оценка пищевого поведения школьников.

Предложено большое число различных вопросников и способов оценки привычек питания у детей школьного возраста. Характер питания у школьников, родителей, молодежи и взрослых, имеющих отношение к формированию пищевого поведения у детей и подростков, можно изучать с помощью экспресс-метода оценки 24-часового наблюдения за питанием. Методы экспресс оценки потребления пищи пригоден как при работе с отдельными индивидуумами, так и с большими группами учащихся. Каждому обследуемому предлагается познакомиться с перечнем размеров порций рациона питания (табл. 2.) и ответить на 10 вопросов анкеты, которая отражает потребление пищи накануне опроса в течение дня и ночи, т.е. в течение последних 24-х часов с момента пробуждения (табл. 3.). Анкетирование может быть дополнено регистрацией на отдельном листе информацией о времени, количестве, качестве и месте приема пищевых продуктов. Такой комплексный подход к оценке питания является наиболее простым, точным и доступным, позволяет контролировать точность ответов на вопросы анкеты. Персонифицированное или анонимное анкетирование с указанием номера

вопроса и ответа на него «да»/ «нет», можно проводить в больших аудиториях. Для анкетирования необходимо респонденту предоставить информацию о размере порций на любом носителе.

Таблица 2.

РАЗМЕРЫ ОДНОЙ ПОРЦИИ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ

Зерновые продукты (хлеб, злаковые) и картофель (6-11 порций)

- 1 большой кусок хлеба (около 30-40 г)
- 1/2 небольшой круглой булки
- 1 баранка
- 3 сушки или небольших крекеров
- 3 столовые ложки сухого завтрака
- 2 столовых ложки мюсли
- 2 полных столовых ложки вареного риса
- 3 полных столовых ложки вареных макарон, лапши, спагетти
- 2 небольшие картофелины

Овощи, фрукты и ягоды (5-9 порций)

- 160 мл фруктового или овощного сока
- 1/2 чашки (около 100 г) вареных или свежих овощей
- 1 чашка зеленых листовых овощей (шпинат, салат, капуста и т.п.)
- 1 средний помидор
- 1 средний фрукт (апельсин, яблоко, банан и т.п.)
- 1/2 чашки (около 100 г) свежих ягод; свежемороженых, консервированных или вареных фруктов

Молоко и молочные продукты (2-3 порции)

- 1 стакан (220 мл) молока (цельного или обезжиренного)
- 1 стакан (около 220 мл) йогурта/кефира
- 45 г твердого сыра (размер спичечного коробка)
- 1 чашка (около 150 г) домашнего сыра

Мясо, рыба, яйца, бобы и орехи (2-3 порции)

- 70-80 г. готового мяса или рыбы
- 2 яйца
- 1-1,5 чашки (около 150-200 г) вареных бобов
- 2/3 - 1 чашки (около 100-150 г) орехов

Жиры и сладости

- 1 чайная ложка масла, маргарина или смальца
- 1 чайная ложка постного масла
- 1 столовая ложка майонеза

- 3 чайных ложки сахара
- 1 полная чайная ложка меда или джема
- 1 батончик (около 60 г) шоколада
- 1/2 куска торта
-

В соответствии с количеством порций, потребляемых пищевых продуктов, проводится оценка пищевого рациона в баллах: «отлично» (10 баллов), «хорошо» (8-9), «удовлетворительно» (4-7) и «неудовлетворительно» - группа риска (3 и менее) (Табл. 3.)

Таблица 3

АНКЕТА ДЛЯ ПОДСЧЕТА БАЛЛОВ И ОЦЕНКИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА

Испытуемому предлагается ответить на 10 следующих вопросов о приеме пищи накануне опроса в течение дня, т.е. с момента пробуждения до сна. Если Вы принимали пищу ночью, то включите эту информацию в общую оценку.

На каждый вопрос «Ели ли Вы?» ответьте «да» или «нет»:

1. Хотя бы 5 порций из группы овощей и фруктов? (400 г) «нет»
«да»
2. Хотя бы 5 порций из группы хлеба злаковых? (350г) «нет»
«да»
3. 2-3 порции из группы молока и молокопродуктов? «нет»
«да»
4. 2 порции из группы мяса и заменителей? «нет» «да»
5. Не более 2-3 порций из группы жиров и сладостей? «нет»
«да»
6. Разнообразные продукты питания из каждой пищевой группы? «нет»
«да»
7. Хотя бы 2 порции СВЕЖИХ овощей? «нет»
«да»
8. Хотя бы 1 порцию СВЕЖИХ фруктов? «нет»
«да»
9. В основном питательные перекусывания? «нет»
«да»

10. В основном нежирную пищу? «нет»
«да»

Считайте 1 балл за каждый ответ «Да». Определите общий балл путем сложения ответов «да», по 1 баллу за каждый ответ.

ОТЛИЧНО 10 баллов:

Поздравляем! Отличный результат указывает на то, что Вы питаетесь рационально.

ХОРОШО 8-9 баллов: У Вас правильное представление о здоровом питании. Немного изменений, и Вы перейдете в разряд «отлично».

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО 4-7: Есть области, в которых Ваш выбор питания может быть улучшен. Еще раз внимательно посмотрите на Таблицу, чтобы понять, в каких категориях необходимы изменения.

РИСКОВАННО 3 и менее: Вы сильно рискуете при подобном пищевом рационе. Начните изменять свои привычки питания уже сегодня. Не надо стараться изменить все сразу. Шаг за шагом: одно изменение за другим. Посмотрите на принципы здорового питания ВОЗ и решите, с каких изменений Вы начнете формировать привычки здорового питания у себя.

По данным экспресс-метода оценки питания школьников нами установлены различия их пищевого поведения в зависимости от микрорайона проживания и статуса школы. Обследование было проведено в 1997 - 2000 гг. среди школьников 5 - 11 классов.

В таблицах 4 и 5. представлены характеристики и оценки питания школьников, обучающихся в средних школах различных микрорайонов. Две школы расположены в условно названном «А» микрорайоне со старой застройкой жилых зданий, включая частные дома. Уровень организации образовательного процесса был удовлетворительный. В этих школах было более низкое материально-техническое обеспечение школьных столовых, спортивных залов и площадок, а также прилегающей к школе территории, по сравнению со школами двух других микрорайонов.

Одна школа отнесена к спальному, благоустроенному микрорайону «В» с современной застройкой. Школа отличалась высоким уровнем образовательного процесса. При этом специального отбора детей в школу не проводилось. Соблюдался принцип пешеходной доступности школы.

В «С» микрорайоне обследованы школьники образовательного учреждения, в котором была создана модель «Школа-лицей» естественно-математического направления. Главной целью образовательного процесса являлось формирование творческой индивидуальности личности школьника в условиях новой образовательной среды. В эту школу отбирались дети с хорошей успеваемостью по предметам профиля лицея.

Выявлены существенные различия в характере питания учащихся школ трех микрорайонов (табл. 4). От «А» микрорайона к микрорайону «С» увеличивается число учащихся, употребляющих разнообразные продукты питания, а также не менее 5 порций из овощей и фруктов, 2 порций свежих овощей и 2 порций свежих фруктов.

Таблица 4.

Характеристика питания учащихся школ различных микрорайонов
Челябинска

Характеристики питания	Микрорайон «А» (n = 426)		Микрорайон «В» (n = 442)		Микрорайон «С» (n = 355)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Употребление:						
не менее 5 порций из овощей и фруктов (400 гр)	43	10,1	152	34,4	213	60,0
Не менее 5 порций хлеба и злаковых	349	81,9	336	76,0	244	68,7
2-3 порции из молока и молочных продуктов	146	34,3	348	56,1	208	58,6
2 порции мяса и	324	76,1	362	81,9	299	84,2

мясозаменителей						
Не более 2-3 порций жиров и сладостей	106	24,9	217	49,1	263	74,1
Разнообразие продуктов питания	196	46,0	256	57,9	273	76,9
Хотя бы 2 порции свежих овощей	49	11,5	74	16,7	143	40,3
Хотя бы 2 порции свежих фруктов	138	32,4	227	51,4	282	79,4
В основном питательные перекусывания	119	27,9	116	26,2	199	56,1
В основном не жирная пища	117	27,5	168	38,0	242	68,2

В целом питание детей, проживающих в микрорайоне «С», в большей степени соответствует принципам «Здорового питания». Эти данные свидетельствуют о наличии различий в отношении здорового питания школьников, обучающихся в школах разных микрорайонов и о влиянии особенностей социальной среды на формирование пищевого поведения.

Различия в характере питания учащихся подтверждаются и балльной оценкой (табл. 5).

Таблица 5

Динамика балльной оценки качества питания учащихся школ Челябинска

Баллы	Микрорайон «А» (n = 426)		Микрорайон «В» (n = 442)		Микрорайон «С» (n = 355)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
10	0	0	4	0,9	11	3,0
9	6	1,4	10	2,3	26	7,2

8	7	1,6	22	5,0	50	14,2
8+9	13	3,0	32	7,2	76	21,4
7	61	14,3	86	19,5	68	19,1
6	75	17,6	100	22,6	88	24,9
5	85	20,0	107	24,2	57	16,1
4	130	30,6	81	18,3	42	11,8
4+5+6+7	351	82,5	374	84,6	255	71,9
3	33	7,7	18	4,0	13	3,7
2	23	5,4	10	2,3	0	0
1	6	1,4	4	0,9	0	0
3+2+1	62	14,5	32	7,2	13	3,7
6-10	149	35,0	222	50,2	244	68,6
5-1	277	65,0	220	49,8	111	31,4

В микрорайоне «С» статистически значимо преобладает число оценок с 6 баллами и выше (68,6%) по сравнению с «В» (50,2%) и «А» (35,0%) микрорайонами ($p < 0,05$). Выявлен существенный рост числа лиц, питание которых оценивается на «хорошо» (8 - 9 баллов) и «отлично» (10 баллов). В «А» микрорайоне было самое высокое число лиц, относящихся к группе высокого риска с числом баллов 3 и менее (14,5%) по сравнению с «В» и «С» микрорайонами (7,2% и 3,7% соответственно).

Полученные данные свидетельствуют о том, что в областном центре неравенство и несправедливость в отношении здоровья детей и подростков, проявились в конце 90-х годов прошлого столетия в различиях такой важной детерминанты как здоровое питание. Данный экспресс-метод оценки питания прост, доступен и экономически выгоден для получения сравнительных результатов. Он позволяет получать как персонафицированные, так и анонимные сведения в отношении пищевого поведения школьников.

Получение каждым школьником и/ или их родителями, а также учителями и воспитателями пакета информационных материалов о принципе здорового питания, пяти группах пищевых продуктов, размерах пищевых порций, анкеты об экспресс-оценке характера питания по баллам является важным профилактическим мероприятием. Все опрошенные в последующем могут осуществлять самомониторинг, проводить оценку у родственников, друзей и знакомых и становиться партнерами и лидерами в распространении программы здорового питания.

3.1.2. Физическая активность.

Оценка физической активности. Физическое развитие в раннем детском возрасте оценивается по антропометрическим показателям, двигательным функциям и точным движениям [98]. Характеристики данных показателей развития ребенка должны оцениваться в течение 1 года жизни ежемесячно, с 2 до 3 лет - ежеквартально, в дошкольном возрасте - 2 раза в год и в школе – не менее одного раза в год. Уровень физической активности следует определять в дошкольном возрасте по длительности подвижных игр, занятиям физическими упражнениями, езде на велосипеде, плаванию, ходьбе на лыжах, катанию на коньках и т.д. во время посещения детского сада и особенно вне. Четких критериев для определения гипокинезии или низкой физической активности детей дошкольного возраста нет. Детей можно разделить на физически активных и физически пассивных в зависимости от занятий перечисленными выше видами физической активности в течение 4-х часов в неделю, включая посещения детского сада.

В школьном возрасте оценка физической активности проводится по данным вопросника о занятиях спортом, танцами, другими видами физических упражнений или нагрузок в школе и во внеучебное время в соответствии с педиатрическим компонентом программы ВОЗ СИНДИ «Здоровые дети в здоровых семьях» [120]. Определяется частота и

продолжительность физических тренировок в неделю, и их интенсивность по учащенному дыханию и потливости.

Вопросник включает три вопроса с выборочными ответами: 1. «Занимаетесь ли Вы в спортивной секции, спортивной школе или танцевальном кружке?»; 2. «Как часто в свободное от занятий в школе время Вы занимаетесь физической активностью, которая вызывает учащение дыхания или потливость?»; 3. «Сколько часов в неделю в свободное от занятий в школе время Вы обычно занимаетесь физической активностью, которая вызывает учащение дыхания или потливость?» (табл. 6). Низкая физическая активность (НФА) определяется при физических тренировках вне школы продолжительностью менее 2 –х часов в неделю. К физически активным школьникам следует относить тех, кто занимается физическими тренировками достаточной интенсивности не менее 4-х часов в неделю (2 часа в школе и 2 часа вне школы).

Таблица 6

Оценка физической активности

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

1. Занимаетесь ли Вы в танцевальном кружке?

1 - да 2 - нет

2. Занимаетесь ли Вы спортом в спортивной секции, спортивной школе?

1 - да 2 - нет

3. Вне школьных занятий (после уроков) как часто Вы занимаетесь физкультурой, физическими упражнениями, которые вызывают частое дыхание и потение?

1. каждый день

2. 4-6 раз в неделю

3. 2-3 раза в неделю

4. 1 раз в неделю

6. меньше чем раз в месяц

7. никогда

8. я не могу заниматься физкультурой из-за болезни или инвалидности

5. 1 раз в месяц

4. Вне школьных занятий (после уроков) сколько часов в неделю Вы обычно занимаетесь физкультурой и физическими упражнениями, которые вызывают частое дыхание (одышку) и потение?

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. не занимаюсь | 4. 2-3 часа |
| 2. около 1/2 часа (30 минут) | 5. 4-6 часов |
| 3. 1 час | 6. 7 часов и более |

Данный вопросник прост и понятен школьникам. Его можно заполнить также в домашних условиях. Он пригоден как для анонимного, так и персонифицированного использования.

Низкая физическая активность. Для выявления лиц с низкой физической активностью (НФА) нами проведен ряд исследований у школьников и взрослых. В таблицах 7 и 8 представлена характеристика двигательной активности школьников с 1 по 11 классы с разбивкой на три группы: 1-4 классы, 5-7 классы, 8-11 классы, обследованных в 2001 году.

Таблица 7

Характеристика физической активности у мальчиков (2001г.)

Номер вопроса	Характеристика физической активности	1-4 классы n=52		5-7 классы n=54		8-11 классы n=46	
		а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%
1	Спортивная секция	2	3,8	32	59,3	30	65,2
1	Танцевальный кружок	4	7,7	10	18,5	2	4,3
2	Ежедневно	0	0	4	7,4	14	30,4

2	4-6 раз в неделю	0	0	6	11,1	6	13,0
2	2-3 раза в неделю	10	19,2	24	44,4	26	56,5
2	1 раз и реже в неделю или никогда	42	80,8	20	37,0	0	0
3	4 часа и больше в неделю	0	0	2	3,7	12	26,1
3	2-3 часа в неделю	6	11,5	12	22,2	10	21,7
3	1 час в неделю	8	15,4	14	25,9	8	17,4
3	30 мин в неделю	6	11,5	14	25,9	6	13,0
3	не занимаюсь интенсивно	32	61,5	12	22,2	10	21,7
Всего	Физически активных	6	11,5	14	25,9	22	47,8
Всего	Физически Неактивных	46	88,5	40	74,1	24	52,2

Таблица 8

Характеристика физической активности у девочек (2001г.)

Номер вопроса	Характеристика физической активности	1-4 классы n=64		5-7 классы n=74		8-11 классы n=60	
		а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%
1	Спортивная секция	0	0	12	16,2	20	33,3
1	Танцевальный кружок	12	18,8	8	10,8	6	10,0
2	Ежедневно	12	22,2	4	5,4	6	10,0
2	4-6 раз в неделю	0	0	6	8,1	2	3,3
2	2-3 раза в неделю	4	6,2	26	35,1	28	46,7

2	1 раз и реже в неделю или никогда	48	75,0	38	51,4	24	40,0
3	4 часа и больше в неделю	0	0	0	0	12	20,0
3	2-3 часа в неделю	12	22,2	20	27,0	6	10,0
3	1 час в неделю	8	12,5	10	13,5	10	16,7
3	30 мин в неделю	8	12,5	10	13,5	18	30,0
3	не занимаюсь интенсивно	36	56,2	34	45,9	14	23,3
Всего	Физически активных	24	37,5	28	37,8	24	40,0
Всего	Физически Неактивных	40	62,5	46	62,2	36	60,0

Нами изучена динамика показателей уровня физической активности у школьников по данным анкетирования в 2010 году (табл. 9). В целом из общего числа опрошенных мальчиков ($n = 152$) физически активными в 2001 году было 42 (27,6%), в 2010 году из 171 опрошенного - 73 (42,7%) вели активный образ жизни. Эти данные свидетельствуют о статистически значимом росте физической активности у мальчиков ($p < 0,05$). Из 198 опрошенных девочек физически активными в 2001 году было 76 (38,4%). В 2010 году из 185 опрошенных - 94 (50,8%) вели активный образ жизни.

Эти данные свидетельствуют о росте в 2010 году числа физически активных лиц в популяции мальчиков и девочек. Доля физически активных девочек в 2001 и 2010 гг. была выше по сравнению с мальчиками. Гендерные различия в 2001 году были статистически значимыми ($p < 0,05$). В период с 2001 по 2010 гг. у мальчиков произошло увеличение числа физически активных лиц в 1-4 классах на 19,5%, в 5-7 классах на 14,4%, в 8 – 11 классах на 9,6%; среди девочек – на 7,7%, 14,9% и 15,4% соответственно.

Характеристика физической активности у мальчиков и девочек (2010г.)

Пол	Характеристика физической активности	1-4 классы		5-7 классы		8-11 классы М - n=54 Д - n=56	
		М - n=58 Д - n=62	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.
Мальчики	Физически активные	18	31,0	24	40,7	31	57,4
	Физически Неактивные	40	69,0	35	59,3	23	42,6
Девочки	Физически активные	28	45,2	35	52,2	31	55,4
	Физически Неактивные	34	54,8	32	47,8	25	44,6

Рост физической активности среди учащихся обоего пола произошел за счет увеличения частоты, продолжительности и интенсивности занятий. Этому способствовало увеличение числа спортивных площадок, секций, спортивных школ, плавательных бассейнов, а также занятий в танцевальных кружках. Несмотря на позитивные сдвиги, доля лиц с низкой физической активностью остается высокой. Учащиеся школ относятся к группе высокого риска по уровню НФА. Поэтому очень важно выяснить роль взрослых, в частности родителей в повышении уровня физической активности личным примером.

Представители Центра по контролю за заболеваниями (Атланта, США) и ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ посетили МДОУ №421 с целью вовлечения в рамках программы СИНДИ-Челябинск родителей и сотрудников детского сада в кампанию по увеличению

двигательной активности «Двигайся и победишь!» (1996 г.). Требованиями для участия были проживание в Челябинске, возраст 18 лет и более, недостаточный уровень двигательной активности. Оценка исходного уровня ФА определялась самим участником при регистрации. Анкеты заполнили 377 человек, в т.ч. родители детей, посещающих МДОУ № 421 (n=140) и другие площадки СИНДИ (n= 237).

Приняли участие 200 человек. В соответствии с требованиями они ходили не менее 30 минут 6 раз в неделю в течение хотя бы 1 месяца, и вели ежедневный дневник с указанием длительности ФА в минутах и частоты пульса за 15 сек. По уровню ФА участники делились на 4 группы: 1) в настоящее время не занимались регулярно упражнениями и ходьбой (оценивалась нами как гипокинезия); 2) пытались начать заниматься упражнениями и/или ходьбой, или начали заниматься в течение последнего месяца только по выходным дням (низкая ФА); 3) выполняли высокую или среднюю ФА меньше 3-х раз в неделю (или среднюю ФА, меньше чем 2 часа в неделю); 4) выполняли высокую или среднюю ФА 3 и более раз в неделю (или более 2 часа в неделю) в течение последних 1- 12 месяцев и более. Высокая ФА включает такие активности как бег трусцой, бег, быстрая езда на велосипеде, аэробика, плавание, теннис, бадминтон. Любая ФА также относится к высокой, если она заставляет работать так, как бег трусцой и длится не менее 20 минут. Такой тип ФА обычно учащает пульс, вызывает потоотделение и прерывистое, учащенное дыхание (не учитывается подъем тяжести). Средняя ФА включает среднюю ходьбу, работу в саду, медленную ездy на велосипеде, танцы, тяжелую работы по дому. К средней относится также любая другая ФА, которая по тяжести соответствует быстрой ходьбе и длится не менее 30 минут.

В таблицах 11 и 12 представлены данные об уровне ФА лиц, изъявивших желание принять участие в кампании «Двигайся и

победишь!»). Распространение анкет носило случайный характер, поэтому по результатам ответов можно судить об уровне ФА в популяции. Среди мужчин 54,3% вели малоподвижный (гипокинезия) и физически неактивный образ жизни. Среди мужчин молодого возраста (18-24 года) и других возрастных группах также 50% и более относились к данной категории лиц.

Таблица 11

Характеристика уровней физической активности в мужской популяции

№	Уровень ФА	18-24 лет		25-34 лет		35-44 лет		≥45 лет		Всего	
		а.ч	%	а.ч	%	а.ч	%	а.ч	%	А.ч	%
1	Гипокинезия	6	21,4	8	21,1	10	23,8	16	50,0	40	28,6
2	Низкая	8	28,6	12	31,6	12	28,6	4	12,5	36	25,7
3	Средняя	4	14,3	14	36,8	12	28,6	4	12,5	34	24,3
4	Высокая	10	35,7	4	10,5	8	19,0	8	25,0	30	21,4
Всего		28	100	38	100	42	100	32	100	140	100

Таблица 12

Характеристика уровней физической активности в женской популяции

№	Уровень ФА	18-24 лет		25-34 лет		35-44 лет		≥45 лет		Всего	
		а.ч	%	а.ч	%	а.ч	%	а.ч	%	А.ч	%
1	Гипокинезия	17	39,5	25	35,7	24	38,7	28	45,2	94	39,7
2	Низкая	15	34,9	24	34,3	15	24,2	12	19,4	66	27,8
3	Средняя	4	9,3	11	15,7	9	14,5	4	6,4	28	11,8
4	Высокая	7	16,3	10	14,3	14	22,6	18	29,0	49	20,7
Всего		43	100	70	100	62	100	62	100	237	100

Среди женщин число лиц, ведущих малоподвижный (гипокинезия) и физически неактивный образ жизни еще выше - 67,5%. Особенно высока доля лиц с гипокинезией и низкой ФА в возрасте 18- 24 лет и (74,4%) и 25- 34 года (70,0%).

В 2004 году нами проведена оценка уровня ФА в однородной в профессиональном отношении группе служащих, работающих в ТФОМС Челябинской области, относящихся к сидячей работе продолжительностью 5 и более часов. Сведения об уровне ФА вне работы получены путем анкетирования в соответствии с вопросником ВОЗ и с учетом вышеприведенных критериев Центра по контролю заболеваний в Атланте, США. Обследовано 43 человека трудоспособного возраста, в том числе 38 женщин и 5 мужчин. В свободное от работы время учитывали длительность ходьбы на работу и с работы, а также занятия физическими упражнениями, которые были продолжительностью не менее 30 минут и сопровождались легкой одышкой, потливостью и учащением пульса.

У 93% респондентов работа была только сидячей продолжительностью более 5 часов. У 4,7% респондентов во время работы была легкая ходьба в помещении или по этажам общей продолжительностью менее 30 минут, 2,3% служащих во время работы тратили на легкую ходьбу более 30 минут. Таким образом, почти все служащие во время работы могли быть отнесены к физически неактивным, так как даже у тех, кто ходил более 30 минут, темп ходьбы был ниже оптимального. В свободное от работы время на ходьбу обычным шагом продолжительностью менее 30 минут в день тратили 44,1 % респондентов, 37,3% тратили на ходьбу 30-60 минут в день и у 18,6% - продолжительность ходьбы была более 1 часа.

Физическими упражнениями продолжительностью более 30 минут с появлением легкой одышки и потливости занимались 7% опрошенных.

Физическими упражнениями, отвечающими одному или двум критериям, занималось 11,6% служащих. Из числа опрошенных 81,4% респондентов не занимались физкультурой вне рабочего времени. Таким образом, у лиц с сидячей работой в 2004 году по сравнению с обследованными в 1996 году ситуация с уровнем ФА ухудшилась. Результаты исследований показали, что 81,4% служащих с сидячей работой относятся к группе высокого риска НИЗ, и не способствуют повышению ФА своих детей.

На основании проведенного исследования мы пришли к заключению, что низкая физическая активность является серьезной проблемой общественного здоровья для детей, подростков и взрослых. Призывы к ее решению все еще носят декларативный характер. Только создание доступной среды для увеличения физической активности детей дошкольного и школьного возраста, лиц молодого возраста, прежде всего в образовательных организациях, позволит изменить ситуацию с гипокинезией.

Питание и физическая активность являются естественными жизненно необходимыми факторами существования человека. Они становятся факторами риска лишь в условиях недостаточности или избыточности, которые неадекватны потребностям или возможностям организма. При адекватных уровнях воздействия на организм ребенка и подростка, а также взрослого, питание и физическая активность укрепляют здоровье и предупреждают НИЗ. В этом их принципиальная особенность и качественное отличие от других поведенческих факторов риска, таких как алкоголь, наркотики, курение и другие поведенческие факторы (насилие, игромания, компьютерная зависимость, дистрессы и др.).

3.1.3. Выявление и оценка потребления алкоголя у детей и подростков

В соответствии с современной стратегией профилактики инфекционных заболеваний при обращении детей и подростков за медицинской помощью, проведении профилактических осмотров и

осуществлении диспансеризации необходимо определить у них наличие или отсутствие потребления алкоголя, наркотиков и курения. Это непростая задача. При этом большое значение имеет оценка факторов среды обитания (социально-психологические, социально-экономические и физико-химические), а также сведения о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях у испытуемого в предшествующий период жизни, данные о семейном анамнезе, состоянии здоровья родителей и близких родственников.

Дети могут быть подвержены воздействию алкоголя, активного или пассивного курения, наркотиков или других одурманивающих веществ. Информацию об отношении детей к воздействию на них токсических веществ можно получить путем анонимного анкетирования или при определении данных веществ в биологических жидкостях (слюна, моча). Приводим анонимную, модифицированную анкету для выявления и оценки ситуации с потреблением алкоголя, наркотиков, активного и пассивного и курения, составленную в соответствии с программой ВОЗ СИНДИ «Здоровые дети в здоровых семьях» (табл. 13)

8. Сколько лет тебе было, когда ты их попробовал?

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. меньше 7 лет | 4. 13-14 лет |
| 2. 7-10 лет | 5. 15-16 лет |
| 3. 11-12 лет | 6. 17-18 лет |

9. Ты когда-нибудь курил сигареты или папиросы?

(Даже если это была одна или две затяжки) 1 - Да 2 -
Нет

10. Как часто ты куришь в настоящее время?

1. каждый день
2. несколько раз в неделю
3. один раз в неделю
4. несколько раз в месяц
5. один или два раза в течение последних 3-х месяцев
6. я не курю.

11. Сколько сигарет ты обычно выкуриваешь за неделю?

Напиши число _____ штук.

Оценка употребления алкоголя включает также определение отношения подростков к потреблению алкоголя школьниками, а также сам факт потребления путем анонимного анкетирования. Анкета содержит три вопроса: Выразите Ваше отношение к потреблению алкоголя, выбрав один из трех представленных ответов: А – В этом нет ничего плохого; Б – Если это не создает проблем, то большой беды нет; В – Принятие алкогольных напитков неприемлемо.

Задается вопрос: «Вы когда-нибудь пробовали алкогольные напитки?» У лиц с положительным ответом выясняется частота и степень тяжести эпизодов алкогольного опьянения. Также проводится опрос на отношение детей к наркотикам, а также выясняются факты употребления наркотиков.

С помощью вопросников получают также сведения об использовании ремней безопасности и других факторах риска, таких как насилие.

Проведение любых опросов, обследований, анализов проводится анонимно, с письменного согласия родителей, осознавших необходимость и полезность для здоровья выполнение таких диагностических процедур. Информация является конфиденциальной.

Результаты анкетирования об употреблении алкоголя. Дети и подростки живут в окружении взрослых, где потребление алкоголя является частью их жизни. Потребление алкогольных напитков и их последствия у детей зависят от физиологических, психологических, поведенческих, социальных и политических взаимосвязей. Школьники и подростки относятся к группе высокого риска в отношении вредных для их здоровья последствий и возникновения алкогольной зависимости.

В одной из школ г. Челябинска в 1999 г. было проведено анонимное анкетирование 208 школьников 8 - 11 классов, в т.ч. 8-9 классов – 108 (51 мальчик и 57 девочек) и 10-11 классов – 100 (56 и 44 соответственно). Число мальчиков 8-9 классов, пробовавших алкоголь, составило 59,0%, в 10-11 классах – 63,0%; среди девочек – 45,0% и 61,0% соответственно. Исследование показало, что у мальчиков и девочек в старших 10-11 классах по сравнению со школьниками 8-9 классов меняется отношение к потреблению алкоголя. Увеличивается число учащихся в 10-11 классах, считающих, что в потреблении алкоголя нет ничего плохого, или в этом большой беды нет. Снижается число мальчиков с 84,0% до 36,0% и девочек с 60,0% до 50,0%, полагающих, что принятие алкогольных напитков неприемлемо (рис. 2. А, Б, В).

Наибольшую тревогу вызывает не столько сам факт высокой распространенности пробного потребления алкоголя подростками, а

быстрый рост снисходительного отношения к его приему. Это явилось плохим прогностическим признаком, что подтвердилось результатами динамических наблюдений.

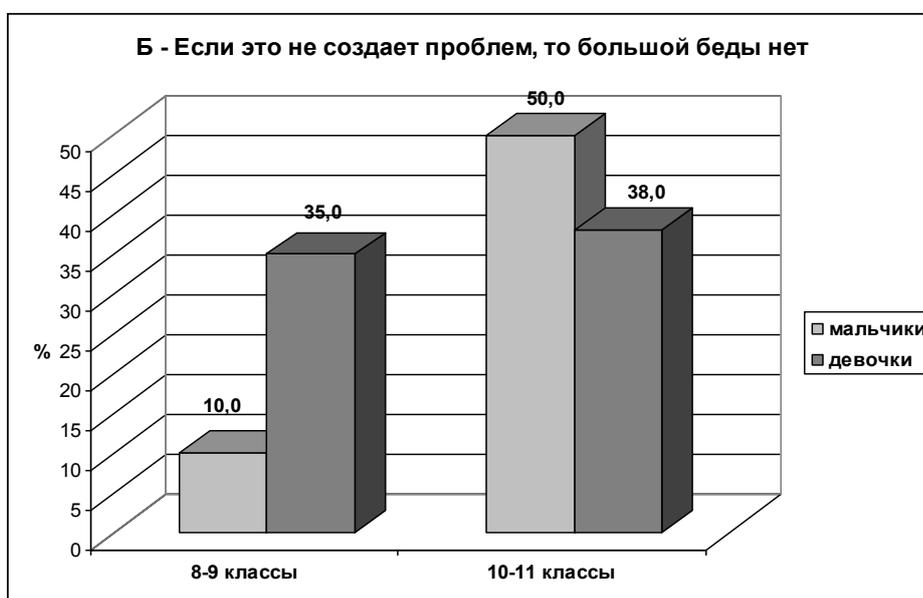
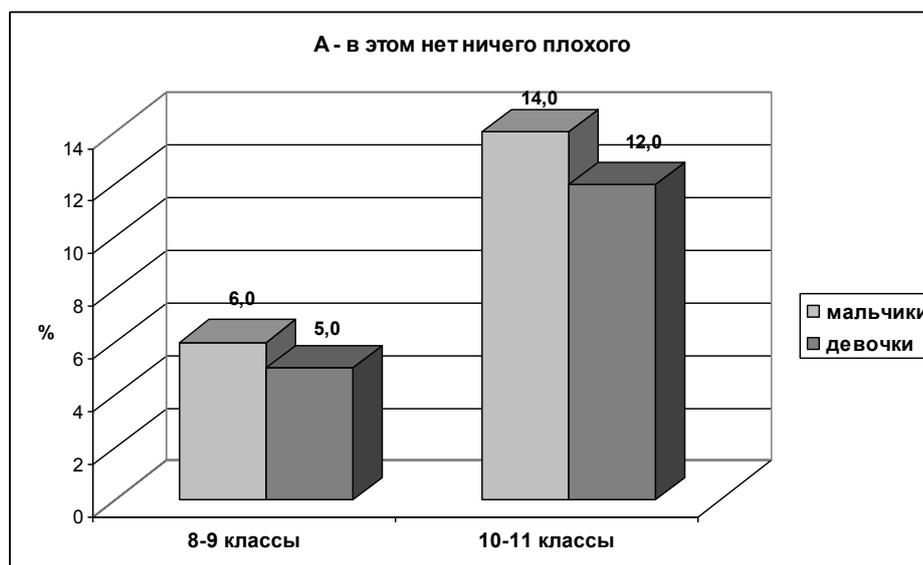




Рис.2 Отношение школьников к потреблению алкоголя

Ситуация с потреблением алкоголя школьниками старших классов в 2010 году ухудшилась (таблицы 14 и 15). Увеличилось число лиц, пробовавших алкоголь, как среди мальчиков, так и среди девочек уже в 8 и 9 классах. Различия в числе лиц, пробовавших алкоголь, среди школьников 8 - 9 и 10-11 классов не существенно. Среди девочек в 10-11 классах увеличилось число лиц, пробовавших алкоголь, по сравнению с 8-9 классами, а среди мальчиков уменьшилось. Различия статистически незначимые ($p > 0,05$). Анализ алкогольной ситуации в 2010 году был дополнен выяснением частоты эпизодов и степени тяжести алкогольного опьянения (таблицы 14 и 15).

Таблица 14

Характеристика потребления алкоголя школьницами девочками (2010 г.)

Характеристика потребления алкоголя	5- 7 классы n=46		8 – 9 классы n=94		10-11 классы n=66	
	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%
Пробовал алкоголь	10	21,7	80	85,1	62	93,9
Эпизоды опьянения (ЭО)	0	0	58	61,7	50	75,8

Нет ЭО	0	0	22	23,4	12	18,2
ЭО 1 раз	0	0	27	28,7	20	30,3
ЭО 2-3 раза	0	0	17	18,1	30	45,5
ЭО 4 – 10 раз	0	0	11	11,7	0	0
ЭО более 10 раз	0	0	3	3,2	0	0
1 степень ЭО	0	0	25	26,6	38	57,6
2 степень ЭО	0	0	12	12,8	12	18,2
3 степень ЭО	0	0	3	3,2	0	0

Частота встречаемости эпизодов опьянения высокая как среди мальчиков, так и среди девочек. Различия в распространенности эпизодов опьянения в целом среди мальчиков и девочек статистически незначимые. Обращает на себя внимание увеличение частоты эпизодов опьянения, как среди мальчиков, так и среди девочек 10-11 классов по сравнению с 8-9 классами (табл.24. и 25.).

Таблица 15

Характеристика потребления алкоголя школьниками мальчиками (2010 г.)

Характеристика потребления алкоголя	5- 7 классы n=53		8 – 9классы n=83		10-11 классы n=47	
	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%
Пробовал алкоголь	24	45,3	73	88,0	39	83,0
Эпизоды опьянения (ЭО)	9	17,0	57	68,7	33	70,2
Нет ЭО	15	28,3	21	25,3	0	0
ЭО 1 раз	8	15,1	27	32,5	16	34,0
ЭО 2-3 раза	1	1,9	13	15,7	12	25,5
ЭО 4 – 10 раз	0	0	12	14,5	0	0
ЭО более 10 раз	0	0	5	6,0	5	10,6
1 степень ЭО	7	13,2	30	36,1	15	31,9

2 степень ЭО	2	3,8	23	27,7	11	23,4
3 степень ЭО	0	0	5	6,0	0	0

Таким образом, в первом десятилетии 21 века ситуация с потреблением алкоголя школьниками ухудшилась. Наши данные совпадают с результатами других исследований алкогольной ситуации среди детей. Об этом свидетельствует и рост алкоголизма среди детей, подростков и взрослых. В рамках программы СИНДИ - Челябинск в 2004 году нами, совместно с О.Ф. Калевым, Ю.Ю. Шамуровой, Н.А. Комаровой и другими участниками программы, проведено исследование распространенности потребления алкоголя взрослыми в возрасте от 18 до 64 лет. Была сформирована случайная выборка, основу которой составил списочный состав лиц, входящих в базу данных застрахованных Челябинского областного фонда ОМС. С помощью программы генератора случайных чисел было отобрано 4000 человек. Отклик на исследование составил 62,7%. В исследовании приняли участие 2508 человек в возрасте 18 - 64 лет, в т.ч. 1069 мужчин и 1439 женщин. Обследование проводилось в соответствии с протоколом программы СИНДИ. Оценка потребления алкоголя осуществлялась в соответствии с рекомендациями Норвежского института наркологии (SIRUS) с определением лиц, потребляющих алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев. В популяции обследованных мужчин потребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев 957 (89,5%), в популяции женщин - 1139 (79,2%). В репродуктивном возрасте 18 – 39 лет из 562 обследованных мужчин потребляли алкоголь 517 (92,0%), из 759 женщин - 630 (83,0%). Эти данные о распространенности потребления алкоголя лицами репродуктивного возраста выше средних показателей распространенности потребления алкоголя в популяции в целом.

Таким образом, уровень потребления алкоголя подростками и взрослыми является проявлением процесса взаимного усугубления эпидемиологической ситуации по данному фактору риска НИЗ.

3.1.4. Динамика распространенности курения.

Вопросы о курении детей и подростков приведены в анонимной анкете, посвященной оценке потребления алкоголя, курения и наркотиков. К регулярно курящим относят детей и подростков, выкуривающих одну сигарету и более в неделю, к случайно курящим - 1 сигарету и более каждые три месяца. Для оценки воздействия пассивного курения выясняют как часто дети и подростки попадают в среду или помещение, где кто-то курит. Важно спросить, курят ли родители, другие близкие родственники. Если курит кто-нибудь из родственников, то курит ли он или они дома, в туалете, в ванной комнате, на балконе. Следует выяснить, курят ли соседи в подъезде и на лестничных клетках.

Исследование курения среди школьников выявило, что в единичных случаях мальчики начинают курить в возрасте 12 лет и раньше. Число курящих в этом возрасте мальчиков колебалось от 0,1% до 5% и более. С увеличением возраста школьников число курящих возрастает как среди мальчиков, так и среди девочек. Данная известная закономерность прослеживалась в городских школах, в течение всех лет наблюдения с 1992 по 2010 годы. Достоверных различий по распространенности курения в школах различных микрорайонов не было установлено. Для оценки динамики распространенности курения в течение данного периода проведен анализ среди школьников 16 - 17 лет из разных школ вместе взятых (рис. 3).

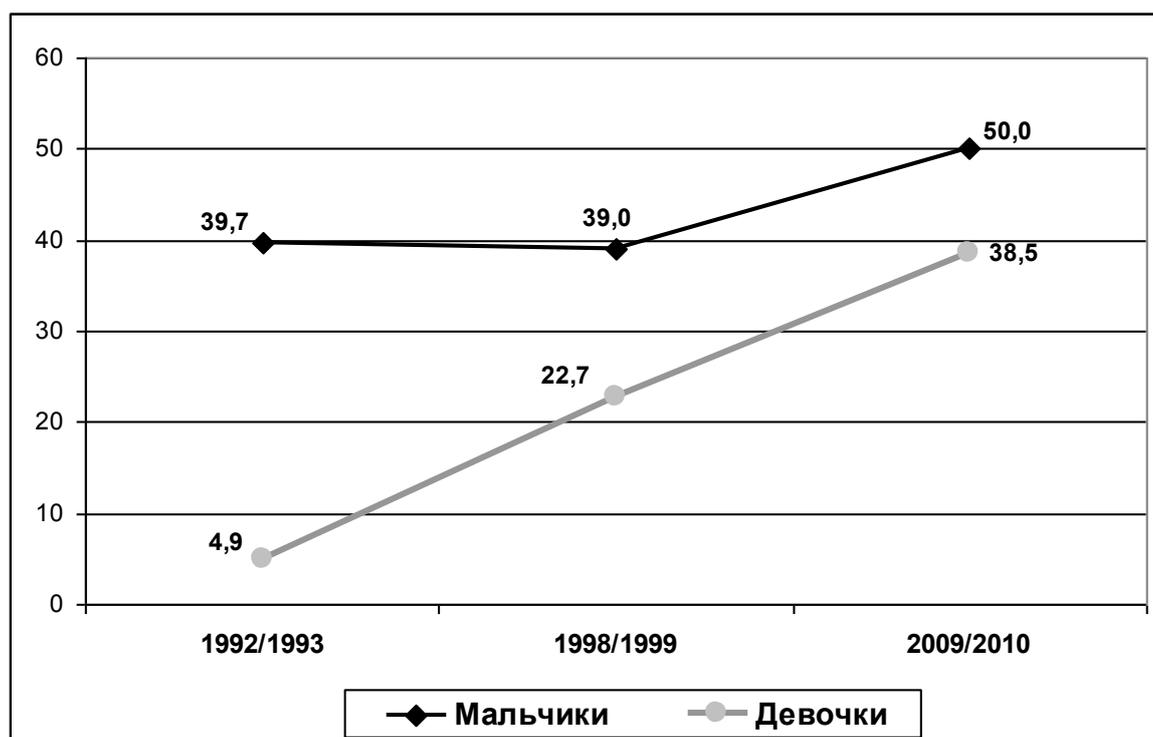


Рис. 3. Динамика распространенности курения среди школьников в возрасте 16-17 лет.

В 1998/1999 уч. году по сравнению с 1992/1993 уч. годом среди мальчиков данного возраста частота курения не изменилась, а среди девочек - увеличилась в 4,6 раза. В 2010 году среди мальчиков частота курения увеличилась на 11%, среди девочек на 15,8% по сравнению 1998/1999 уч. годом и достигла уровня 50,0% и 38,5% соответственно. По сравнению с 1992/1993 уч. годом частота курения среди девочек увеличилась в 7,9 раза.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о неблагоприятной тенденции роста распространенности активного курения среди школьников. Особую тревогу вызывает увеличение числа курящих девочек подростков в репродуктивном возрасте. Из представленных данных видно, что курение среди школьников старших классов является довольно распространенным явлением. При этом 97,6% мальчиков и 98,9% девочек формально отвечают, что курить вредно, но до конца не осознают опасность курения для их здоровья. При беседах с ними выясняется, что

болезни сердечно - сосудистой системы (инфаркт, мозговой инсульт), злокачественные новообразования (рак легких и других органов), бронхолегочные и другие заболевания, ассоциированные с курением у взрослых, не воспринимаются школьниками как угроза для их здоровья.

Школьники не имеют четкого представления о том, что курение оказывает негативное влияние на их память, внимание, умственную и физическую работоспособность. Курение может явиться причиной снижения детородной функции у будущих матерей. Они не предполагают, что курение способствует развитию кариеса зубов, воспалительных заболеваний полости рта, гастрита и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, дискинезий желчевыводящих путей, вследствие чего появляется дурной запах изо рта, изменяется цвет кожи, нарушается сон и т.д.

Рост распространенности активного курения влечет за собой увеличение частоты пассивного курения. Вопрос о пассивном курении школьников был изучен нами в 1998/1999 уч. году путем анкетирования. Также как у взрослых пассивное курение среди школьников, обусловленное пребыванием в помещении с табачным дымом, еще более распространено, чем активное (табл. 16).

Таблица 16

Пассивное курение среди школьников 10-х и 11-х классов

Пол	Число наблюдений		Ежедневно		Несколько раз в неделю		Несколько раз в месяц		Отсутствует пассивное курение	
	Абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	41	100	17	41,5	14	34,1	10	24,4	0	0
Жен.	88	100	47	53,4	22	25,0	19	21,6	0	0
М+Ж	129	100	64	49,6	36	27,9	29	22,5	0	0

Каждый второй школьник (49,6%) ежедневно попадает в табачный смог. Поэтому пассивное курение представляет еще более серьезную проблему для здоровья детей и подростков, так как в силу ряда обстоятельств, все они в той или иной степени подвергаются воздействию табачного дыма, если не ежедневно, то несколько раз в неделю или месяц.

Одной из причин активного и пассивного курения школьников являются сами родители. По нашим данным у курящих детей курят 52,7% отцов и 11,6% матерей. Из числа курящих отцов 79,2% курят дома, а из числа курящих матерей - 80%. Следовательно, курящие родители не только подают дурной пример, но и подвергают своих детей воздействию дыма.

Таким образом, распространенность активного и пассивного курения среди школьников остается неуправляемой и свидетельствует о низкой эффективности профилактических мероприятий. В целом результаты проведенного нами популяционного исследования свидетельствуют о наличии неуправляемой эпидемии поведенческих факторов риска, обусловленных нездоровым образом жизни детей, подростков и взрослых. Нездоровый образ жизни наносит вред здоровью нации и представляет серьезную угрозу для здоровья и благополучия будущих поколений.

Особую тревогу вызывают результаты проведенного Е.С. Гавриловой под руководством профессора Л.М. Яшиной [21, 22]. завершенного сплошного эпидемиологического исследования популяции студентов выпускников 6 курса ЮУГМУ в период с 2010 по 2014 учебные годы (1556 чел., средний возраст 23,1 лет,) и 1-го курса в 2012 – 2013 году (387 чел., средний возраст 18,2 лет). В 2012 – 2013 учебном году у студентов 1-го и 6-го курсов выявлена высокая распространенность поведенческих факторов риска: активное курение (13,2% и 30,1% соответственно), пассивное курение (62,9 и 63,4%), употребление алкоголя

в последние 12 месяцев (69,8 и 87,1%), гипокинезия (51,2 и 61,4), нездоровое питание (81,1 и 74,5%). Факторы риска ассоциируются с тревожно-депрессивными нарушениями и снижением успеваемости студентов. За время обучения в ВУЗе в популяции студентов - медиков отмечается рост числа активных курильщиков, лиц, употребляющих алкоголь, имеющих гипокинезию. Снизилось число лиц с нездоровым питанием, оставаясь на чрезвычайно высоком уровне 74,5%., опасном для здоровья человека и популяции. Эти данные свидетельствуют об эпидемии факторов риска в популяции будущих врачей, которые должны быть для всех окружающих примером приверженности здоровому образу жизни. Результаты исследования Е.С. Гавриловой согласуются с результатами других исследователей о негативном влиянии тревоги и эмоциональных поведенческих проблем на успеваемость в учебе [21, 22].

3.2. Причины низкой результативности управления поведенческими факторами риска

Основу каузального мышления составляют факты и достоверные научные данные. Сила каузального мышления в правде, в соответствии истине [78]. Правда находится в одной гармоничной связке с такой духовно- нравственной ценностью человеческого мышления и поведения как справедливость и совесть [86, 87].

В официальных отчетах о состоянии здоровья населения страны отсутствуют научные статистические данные об эпидемиологической ситуации по динамике 4-х поведенческих и 4-х биологических факторов риска, которые являются индикатором биопсихосоциального благополучия общества. Отсутствует **независимая система аудита качества здоровья, качества профилактической помощи**, что не позволяет принимать оптимальные управленческие решения.

Вторая причина относится к **предпосылкам здоровья**. По существу предпосылки здоровья являются условиями и характерными чертами

здорового образа жизни. Согласно положению ВОЗ задачи по достижению «здоровья для всех» не могут быть решены без создания определенных предпосылок здоровья [137]. К ним относится, прежде всего, борьба за мир. Войны остаются самой серьезной угрозой для здоровья, ведут к гибели людей, появлению раненых, искалеченных, инвалидов на всю жизнь. Военные конфликты сопровождаются разорением и опустошением, губительным воздействием на окружающую среду. В настоящее время серьезную угрозу для здоровья представляет терроризм. Не меньшую угрозу для здоровья человека, семьи, общества представляет **насилие во всех его формах и проявлениях** [31, 135]. Человек должен быть защищен от насилия с позиций конституционных прав и свобод человека и группы людей, популяции. Имеется достаточно большое число доказательств того, что насильственные действия часто связаны с традиционными четырьмя факторами риска, особенно употреблением алкоголя [139].

К другим предпосылкам здоровья относят, **социальную справедливость** [56, 123], адекватное обеспечение населения продовольствием, продуктами здорового питания, питьевой водой, хорошими санитарными условиями, всеобщим образованием, адекватным жильем и работой. Если эти предпосылки не будут созданы, **если всем и каждому не будет отведена соответствующая роль в обществе, нельзя рассчитывать на укрепление здоровья населения, на реальное прогрессивное социальное развитие.**

По нашим данным главной причиной неудовлетворительного состояния здоровья детей, подростков и взрослых трудоспособного возраста является слабость детерминантов укрепления здоровья и преобладание сил, формирующих поведенческие факторы риска болезней [54, 55, 56]. К детерминантам укрепления здоровья относятся: государство и государственная политика, уровень социально-экономического развития, законодательство, права пациента, здоровая семья, образование и наука, культура, религия, здоровый образ жизни,

доступная и качественная медицинская и профилактическая помощь, экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие.

В свою очередь причинами слабости детерминантов здоровья, нарушения принципов справедливости в отношении здоровья, росте проявлений дегуманизации, является доминирование несовершенной, неэффективной бюрократической централизованной системы управления всеми компонентами социальной системы. Причиной эпидемии поведенческих факторов риска, высокой заболеваемости и смертности населения является неадекватная вызовам и рискам инфраструктура системы здравоохранения, дефицит финансирования и неэффективное использование ресурсов [54].

Данная модель управления качеством не отвечают современным принципам научного управления, не адекватна новой парадигме модернизации системы здравоохранения и стратегии его развития на длительную перспективу. Она ориентирована на болезнь, а не на человека.

Результаты проведенного нами исследования показали, что **распространенность поведенческих ФР (нездоровое питание, гипокинезия, курение, алкоголь) в популяции детей, подростков и взрослых приняла масштаб неуправляемой эпидемии. Из этого следует важное положение о том, что в образовательных учреждениях всех уровней и форм контроль поведенческих факторов риска следует осуществлять комплексно и одновременно среди детей и взрослых всех возрастных групп. При этом, нельзя ограничиваться только четырьмя вышеназванными и принятыми в стратегии НИЗ факторами риска.**

Необходимо учитывать и включать в глобальную стратегию укрепления здоровья народа контроль за такими ФР, как **насилие (все его**

формы), приводящее к развитию дистресса, наркотики и психотропные вещества, токсикомания, игромания, безответственное сексуальное поведение и злоупотребление лекарствами у детей и подростков [53, 54]. При этом следует подчеркнуть, что причины, природа, психолого-педагогическая составляющая этих факторов принципиально отличаются от традиционных поведенческих факторов риска: нездоровое питание, гипокinezия, курение, употребление алкоголя. Последние многими воспринимаются как свободные формы и компоненты здорового образа жизни.

С позиций развиваемой нами концепции гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения на основе принципа справедливости [45, 47, 48, 50, 51, 54, 55, 56], а также с психолого-педагогической, акмеологической [6, 30, 34, 35, 36, 60]. гипсознательной [90, 91] точек зрения, поведенческие факторы риска порождены **всеобщей медицинской безграмотностью в области здорового поведения и здорового образа жизни.** Почему речь идет о медицинской безграмотности? Потому, что на основании научных исследований, отвечающим требованиям доказательной медицины, установлено вредное влияние этих факторов на здоровье человека во все периоды его жизни, начиная с периода планирования беременности, зачатия, внутриутробного развития и после родов в течение всего континуума жизни.

Сложилась парадоксальная ситуация по управлению за поведенческими факторами риска. Государственные деятели, понимая опасность для здоровья нации поведенческих факторов риска, принимают законы по ограничению и запрету курения, пьянства, развитию физкультуры и спорта, улучшению общественного питания, питания в образовательных учреждениях. Все правильно. Запретительные и ограничительные меры необходимы. Однако они не сопоставимы по масштабу и силе негативного роста тех структур, мероприятий и условий,

которые вызывают деградацию здорового образа жизни, дегуманизацию, деморализацию детей и подростков как среди бедных, так и богатых слоев населения.

Приведем простой пример из жизни населения сельского поселения, в котором мы живем. До смены социально-экономического строя, при советской власти в этом поселке был совхоз, у всех была работа, было скромное жилье, домашнее хозяйство, скот. Самое главное была начальная школа, медпункт, дом культуры, хороший благоустроенный лагерь труда и отдыха, магазин, общественная баня, кузница, мастерская, рабочая столовая. Было завершено строительство большого красивого детского сада. После смены строя и развала совхоза все перечисленные организации вскоре были закрыты, здания снесены, включая школу, лагерь, клуб, медпункт и все другие. Здание детского сада продано частному лицу, деятельность которого не предусматривала удовлетворение нужд и потребностей селян и развитие поселка. Произошла смена жителей. Часть коренных жителей выехала, много молодых людей умерло от алкоголизма, насильственной смерти, туберкулеза, некоторые оказались в заключении.

Тем не менее, поселок не только сохранился, но и преобразился за счет большого строительства новых красивых коттеджей жителями Челябинска, городскими переселенцами. Однако школы, медпункта, клуба, лагеря не стало. Нет и большого стада коров, овец, коз, принадлежавших жителям поселка.

В поселке построен большой магазин «Красное и белое», еще один винный магазин «Винорд», два продовольственных магазина, в которых также продают алкогольные напитки и сигареты. Все сделано для шаговой доступности удовлетворения потребности селян в алкоголе и куреве, а также легкой машинной доступности этим ядовитым веществам всех автомобилистов, т.к. поселок стоит на пересечении двух трасс с интенсивным автомобильным движением. В школы и сельскую

амбулаторию, расположенные в других поселениях добираются на личном или общественном транспорте. Из сказанного следует, что интересы производителей и продавцов алкоголя, а также их потребителей удовлетворяются по принципу шаговой доступности, а пациентов и детей в соответствии с прогрессом по принципу транспортной в другом селе.

Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статье 29, пункт 2, **организация охраны здоровья граждан «основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения».** Это противоречит положению о том, что здоровье является фактором национальной безопасности.

В гуманитарной модели управления предлагается совершенствование законодательства, направленного на создание единой системы здравоохранения с разными формами собственности, организация трехсекторальной инфраструктуры системы здравоохранения [54]. Принципиальное значение для укрепления здоровья, благополучия человека и совершенствование профилактики имеет создание сектора общественного или популяционного здоровья, медицинского сектора для оказания медицинской помощи и сектора санитарно-эпидемиологического и экологического благополучия. В отличие от развитых стран в России отсутствует самостоятельный сектор общественного и популяционного здоровья, и нет специалистов в этой области. Отсутствие такого сектора приводит к появлению опасных, некомпетентных специалистов с психолого-педагогической точки зрения.

В свое время заведующий кафедрой нервных болезней Центрального института усовершенствования врачей (Москва) И.М. Фейгенберг (1981г.) предложил интересную классификацию оценки врача в зависимости от его знаний (З) и его уверенности (У) в

правильности принятого решения. По наличию или отсутствию этих характеристик Он использовал четыре характеристики специалиста:

З(+) – знает и умеет использовать знания,

З(-) – не знает и не умеет использовать знания,

У(+) –уверен в своих знаниях, самостоятельно принимает решения,

У(-)– не уверен в своих знаниях, не решается на самостоятельное принятие решений.

В зависимости от сочетания знаний и умений применять знания специалисты делятся на четыре типа:

З(+) **У(+)** - специалист очень полезен,

З(+) **У(-)** - специалист не очень полезен,

З(-) **У(-)** - специалист не очень опасен,

З(-) **У(+)** - *специалист» опасен !*

По данным критериям можно оценить тип любого специалиста, включая педагогов. При этом следует помнить, что под профессиональной компетентностью обычно понимают способность должным образом, качественно выполнять определенную профессиональную функцию, которая включает в себя профессиональную деятельность разного рода. Компетентность требует знаний, соответствующей позиции и достаточно развитых механических и/ или интеллектуальных навыков, которые все вместе обуславливают способность выполнять конкретную профессиональную работу.

Профессиональная состоятельность работников здравоохранения и образования относится к наиболее важным характеристикам человеческой составляющей кадрового ресурсного обеспечения.

Что касается специалистов по воспитанию и формированию здорового образа жизни, профилактике поведенческих факторов риска, опасных для здоровья, то мы полагаем, что ведущая роль в решении этой проблемы должна принадлежать психологам с направленностью их

деятельности в области безопасности личности и управления качеством жизни во всех ее аспектах и проявлениях.

В отечественной педагогике и психологии накоплен богатейший опыт о сущности воспитания и поведения как педагогического процесса, его общих закономерностях и принципах: М.В. Ломоносов («Риторика», 1748; «Российская грамматика», 1755, письмо И.И. Шувалову «О сохранении и размножении российского народа»), Н.И. Новиков «Детское чтение для сердца и разума»), К.Д. Ушинский («О народности в общественном воспитании», 1857; «Человек как предмет воспитания. Опыт педагогической антропологии», в 2 т., 1868-1869), Н.Г. Чернышевский (Избр. пед. соч., 1983), В.М. Бехтерев, «Вопросы воспитания в возрасте первого детства», 1909), П.П. Блонский («Курс педагогики», 1916), а также произведения выдающихся советских педагогов: С.Т. Шацкий (1878-1934), А.С. Макаренко (1888-1939), Б.Г. Ананьев («Человек как предмет познания», 1968), В.А. Сухомлинский («Павлышская средняя школа», 1979) и многие другие.

В новой России и Белоруссии высокой популярностью и спросом пользуется учебник И.Ф. Харламова «Педагогика», изданный в 1983 г. в Пекине в переводе на китайский язык. Воспитание в педагогике рассматривается как целенаправленный, специально организованный педагогический процесс, формирующий всесторонне и гармонично развитую личность в отношении умственного, физического, духовно-нравственного, эстетического, трудового, социального развития человека в континууме его жизни и деятельности. Такой подход получил название **деятельностно – отношенческой концепции воспитания.**

Педагогика и воспитание органично и неразрывно связаны с психологией [38, 64, 67]. В истории психологии, истоки которой берут свое начало в мифологии, антологии, философской мысли о месте человека в мире в 15 веке до новой веры в древнеегипетской цивилизации, выделяют ряд

этапов. Л.Д. Столяренко рассматривает психологию 1-го этапа как **науку о душе**; 2-го этапа, возникшего в 17 веке в связи с развитием естествознания, как **науку о сознании**; 3-го этапа в 20 веке как **науку о поведении**. 4-й этап психологии отражает изучение **объективных закономерностей, проявлений и механизмов психики** [94]. На каждом этапе, по мнению автора, происходило изменение объекта, предмета и целей психологии.

Величайший вклад в развитие науки о психике, рефлексах головного мозга, высшей нервной деятельности, психологии внесли отечественные физиологи, психологи И.М.Сеченов, И.П. Павлов, Б.Г.Ананьев, В.М. Бехтерев, Н.А. Рыбников, Г.И.Челпанов, С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский, П.К. Анохин, А.Н. Леонтьев, Н.А. Бернштейн, А.Р. Лурия, Б.М.Теплов, А.А. Смирнов, П.Я. Гальперин, К.Н. Корнилов и др.

Трудами этих ученых создан фундамент и построено постоянно растущее здание психолого-педагогического обеспечения всесторонней деятельности работников общего и профессионального образования, а также развития интеллектуальных способностей детей, подростков, взрослых всех слоев общества. Научная педагогика органично вплетена в ткань воспитания, психологию личности. Психолого-педагогические закономерности формирования знаний, умений, навыков, владений, убеждений, мотивов, интересов, потребностей, поведения, миропонимания, мировоззрения, изложенные в трудах отечественных педагогов и психологов тесно взаимосвязаны.

В современной научной и практической педагогике и психологии повысился интерес к изучению инновационной деятельности в образовании. Существенный вклад в развитие данного направления внесли исследования В.И. Долговой [33,34,35,36,37,38].

Вместе с тем, в сфере формирования здорового образа жизни преобладают пассивные, назидательные, запретительные формы обучения и воспитания. Происходит подмена практических занятий лекциями, микролекциями, которые в лучшем случае являются ориентировочной основой действия. С нашей точки зрения в системе общего, среднего профессионального, вузовского и дополнительного образования нарушены десять фундаментальных закономерностей и принципов качественной подготовки специалистов:

1. принцип поэтапного формирования умственного действия;
2. знания становятся достоянием индивидуального опыта при работе с материальным объектом или его моделью;
3. принцип индивидуализации обучения и воспитания;
4. принцип самообразования и самостоятельной работы;
5. принцип непрерывного образования и развития;
6. принцип оптимального информационного обеспечения, включая электронное и дистанционное образование;
7. высокая методологическая культура педагогов и обучающихся;
8. плюралистическая система управления качеством образования;
9. система аудита качества образования всех степеней, начиная с дошкольного;
10. широкое международное сотрудничество.

Барьером в изучении богатого позитивного зарубежного опыта является недостаточное знание иностранных языков. Необходимость использования позитивного зарубежного опыта укрепления здоровья и профилактики заболеваний у детей и подростков в образовательных учреждениях не вызывает сомнения [39, 63].

В исследованиях В.Р. Кучмы приводятся доказательства повреждающего воздействия школьного стресса на здоровье обучающихся детей и подростков [62]. Автор ссылается на данные коллег из РАО, согласно которым «до 80% современных школьников подвержены неоправданному стрессу». С точки зрения В.Р. Кучмы, среди множества причин школьного стресса четыре являются наиболее значимыми: степень морфофункциональной готовности детей к школе; учебные перегрузки; авторитарная педагогика и экзамены. Автор предлагает для укрепления здоровья школьников оптимизировать их обучение и шире использовать позитивный зарубежный опыт [62, 63].

Мы считаем, что выделенные В.Р. Кучмой причины возникли вследствие несоблюдения всех 10 психолого-педагогических закономерностей, организующих результативный и эффективный процесс обучения и воспитания. Основным препятствием для существенного улучшения результативности и эффективности непрерывного медицинского образования школьников, студентов и населения по формированию здорового образа жизни и контроля поведенческих факторов риска является доминирование авторитарной бюрократической системы управления и принятия решений во всех сферах и на всех уровнях при отсутствии гуманитарной [54].

Важное значение имеет развитие школьной и подростковой медицины, которая утратила свои профилактические позиции в настоящее время, а также разумное снижение учебной нагрузки без ущерба для развития личности [3, 61,93].

Таким образом, основные причины эпидемии поведенческих факторов риска, таких как нездоровое питание, низкая физическая активность, алкоголь, курение у детей, подростков и взрослых находятся в психолого- педагогической плоскости формирования здорового образа жизни.

3.3. Пути увеличения образовательного потенциала детей, подростков и взрослых по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

Многие НИЗ или приводящие к ним состояния уходят своими корнями в нездоровый образ жизни, который формируется с раннего детского возраста [73]. Ключевая роль в укреплении здоровья, профилактике заболеваний, формировании здорового образа жизни (ЗОЖ) детей и подростков принадлежит детским садам и школам [3, 9, 41, 62, 63]. В результате профилактической работы в общеобразовательных школах: № 41, 37, 100, 50, 57, 154 Челябинска, сельских школ с. Курманово, с. Муслумово, пос. Петропавловка Челябинской области, лицей-гимназия № 58 г. Курган, а также в детских садах (МДОУ) № 421 и № 375 г. Челябинска и МДОУ № 33 г. Озерск нами накоплен опыт, позволивший разработать образовательный модуль, увеличивающий дозу профилактического вмешательства. Профилактическая работа проводилась совместно с руководителями образовательных организаций, педагогами-валеологами, педагогами - психологами школ и дошкольных образовательных учреждений на основании принятых решений руководства муниципальных районов и образовательных учреждений о сотрудничестве в рамках педиатрического компонента программы СИНДИ. Усилия были сосредоточены на здоровом питании, физическом совершенстве, оптимизации учебного процесса для снижения психо-эмоциональных перегрузок у школьников и учителей. Были разработаны и внедрялись программы, планы занятий, лекций для всех участников образовательного процесса: учителей, родителей и детей. В одной из школ была организована группа волонтеров «Юный медик», на опыте работы которой мы убедились, что учащиеся средних и старших классов могут самостоятельно с помощью стандартных опросников выявлять, оценивать поведенческие факторы: питание, физическая активность, курение, употребление алкоголя. Они также умеют и владеют точным измерением индекса массы тела и артериального давления с помощью электронных

автоматических аппаратов. По результатам проводимых самостоятельных обследований учащиеся выступали на научных конференциях.

Опыт работы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в дошкольных и школьных образовательных учреждениях показал, что все участники, включая детей, их родителей, педагогов, руководителей системы образования рассматривают здоровье как наивысшую ценность. По данным многочисленных опросов школьников, родителей, валеологов, воспитателей, различия между участниками заключаются в определении приоритетов из числа детерминантов здоровья и ФР болезней. Вместе с тем, как показали наши исследования, реальное поведение детей и взрослых свидетельствует **о недостаточной дозе профилактического вмешательства** для снижения распространенности среди них поведенческих ФР. В ряде исследований доказано негативное влияние поведенческих и биологических факторов риска НИЗ на успеваемость и интеллектуальное развитие учащихся [106, 121, 127].

Учитывая отечественный и зарубежный опыт и наличие в обществе большого числа образовательных учреждений различного уровня, возникает настоятельная необходимость вовлечения их в крупномасштабную общенациональную образовательную систему по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Нами на основе системного подхода [7, 16], разработан проект «Всеобщая образовательная система укрепления здоровья» (ВОСУЗ) [54]. Данный проект подготовлен на основе позиций и опыта выполнения педиатрического компонента международной программы ЕРБ ВОЗ «СИНДИ» - «Здоровые дети в здоровых семьях» [120], концепции Европейская сеть школ «укрепления здоровья» (ШУЗы) (1990), созданной ЕРБ ВОЗ, Европейским Советом (ЕС) и комиссией Европейских сообществ (КЭС) [39], Европейская хартия здорового сердца [40].

Целью ВОСУЗ является укрепление здоровья и профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний у детей, подростков, молодежи, взрослых, пожилых людей на основе создания широкой сети «Образовательных учреждений укрепления здоровья». Сеть ВОСУЗ включает детские сады укрепления здоровья, школы укрепления здоровья, училища укрепления здоровья, техникумы укрепления здоровья, высшие учебные заведения укрепления здоровья. Данная сеть предполагает включение также и лечебно-профилактических учреждений, отвечающих концепции данного проекта и получающих название соответственно больницы «укрепления здоровья», поликлиники «укрепления здоровья», фельдшерско-акушерские пункты укрепления здоровья, а также санатории и профилактории «укрепления здоровья».

Стратегия образования и воспитания через формирование сети ВОСУЗ качественно отличается от прежней системы санитарного просвещения и санитарно-гигиенического воспитания и обучения тем, что стратегия означает здоровую жизнедеятельность целого коллектива в здоровой среде обитания, в то время как прежняя стратегия означает теоретическое обучение, отчужденное от гигиены и инфраструктуры среды обитания, внешнее по отношению к нему.

Необходимо организовать новое направление и разработать программы магистратуры «Психология укрепления здоровья» в педагогических ВУЗах на кафедрах или факультетах теоретической и прикладной психологии. Ввести в школах новый предмет – «психология укрепления здоровья» с 1 по 11 классы. Открыть широкую сеть консультативных психолого-педагогических кабинетов «Укрепление качества здоровья (УКЗ)».

Увеличение охвата образовательных учреждений от детских садов, школ, до ВУЗов сетью ВОСУЗ позволит достигнуть дозы профилактического воздействия достаточной для изменения ситуации с

формированием здорового образа жизни и противодействия угрозам и вызовам его разрушающим. Для оптимального управления проектом ВОСУЗ следует создать муниципальные и субъектные межсекторальные координационные советы по укреплению здоровья. Обязательным условием является проведение ежегодного независимого популяционного аудита поведенческих факторов риска у детей, подростков и молодежи. Без оценки данного процесса качественное управление системой невозможно.

Рекомендуем ежегодно проводить конкурсы по укреплению здоровья среди обучающихся образовательных учреждений всех уровней. В субъектах федерации хотя бы раз в два года проводить конкурсы «Муниципалитет здорового образа жизни» с присвоением статуса победителя. Рекомендуем, чтобы проект ВОСУЗ поддерживался администрацией и законодательным органом соответствующего уровня.

Конечным практическим продуктом этого проекта является создание на региональном уровне сети образовательных учреждений укрепления здоровья. Перечисленные учреждения должны отвечать определенным требованиям для присвоения им звания или статуса учреждения укрепления здоровья. Включение в сеть ВОСУЗ должна рассматриваться группой экспертов путем оценки структуры, процесса, результатов, проводимых мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний по данным профилактического аудита [54].

3.4. Технологическая карта внедрения результатов исследования

Согласно исследованиям В.И. Долговой стимульный материал тренинга необходимо разрабатывать в виде технологической карты учебно-воспитательного процесса [37, с. 162-171].

В технологическую карту входит 7 этапов:

1 этап – целеполагание внедрения программы формирования ЗОЖ педагогов дошкольного образовательного учреждения.

В него входит 4 подцели:

- 1.1. Изучить необходимую документацию по предмету внедрения;
- 1.2. Поставить цели внедрения;
- 1.3. Разработать этапы внедрения;
- 1.4. Разработать программно-целевой комплекс внедрения.

Каждая под цель описывается содержанием, методом, формой, количеством, временем и ответственным лицом.

2 этап – формирование положительной психологической установки на внедрения.

В него входит 4 подцели:

- 2.1. Выработать состояние готовности к освоению предмета внедрения у администрации и педагогов ДОУ;
- 2.2. Сформировать положительную реакцию на предмет внедрения.
- 2.3. Сформировать положительную реакцию на предмет внедрения программы у заинтересованных субъектов вне ОУ
- 2.4. Сформировать веру в свои силы по внедрению инновационной технологии в ОУ

3 этап – Изучение предмета внедрения.

В него входит 3 подцели:

- 3.1. Изучить всем коллективом необходимые документы о предмете внедрения;
- 3.2. Изучить сущность предмета внедрения;
- 3.3. Изучить методику внедрения темы.

4 этап – Опережающее (пробное) освоение предмета внедрения.

В него входит 4 подцели:

- 4.1. Создать инициативную группу для опережающего внедрения темы;
- 4.2. Закрепить и углубить знания и умения, полученные на предыдущем этапе;

4.3. Обеспечить инициативной группе условия для успешного освоения методики внедрения темы;

4.4. Проверить методику внедрения темы.

5 этап – Фронтальное освоение предмета внедрения.

В него входит 4 подцели:

5.1. Мобилизовать педагогический коллектив на внедрение по теме исследования;

5.2. Развить знания и умения, сформированные на предыдущих этапах;

5.3. Обеспечить условия для фронтального внедрения темы. Освоить всем коллективом предмет внедрения.

5.4. Освоить всем педагогическим коллективом предмет внедрения

6 этап – Совершенствование работы над темой.

В него входит 3 подцели:

6.1. Совершенствование знаний и умений, сформированных на предыдущих этапах;

6.2. Обеспечить условия совершенствования методики работы по предмету внедрения;

6.3. Совершенствовать методику освоения темы внедрения.

7 этап – Распространение передового опыта освоения предмета внедрения.

В него входит 4 подцели:

7.1. Изучить и обобщить опыты внедрения;

7.2. Осуществить наставничество над детскими садами, детскими домами, приступающими к внедрению;

7.3. Осуществить пропаганду передового опыта внедрения;

7.4. Сохранить и углубить традиции работы над темой, сложившиеся на предыдущих этапах. Каждая подцель описывается содержанием, методами и формами, количеством мероприятий; назначаются сроки и ответственные лица [37, с. 162-171].

В нашей магистерской диссертации новыми стимульными материалами является концепция гуманитарной модели управления качеством, а также методы и критерии выявления, измерения, оценки и управления четырьмя поведенческими факторами риска НИЗ. Технологическая карта внедрения программы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) педагогов дошкольного образовательного учреждения детально описана в Приложении 5.

Заключение

Здоровье является **наивысшей психологической и духовно-нравственной ценностью человека**, характеризующей его интеллектуальный потенциал, мышление, сознание, мировоззрение, развитие, благополучие, качество жизни, успехи, достижения. Анализ данных литературы и результатов собственных эпидемиологических исследований, свидетельствуют об угрозе неуправляемой эпидемии таких поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и предотвратимой преждевременной смерти как нездоровое питание, низкая физическая активность, курение, алкоголь. Поведенческие факторы риска наносят существенный вред здоровью человека, начиная с периода внутриутробного развития, младенческого, детского и подросткового возраста. Они являются ведущей причиной нарушения умственного, физического развития, морфофункциональных расстройств органов и систем организма, хронических заболеваний, низкой успеваемости на всех этапах обучения, снижения качества жизни, сверхсмертности населения России. Данные факторы относятся к сфере образа жизни и по существу своему являются сложной психолого-педагогической и социально-психологической проблемой. Основной причиной эпидемии этих поведенческих факторов риска является слабость детерминантов качества здоровья и доминирование сил, формирующих поведенческие факторы риска болезней.

Для успешной борьбы с поведенческими факторами риска необходима новая парадигма первичной профилактики болезней, ориентированная не на болезнь, а на укрепление здоровья, достижение профилактической дозы в популяции. Следует организовать новое направление и разработать программы магистратуры «Психология укрепления здоровья» в педагогических ВУЗах на кафедрах или факультетах теоретической и прикладной психологии. Ввести в школах новый предмет – «психология укрепления здоровья» с 1 по 11 классы. Открыть широкую сеть консультативных психолого-педагогических кабинетов «Укрепление качества здоровья (УКЗ)».

В выпускной квалификационной работе определена интеграция системы образования по формированию здорового образа жизни как ведущей детерминанты повышения человеческого капитала по следующим направлениям: 1). Теоретические психолого-педагогические аспекты понятий здоровый образ жизни и поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний; 2). С эпидемиологической, социально - психологической и психолого-педагогической точек зрения обосновано положение о ведущей роли поведенческих факторов риска в причинении вреда здоровью человека и нации; 3). Психолого-педагогический мониторинг динамики поведенческих факторов риска у детей, подростков и молодежи; 4). Систематизация и обобщение психолого-педагогических закономерностей и принципов непрерывного медицинского образования; 5) Разработка проекта «Всеобщая образовательная система укрепления здоровья» на основе инновационной деятельности и гуманитарной модели управления качеством санитарно-гигиенического и медицинского образования.

Выводы

1. На основании анализа литературы показано, что здоровый образ жизни является ведущей детерминантой укрепления здоровья и

профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ). Нездоровое питание, низкая физическая активность (гипокинезия), курение, употребление алкоголя относятся к проявлениям нездорового образа жизни, называются поведенческими факторами риска НИЗ.

2. Поведенческие факторы риска являются актуальной психолого-педагогической проблемой. Они начинают формироваться в детском, подростковом и молодежном возрасте, наносят существенный вред качеству психического, физического, соматического здоровья и создают угрозу развития тяжелых НИЗ (сердечно-сосудистых, онкологических, легочных, сахарного диабета) в зрелом возрасте.
3. По результатам собственных популяционных исследований установлена высокая распространенность поведенческих факторов риска у детей, подростков и взрослых, свидетельствующая о сложившейся ситуации неуправляемой эпидемии. Основной причиной эпидемии факторов риска является слабость детерминантов здоровья и доминирование сил, вызывающих факторы риска болезней.
4. Для успешной результативной и эффективной борьбы с факторами риска необходимо достижение необходимой профилактической дозы путем увеличения охвата и интенсивности воздействия на население на основе «Всеобщей образовательной системы укрепления здоровья (ВОСУС).
5. Разработана технологическая карта внедрения результатов исследования на базе одного из детских образовательных учреждений г. Челябинска.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авчинникова, С.О. Формирование здорового образа жизни как направление социальной работы /С.О. Авчинникова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2006. – № 4. - С.25 - 28.
2. Александров, А.А. Курение и его профилактика в школе / А.А. Александров, В.Ю. Александрова.- М.: Медиа Сфера, 1996.- 96 с.
3. Александрова, И.Э. Регламентация учебной нагрузки как фактор сохранения здоровья школьников / И.Э. Александрова, М.И. Степанова, А.С. Седова // Российский педиатрический журнал.- 2009.- № 2.- С.11-14.
4. Альбицкий, В.Ю. Смертность подростков в Российской Федерации / В.Ю. Альбицкий, А.Е. Иванов, А.Г. Ильин, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова // Российский педиатрический журнал.- 2009.- № 3.- С.4-9.
5. Андриянова, О.В. Внедрение современных профилактических технологий по формированию здорового образа жизни у населения Свердловской области / О.В. Андриянова // Общая врачебная практика.- 2011.- № 7.- С. 5-10.
6. Анисимов О.С., Деркач А.А. Основы общей и управленческой акмеологии: Учеб. Пособие. - М. : РАГС при Президенте РФ, 1995. - 324 с.
7. Афанасьев, В.Г. Научное управление обществом. (Опыт системного исследования). Изд. 2-е, доп. - М.: Политиздат, 1973. - 390 с.
8. Афанасьева, Е.Ю. Центры здоровья - главное направление национальной стратегии профилактики и формирования здорового образа жизни / Е.Ю. Афанасьева, В.Н. Преображенский, Т.В. Беганова, Касимовская // Справочник врача общей практики.- 2012.- № 2.- С. 39-41.
9. Ахмерова, С.Г. Образ жизни пятиклассников в период адаптации к новым условиям обучения / С.Г. Ахмерова, Р.Р. Голиков, В.В.

- Николаева, А.Г. Мутавилов // Российский педиатрический журнал.- 2010.- № 1.- С.52-54.
10. Бабанов, С.А. Социальные аспекты табакокурения / С.А. Бабанов// Социология медицины. – 2006. – № 2. – С.54-57.
 11. Баранов, А.А. Условия формирования здоровьесберегающего поведения подростков 15-17 лет / А.А.Баранов, В.Ю. Альбицкий, Н.И. Макеев, Е.В. Антонова // Российский педиатрический журнал.- 2010.- № 1.- С.44-47.
 12. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов // Педиатрия, 2012.- Т. 91, № 3.- С. 9-14.
 13. Баранов, А.А. Профилактическая педиатрия – новые вызовы / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий // Вопросы современной педиатрии.- 2012.- Т. 11, № 2.- С. 7-10.
 14. Батожаргалова, Б.Ц. Влияние табакокурения на респираторное здоровье у сельских подростков (по результатам эпидемиологического исследования) / Б.Ц. Батожаргалова, Ю.Л. Мизерницкий // Вопросы практической педиатрии.- 2011.- Т. 6, № 6.- С. 24-29.
 15. Бекезин, В.В. Особенности психологического статуса детей и подростков с ожирением и метаболическим синдромом / В.В. Бекезин, Л.В. Козлова, О.В. Пересецкая, В.М. Олейникова // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского.- 2008.- Т. 87, № 5.- С. 30-36.
 16. Богданов, А.А. Тектология: (Всеобщая организационная наука. В 2-х кн.: Кн 2 / Редкол. Л.И. Абалкин (отв. ред.) и др. /Отд-ние экономики АН СССР. Ин-т экономики АН СССР. – М.: Экономика, 1989. – 351 с.
 17. Бойцов, С.А. Уменьшение смертности – вопрос качества профилактики / С.А. Бойцов // Вестник семейной медицины.- 2011.- № 4.- С. 8-9.
 18. Боровик, Т.Э. Питание и развитие мозга: роль длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот / Т.Э. Боровик, С.Г. Грибакин,

Н.Г. Звонкова, В.А. Скворцова, Т.Н. Степанова, С.Г. Шмакова // Педиатрия.- 2012.- Т. 91, № 2.- С. 67-73.

19. Брин, И.Л. Нервно-психическое развитие девочек – подростков с риском нарушений репродуктивного здоровья / И.Л. Брин, М.Л. Дунайкин, О.Г. Шейнкман, И.С. Долженко // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского.- 2007.- № 3. Vol.086.- С. 52-57.
20. Вязова, Л.С. Влияние средовых и метаболических факторов на развитие избыточной массы тела и ожирения у детей дошкольного возраста / Л.С. Вязова, А.В. Солнцева, А.В. Сукало, Е.И. Дашкевич // Педиатрия.- 2011.- Т. 90.- № 6.- С. 18-22.
21. Гаврилова, Е.С. Сравнительная характеристика распространенности основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди студентов-медиков разных курсов / Е.С. Гаврилова // Последипломное медицинское образование и наука. –2014. – Т. 9, № 2. – С. 22-24.
22. Гаврилова, Е.С. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и их взаимосвязь с тревожно-депрессивной симптоматикой среди студенческой молодежи / Е.С. Гаврилова, Л.М. Яшина, Д.А. Яшин // Врач-аспирант. – 2014. – № 4.1 (65). – С. 145-151.
23. Герасименко, Н.Ф. Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России / Н.Ф. Герасименко // Российские медицинские вести, 1997. – № 3. – С. 5-14.
24. Глазунов, И.С. Что такое интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний — программа CINDI В кн: «Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации / Под ред. И.С. Глазунова и S. Stachenko. CINDI. Public Health Agency of Canada.HPS- 16/ 2006 Ru. Июль 2006. - С.30- 34.

25. Гмошинская, М.В. Грудное вскармливание: проблемы и решение / М.В. Гмошинская // Вопросы практической педиатрии.- 2011.- Т. 6, № 6.- С. 82-84.
26. Громова О.А., Торшин И.Ю., Егорова Е.Ю. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты и когнитивное развитие детей. Вопросы современной педиатрии 2011;.- Т. 10, № 1.- С. 66-72.
27. Гусько, Ю.В. Влияние табакокурения на потомство родителей / Ю.В. Гусько, Н.И. Ахмина, И.В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2007.- № 6(4).- С. 84-90.
28. Давыдов, М.И. Проблема сверхвысокой смертности в Российской Федерации / М.И. Давыдов // Сборник материалов XVII (80) сессии Общего собрания Российской академии медицинских наук «Снижение смертности – стратегическое направление демографической политики.- М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2007.- С. 4-6.
29. Демин, А.К. Как нам защитить здоровье новых поколений детей, подростков и молодежи – стратегическое состояние России? / А.К. Демин // В кн.: Образование в области здоровья и укрепления здоровья среди детей, подростков и молодежи в России.- М.: Российская ассоциация общественного здоровья.- 1999.- С. 9-22.
30. Деркач А.А., Кузмина Н.В. Акмеология: пути достижения вершин профессионализма. – М.: РАУ, 1993. - 23 с.
31. Деринова, Е.А. Состояние здоровья девочек, испытавших сексуальное насилие в подростковом возрасте / Е.А. Деринова, В.Н. Шестакова, В.А. Доскин // Вопросы практической педиатрии.- 2012.- Т. 7, № 22.- С. 21-24.
32. Дмитриева, Т.Б. Здоровье населения и национальная безопасность / Т.Б. Дмитриева // Российские медицинские вести.- 1997.- № 3.- С. 15-26.
33. Долгова В.И. Инновационная культура кадров государственной службы /В.И. Долгова. – М.: РАГС при Президенте РФ, 1996.- 213 с.

34. Долгова В.И. Акмеологические структуры инновационной деятельности кадров государственной службы /В.И. Долгова. – М. : РАГС при Президенте РФ, 1997. - 381 с.
35. Долгова В.И. Акмеология карьеры в инновационных условиях деятельности кадров государственной службы /В.И. Долгова. – М. : РАГС при Президенте РФ, 1997. - 176 с.
36. Долгова В.И., Долгов П.Т. Акмеология управления (на примере инновационной деятельности кадров государственной службы). – Челябинск: ЧГПУ, 2000.- 380 с.
37. Долгова В.И. Готовность к инновационной деятельности в образовании: монография /В.И. Долгова. – М.: КДУ, 2009.- 228 с.
38. Долгова В.И. Психология управления. – М.: Перо, 2015. – 180 с.
39. Европейская сеть школ «укрепления здоровья». Совместный проект ВОЗ/ЕС/КЕС. - ЕРБ ВОЗ, Европейский совет, комиссия Европейских сообществ.- Дублин, 1990.- 7 с.
40. Европейская хартия здорового сердца / European Society of cardiology. 2008.- 7 с.
41. Здоровье и системы здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009. ЕРБ ВОЗ. ДК-2010.- 2100.- Копенгаген. Дания. postmaster@euro.WHO.int. Mednet.ru.- 205 с.
42. Игнатьева Р.К. Перинатальные проблемы в России: Мифы и реальность / Р.К. Игнатова // Союз педиатров России.- М., 2006.- 38 с.
43. Игнатова Г.П. Потенциал последипломного образования медицинских сестер в области здорового образа жизни / Г.П. Игнатова, А.М. Кочанов // Справочник врача общей практики.- 2012.- № 2.- С. 58.
44. Ильенкова Н.А. Распространенность употребления табачных изделий среди детей и подростков: анализ влияния табакокурения на состояние здоровья подрастающего поколения /Н.А.Ильенкова, Ю.Е. Мазур // Вопросы современной педиатрии.- 2011.- № 5.- С. 5-9.

45. Калев, О.Ф., Калева Н.Г. Ментальное здоровье и профилактика неинфекционных заболеваний / Актуальные вопросы внутренних болезней: традицион. и психо-соматич. подходы: материалы межрегион. науч.- практич. конф. - Челябинск, 2006. - С. 151-153.
46. Калев, О.Ф., Шамуров Ю.С., Калева Н.Г. Алкоголь как барьер на пути развития и социального благополучия человека и общества / Полипатии в семейной и клинической медицине: Материалы науч.- практич. конф., посвященной 65-летию ЧелГМА и памяти профессора П.Д. Синицина. – Челябинск, 2009. - С. 63- 67.
47. Калев О.Ф., Калева Н.Г., Проблемы обеспечения справедливости в здравоохранении России. Пути решения. Медный всадник. – 2014. - №1 (48). С. 58-63
48. Калев О.Ф., Калева Н.Г., Значение ментального здоровья человека и гуманитарной модели системы управления качеством в государственной политике. В кн.: Роль менталитета в функционировании государства: материалы Междунар. научн.-практ. Конф., Минск,, 25 марта 2016 г. /Акад. упр. при Президенте Респ. Беларусь; Ин-т истории НАН Беларуси; редкол.: С.А. Кизима(и др.). – Минск: Колоград, 2016. – 137-141
49. Калев О.Ф. Качество здоровья человека / О.Ф.Калев, Н.Г.Калева, Д.А.Яшин // Современные проблемы науки и образования (электронный ресурс, режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25004>). – 2016. - №4. Импакт-фактор 0,380
50. Калев О.Ф., Калева Н.Г. Ментальное здоровье – основа духовной, нравственной, гуманитарной культуры человека и общества. Вестник Петровской академии 2017; №1: 127-133.
51. Калев О.Ф., Калева Н.Г. Внешние и внутренние причины дегуманизации общества. Пути противодействия. Вестник Петровской академии 2017; №1: 133-138.

52. Калева, Н.Г. Причины ухудшения здоровья нации. Необходимость неотложных мер / Н.Г. Калева, О.Ф. Калев // Проблемы популяционного здоровья: Материалы I международной конференции. - Челябинск-Монреаль: Изд-во «Челябинская гос. мед. академия», 2003. - С. 20-26.
53. Калева, Н.Г. Профилактика полипатий в детском и подростковом возрасте / Н.Г.Калева; учебное пособие: Под редакцией профессора Д.К. Волосникова и профессора Ю.А. Тюкова. - Издательство Южно-Уральского государственного медицинского университета, 2013. - 168 с.
54. Калева, Н. Г. Концепция гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения: Монография. – М.: Практика, 2014. - 256 с.
55. Калева Н.Г., Калев О.Ф. Ключевые положения и особенности гуманитарной модели управления качеством в здравоохранении / Евразийское научное объединение // 2015, Т1, №2(2), 83-84
56. Калева Н.Г., Калев О.Ф. Справедливость - ключевой принцип гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения с позиций социологии медицины // Социология медицины. - 2016, Т.15 (№1), С.41-47
57. Камардина, Т.В. Что препятствует развитию профилактики неинфекционных заболеваний в России и что можно предпринять, чтобы ее улучшить. В кн: «Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации / Под ред. И.С. Глазунова и S. Stachenko. CINDI. Public Health Agency of Canada.HPS- 16/ 2006 Ru. Июль 2006. — С.24 — 29.
58. Карташов, И.Г. Многофакторная обусловленность здоровья населения: теоретико-методологические подходы к изучению социальных детерминант здоровья / И.Г. Карташов // Социология медицины. – 2007. – № 2. – С.17 – 24.

59. Кривцова Л.А. Особенности вегетативного статуса и нервно-психического развития детей первого года жизни, рожденных от матерей с никотиновой зависимостью / Л.А. Кривцова, Л.А. Хорошкина, Н.А. Налобина, Е.С. Стоцкая // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского.- 2012.- Т. 91, № 1.- С. 35-40.
60. Кузмина Н.В. Преподаватель: акмеологические закономерности самосовершенствования. Доклад на президиуме МААН. – СПб., 1994. – 81 с.
61. Кузьмина, А.А. Школьная и подростковая медицина. Динамика массы тела как критерий оценки процесса адаптации первоклассников к школе / А.А. Кузьмина, Т.Е. Таранушенко // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского.- 2005.- № 6.- С. 79-82.
62. Кучма, В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Изд-во Научного центра здоровья детей РАМН. 2001. – 376 с.
63. Кучма, В.Р. Международный опыт профилактики болезней и укрепления здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях / В.Р. Кучма, И.К. Рапопорт // Российский педиатрический журнал.- 2009.- № 2.- С.44-46.
64. Лазарев М.Л. Система медицинского, психологического и педагогического сопровождения развития ребенка до и после рождения / М.Л. Лазарев // Вопросы современной педиатрии.- 2011.- № 2.- С. 120-124.
65. Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей / Ю.Е. Лапин // Здравоохранение Российской Федерации.- 2010.- № 1.- С. 14-18.
66. Лисицын Ю.П. Концепция человеческого капитала. Медико-экономический аспект / Ю.П. Лисицын // Экономика здравоохранения.- 1998.- № 2.- С. 5-9.

67. Маклаков, А.Г. Общая психология: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2014. – 583 с.
68. Максимова, Т.М. Убийства и самоубийства как проблема общественного здоровья /Т.М. Максимова, В.Б.Белов, А.Г.Роговина// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 1. - С. 11 – 14.
69. Малахова, Ж.Л. Оценка фенотипических и психолого-педагогических характеристик детей в контексте последствий алкогольных эффектов плода/ Ж.Л. Малахова, А.А.Бубнов, А.В.Ефремов// Уральский медицинский журнал – 2008. –Т.45, № 5. – С.67-69.
70. Мутилов, А.Г. Состояние здоровья и образ жизни юношей допризывного и призывного возраста / А.Г. Мутилов // Российский педиатрический журнал. – 2010. - № 1. – С.47-49.
- 71.Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации.- М.: Союз педиатров России, 2011.- 68 с.
- 72.Нестеров, Ю.И. Особенности распространенности табакокурения среди школьников и студентов/ Ю.И. Нестеров, М.В. Акинина, А.А.Основа// Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - № 2. – С.39-40.
- 73.Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI) / Протокол и практическое руководство. Пересмотр 1994 года.- ВОЗ, ЕРБ.– Копенгаген, 1996.- 100 с.
- 74.Оганов Р.Г. Концепция факторов риска как основа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний// Врач, 2001. – № 7. – С.3-6.
- 75.Оганов, Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – №1 – С. 1-5.

- 76.Онищенко, Г.Г. Основные задачи по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения/ Г.Г. Онищенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. - № 1. – С.18-24.
- 77.Оразмурадов, А.А. Влияние алкоголизма и табакокурения на течение беременности и перинатальный исход родов / А.А. Оразмурадов // Наркология.- 2007.- № 11.- С. 6-62.
78. Павлов И.П. О русском уме. Будь здоров!. 2010; 11, с. 80 – 85.
79. Павлова, М.К. Влияние курения на сердечно-сосудистую систему детей и подростков / М.К. Павлова, Т.Б. Хайретдинова // Педиатрия.- 2011.- Т. 90.- № 5.- С. 148-153.
80. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями 2012-2016 гг. ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 2012. – 33 с. Электронный ресурс: [http\ www. Euro,who.Int/pubrequest](http://www.Euro.who.Int/pubrequest).
- 81.Позиция CINDI в решении задач неинфекционных заболеваний// Председатель рабочей группы по разработке стратегий Sylvie Stachenko, ЕРБ ВОЗ.- Копенгаген.- 1992. – 101 с.
82. Поплевченков, Н.А. Профилактика злоупотребления алкоголем среди несовершеннолетних в г. Великие Луки. В кн.:Алкогольная политика в России и Норвегии. Осло. Москва, 2000. – С.121-124.
- 83.Профилактика в детском и юношеском возрасте сердечно- сосудистых заболеваний, проявляющихся в зрелые годы: время действовать. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева. Всемирная организация здравоохранения.- М.: Издательство «Медицина», 1992.- 112 с.
84. Пушка, П. Профилактика неинфекционных заболеваний на коммунальном уровне: 25-летний опыт проекта Северной Карелии в Финляндии / П. Пушка, Э. Вартиайнен, Я. Туомилето, А. Ниссинен // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 1998.- № 4.- С. 27-29.

- 85.Руководство программы СИНДИ по здоровому питанию / Под ред. Д. С. MacLean.– ЕРБ ВОЗ, Копенгаген, 2000.- 41 с .
- 86.Сагатовский В.Н. Философия развивающейся гармонии: философские основы мировоззрения. В 3 ч. Ч. 1: Введение: философия и жизнь. – СПб.: Издательство С.- Петербургского университета, 1997. - 224 с.
- 87.Святитель Игнатий Брянчанинов. Избранные творения. – М.: Учреждение культуры. Искусства и образования «Духовное преображение». 2014. с. 175.
- 88.Скворцова, В.И. Об итогах работы Министерства Российской Федерации в 2012 году и задачах на 2013 год. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. - № 3. – С. 4-11.
- 89.Сокращение разрыва в показателях здоровья в странах Европы. Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний. План действий по программе «Синди-Евроздоровье»/ Пер. с англ.- Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 1995.- 46с.
- 90.Соммэр Дарио Салас. Гипсознание как метод достижения личного успеха: Пер. с исп. – М.: Издательство «Кодекс», 2015. –136 с.
- 91.Соммэр Дарио Салас. Мораль XXI века: Пер. с исп. – М.: Издательство «Кодекс», 2017. – 480 с.
- 92.Спектор, Ш.И. Наркомании и алкоголизм: медицинские, социальные и экономические последствия (на примере Свердловской области) / Ш.И. Спектор // Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2005.- 280 с.
- 93.Степанова, М.И. Профилактика нарушений здоровья школьников в процессе обучения / М.И. Степанова, З.И. Сазанюк, М.А. Поленова и др.// Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 3. – С. 46 - 49.
- 94.Столяренко, Л.Д. Основы психологии. 14-е изд. Учебное пособие /Л.Д.Столяренко. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 672 с.

95. Суханов А.В. Ассоциация массы тела с состоянием когнитивных функций в подростковом возрасте: популяционное исследование / А.В. Суханов, Д.В. Денисова // Педиатрия.- 2011.- Т. 90.- № 6.- С. 22-28
96. Сухарев А.Г. Состояние репродуктивной функциональной системы школьниц в возрасте 12-15 лет в зависимости от особенностей образа жизни / А.Г. Сухарев, О.А. Шелонина, Л.Ф. Игнатова, В.В. Стан, Н.М. Цыренова // Вопросы современной педиатрии.- 2012.- № 1.- С. 5-8.
97. Тутельян В.А. Научные основы здорового питания / В.А. Тутельян, А.Н. Разумов, А.И. Вялков, В.И. Михайлов, К.А. Москаленко, А.Г. Одинец, В.Г. Сбежнева, В.Н. Сергеев / М.: Издательский дом «Панорама», 2010.- 816 с.
98. Узунова А.Н. Основные закономерности развития здорового ребенка. Учебное пособие.- Челябинск: ПИРС, 2008.- 168 с.
99. Украинцев, С.Е. Питание и развитие мозга: современные представления и взгляд в будущее / С.Е. Украинцев, Р. Mejarrow, ph.D // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского.- 2012.- Т. 91, № 1.- С. 102-107.
100. Федоткина С.А. Здоровьесберегающее поведение подростков и молодежи как основа здоровья будущих родителей / С.А. Федоткина, А.А. Иванова // Российский педиатрический журнал.- 2012.- № 1.- С. 24-28.
101. Хоружев, А.Г. Оценка физической подготовленности, функционального состояния, двигательного возраста и умственной работоспособности у детей и подростков/ А.Г. Хоружев, В.В. Мыльников, В.П. Мурашова// Челябинск, 2008. -35с.
102. Яковлева Т.В. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России / Т.В. Яковлева, А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии.- 2011.- № 2.- С. 7-10.
103. Яковлева, Т.В. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков/ Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, А.А.

- Модестов// Российский педиатрический журнал. – 2011. - № 3. – С. 37 - 38.
104. Яшин Д.А., Калев О.Ф., Калева Н.Г. Программа ЭВМ «Оценка, контроль и управление качеством здоровья человека». Свидетельство о государственной регистрации программы ЭВМ № 2017611574. – Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 06.02.2017 г.
105. A glossary with equivalents in French, German and Russian. Terminology for the European Health policy conference. WHO, Regional office for Europe Copenhagen, 1994.- 33 p.
106. Alaimo, K. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic, and psycho-social development / Alaimo K, Olson C, Frongillo E // Pediatrics, 2001.- 108.- P. 44–53.
- 107. Belfort MB, Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: Effects of breastfeeding duration and exclusivity / Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, Gillman MW, Oken E. // JAMA Pediatr. 2013 Sep;167(9):836-44 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23896931>).**
108. Berenson, G. Cardiovascular risk factors in youth with implications for aging: The Bogalusa Heart Study / Berenson, G., Srinivasan S // Neurobiology of Aging. 2005. N. 26. P.303—307.
109. Biddle, SJH. Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents / SJH. Biddle, T. Gorely, DJ. Stensel // Journal of Sports Sciences, 2004, 22:679–701.
110. Bolte, G. Socioeconomic determinants of children's environmental tobacco smoke exposure and family's home smoking policy / Bolte G, Fromme H. // Eur J Public Health, 2009, 19:52–58.
111. Brownson R.C. Evidence-based public health. / R.C. Brownson, E.A. Baker, T.L. Leet, K.N. Gillespie // Oxford university press.- 2003.- 235 p.
112. Dahlgren G. Необходимость межсекторальных (межведомственных) действий в интересах здоровья. Европейская конференция по

политике здравоохранения: возможности для будущего.- Копенгаген, 5-9 декабря 1994 (ICP/HSC 419/PI.B).- 25 с.

113. Delpisheh A, Kelly Y, Brabin BJ. Passive cigarette smoke exposure in primary school children in Liverpool. *Public Health*, 2006, 120:65–69.
114. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, 111(5 Pt 1):949–955.
115. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 28:465–473.
116. Frederickson BL. Unpacking positive emotions: investigating the seeds of human flourishing. *Journal of Positive Psychology*, 2006, 1:57–59.
117. Hanafin S, Brooks A-M. From rhetoric to reality: challenges in using data to report on a national set of child well-being indicators. *Child Indicators Research*, 2009, 2:33–55.
118. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 2007, 30:263–285.
119. Healthy people 2010. Understanding and improving Health. U.S. Department of Health and Human Services. January 2000, 63 p.
120. Healthy Children in Healthy Families. Policy framework and Programme Guidelines Grabauskas V., Zaborskis A., Sumskas L.. CINDI. WHO, ROE, Copenhagen 1995 — 114 p.
121. Kenkel DS (1991). Health behavior, health knowledge and schooling. *Journal of Political Economy*, 99:287–305.
122. Kleinman JC, Kopstein A. Smoking during pregnancy, 1967 – 1980. *Am J Public Health* 1987; 77: 823-5.
123. Kunst A.E., Mackenbach J.P. Измерение различий состояния здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами.-: Копенгаген.: ВОЗ, ЕРБ, 1996.- 115 с.

124. McLeod JD, Kaiser K (2004). Childhood emotional and behavioral problems and educational attainment. *American Sociological Review*, 69:636–658.
125. Murray C. J., Abraham J., Ali M.K. et al. The state of US Health, 1990-2010 Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *JAMA* 2013; 310: 591-608.
126. O, Connor B., Cameron R., Farquharson J., Marketing the heart health vision: delivering the “preventive dose”, Ottawa. 2000.
127. Renna F (2004). Teens’ alcohol consumption and schooling. *Economics of Education Review*, 27(1):69–78.
128. Salmon J, Timperio A. Prevalence, trends and environmental influences on child and youth physical activity. *Medicine and Sport Science*, 2007, 50:183–199.
129. Samdal O. School health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International encyclopedia of public health*. Vol. 5. San Diego, CA, Academic Press, 2008:653–661.
130. Singh S, McMahan S (2006). An evaluation of the relationship between academic performance and physical fitness measures in California schools. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(2):207–214.
131. Starkuviene S, Zaborskis A. Links between accidents and lifestyle factors among Lithuanian children. *Medicina(Kaunas)*, 2005, 41:73–80.
132. Stephens, T. Physical activity and mental health in the United state and Canada. Evidence from four population surveys / T. Stephens // *Prev. Med.*- 1988.- Vol. 17.- P. 35-47.
133. Stoks J. The effect of parental smoking on lung function and development during infancy / J. Stoks, C.A. Dezateux // *Respiratology.*- 2003.- 8.- P. 266-285.
134. Taras H, Potts-Datema W (2005c). Obesity and student performance at school. *Journal of School Health*, 75(8):291–295.

135. Ussatayeva G, Khairushev A. Child mortality due to injuries and violence in Almaty: results of case-control study. *Journal of Central Asian Health Service Research*, 2009, 8:1–2.
136. Varvarigon A.A. Increased cortisol concentration in the cord blood of newborn whose mothers smoked during pregnancy / A.A. Varvarigon // *J. Pediatr. Med.*- 2006.- 34 (6).- P. 466-470.
137. WHO. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе.* – Копенгаген.: ВОЗ ЕРБ, 1998.- 40 с.
138. WHO. *Global strategy for Noncommunicable disease prevention and control.*- NCD/gs/97.1.- WHO. Geneva, 2009.- 63 p.
139. WHO. *Руководство по осуществлению практических действий в отношении сокращения вреда, наносимого алкоголем (редактор текста Миша Хоекстра).* - Копенгаген.: ВОЗ ЕРБ, 2009.- 71 с. Электронный ресурс: www.euro.who.int (PubRequest)
140. WHO/HBSC Forum 2009 *Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents. Summary of outcomes, background papers and country case studies* WHO Regional office for Europe. Copenhagen. Denmark, 2011.- 174 p. Электронный ресурс: март 2011.- <http://whode.mednet.ru> (Кайгородова Т.В. с соавт., 2011).

Приложения

Приложение 1.

Методы диагностики и оценки качества здоровья и поведенческих факторов риска

Для интегральной оценки состояния здоровья детей и подростков с учетом наличия у них поведенческих и биологических ФР и сочетанной патологии, нами разработана типологическая классификация групп здоровья детей и подростков на основе принципа квалификации и квантификации результатов профилактического обследования. Критерии классификации представлены в таблице 6.1. В типологической классификации групп здоровья детей сохранено выделение пяти базисных групп здоровья: I, II, III, IV, V, предложенных Марченко А.Г. (1979), а также рекомендованных для использования в педиатрии соответствующими нормативно-правовыми документами (приказ МЗ РФ от 30.12.2003 г. № 621).

Критерии типологической классификации групп здоровья детей и подростков с учетом факторов риска и сочетанной патологии

Группа здоровья	Типы групп здоровья		
	А	В	С
I Здоровые	Ia- лица без поведенческих факторов риска (ПФР), не имеющие критериев групп здоровья II-V	Ib – лица с 1-2 ПФР, не имеющие критериев групп здоровья II-V	Ic – лица с 3 и более ПФР, не имеющие критериев групп здоровья II-V
II Практически здоровые (Преморбиды)	IIa – лица, имеющие 1 отклонение от нормы в психофизическом развитии или морфофункциональные нарушения соответствующие II группе здоровья и/или биологические ФР (монопреморбид)	IIb- лица, имеющие 2 отклонения от нормы в психофизическом развитии или морфофункциональные нарушения соответствующие II группе здоровья и/или биологические ФР (бипреморбид)	IIc – лица, имеющие 3 и более отклонений от нормы в психофизическом развитии или морфофункциональные нарушения соответствующие II группе здоровья и/или биологические ФР (полипреморбид)
III Больные хроническими заболеваниями в	IIIa – лица, имеющие 1 хроническое заболевание в стадии ремиссии и/ или компенсации	IIIb – лица, имеющие 2 хронических заболевания в стадии ремиссии и/ или	IIIc – лица, имеющие 3 и более хронических заболеваний в стадии ремиссии и/ или

стадии ремиссии или компенсации	(мономорбид, мононозолия)	компенсации (биморбид, Бинозолия)	компенсации (полиморбид, полинозолия)
IV Больные хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации	IVa – лица, имеющие 1 хроническое заболевание в стадии субкомпенсации (мономорбид, мононозолия)	IVb - лица, имеющие 2 хронических заболевания, одно или оба находятся в стадии субкомпенсации (биморбид, бинозолия)	IVc- лица, имеющие 3 и более хронических заболевания, одно или более находятся в стадии субкомпенсации (полиморбид, полинозолия)
V Больные хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации и инвалиды	Va - лица, имеющие 1 хроническое заболевание в стадии декомпенсации (мономорбид, мононозолия)	Vb – лица, имеющие 2 хронических заболевания, одно или оба находятся в стадии декомпенсации (биморбид, бинозолия)	Vc - лица, имеющие 3 и более хронических заболевания, одно или более находятся в стадии декомпенсации (полиморбид, полинозолия)

Нами предлагается в рамках каждой группы здоровья выделять подгруппы трех типов, которые отличаются друг от друга качественными и количественными характеристиками, представленные в приведенной здесь таблице. Подгруппы обозначены английскими буквами: а, b, с. На данный метод диагностики качества здоровья получено авторское свидетельство. Критерии всех поведенческих факторов риска изложены в разделах 2.1 и 3.1.

ПРИКАЗ Минздрава РФ от 30.12.2003 N 621 "О КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ"

В целях совершенствования организации медицинского обеспечения детей и разработки мероприятий по сохранению и укреплению здоровья детей разных возрастных и социальных групп приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по (приложение N 1).

1.2. Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно по результатам профилактических медицинских осмотров (приложение N 2).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации О.В. Шарапову.

*Министр
Ю.Л. ШЕВЧЕНКО*

Приложение N 1

*УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 30.12.2003 N 621*

ИНСТРУКЦИЯ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам:

- к **I группе здоровья** относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

- ко **II группе здоровья** относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее $M-1$ [x]) или избыточной массой тела (масса более $M+2$ [x]), дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- к **III группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

- к **IV группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

- к **V группе здоровья** относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребенка или подростка ко II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом всех приведенных критериев и признаков. Врач-специалист на основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребенка, медицинской карте ребенка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований, выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или заключение "здоров".

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

Детям, с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др., по результатам профилактического медицинского осмотра комплексная оценка состояния здоровья не дается. В таких случаях, необходимо проведение в полном объеме диагностического обследования. После получения результатов обследования выносятся уточненный диагноз и дается комплексная оценка состояния здоровья.

Все дети, независимо от того, к какой из групп здоровья они отнесены, ежегодно проходят скрининг-обследование, по результатам которого определяется необходимость дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесенные к I группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме в сроки, определенные действующими нормативно-методическими документами.

Контроль за состоянием здоровья детей, отнесенных ко II группе здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

Дети, отнесенные к III-V группам здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль за состоянием их здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения.

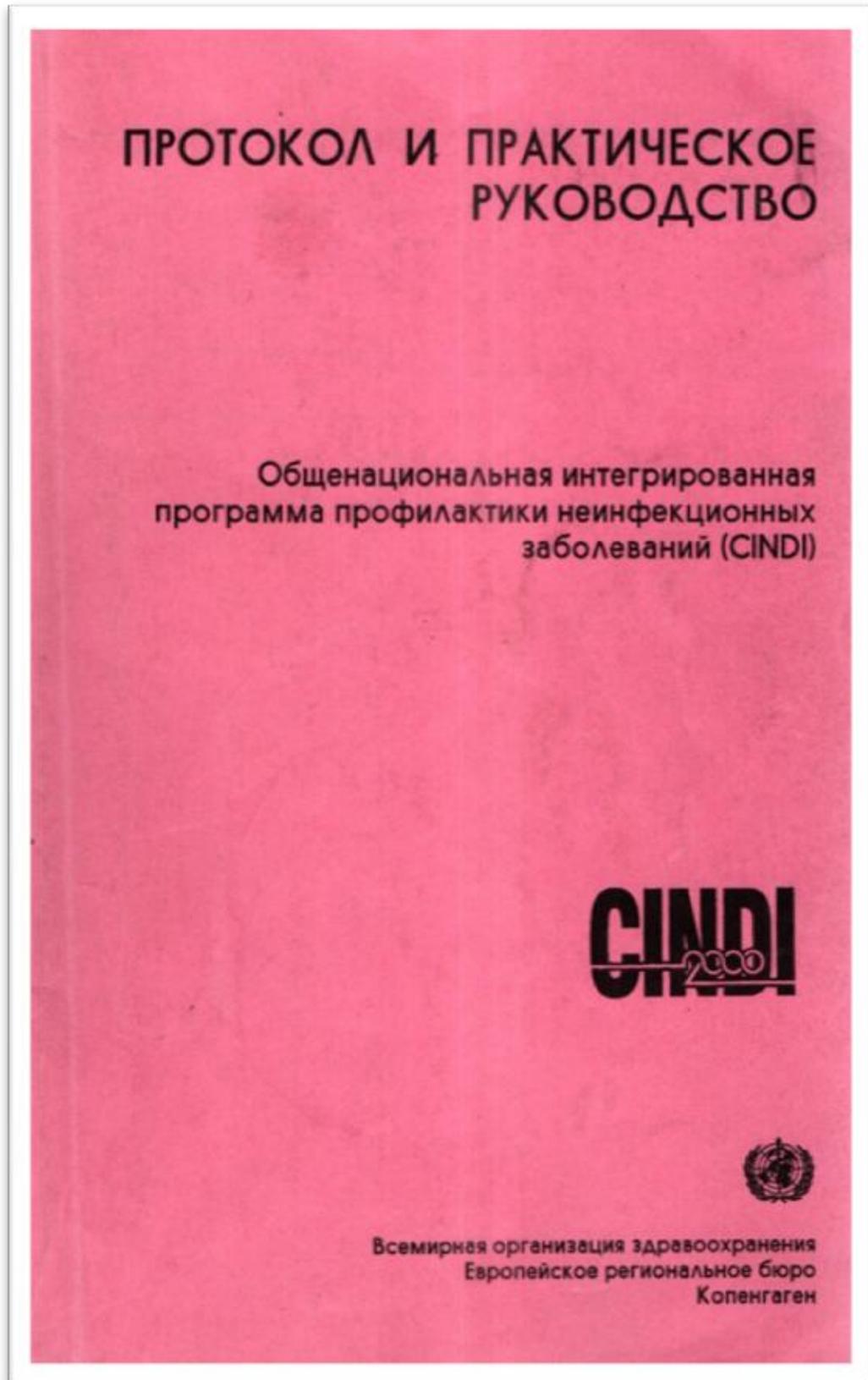
Результаты комплексной оценки состояния здоровья могут, в определенной степени (в качестве скрининга), помогать решать прикладные специальные задачи в отношении состояния здоровья детей -отнесение к определенным группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении профессионального выбора, военной службы и др.

**Результаты констатирующего популяционного исследования
детей и подростков в сельской местности (1992-1993гг.)**

Распределение популяции девочек и мальчиков по типам групп качества здоровья

Группы здоровья	Типы групп здоровья	Девочки		Мальчики		Всего	
		абс.	%	Абс.	%	абс.	%
I	a	3	2,1	13	11,1	16	6,1
	b	4	2,8	7	6,0	11	4,3
	c	1	0,7	1	0,9	2	0,8
	Всего	8	5,6	21	18,0	29	11,2
II	a	13	8,8	11	9,1	24	9,0
	b	8	5,5	8	6,7	16	6,0
	c	2	1,4	2	1,7	4	1,5
	Всего	23	15,7	21	17,5	44	16,5
III	A	63	43,1	55	46,1	118	44,4
	B	37	25,3	18	15,0	55	20,7
	C	15	10,3	4	3,4	19	7,2
	Всего	115	78,7	77	64,5	192	72,3
Число наблюдений		146	100	119	100	265	100

Индивидуальные карты обследования, проведенные по международной программе СИНДИ – Челябинск, находятся в архиве популяционной лаборатории. Результаты обследования детей дошкольного возраста и детей школьного возраста в динамике (1992 -2010гг.)с указанием периодов исследования представлены в учебном пособии. (53,) и монографии (54).

Программа формирующего эксперимента

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ	1
ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ	2
ГЛАВА 2. ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ CINDI	5
Сердечно-сосудистые заболевания	7
Злокачественные новообразования	8
Несчастные случаи	9
Неинфекционные заболевания, подлежащие включению в программу	10
ГЛАВА 3. ЦЕЛИ И СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ CINDI	11
Цели	11
Основные черты программы	12
Главные аспекты политики	14
Стремление к интегрированному подходу	14
Межсекторальная деятельность	15
Преодоление разрыва между наукой и политикой	16
Расширение международного сотрудничества	18
Ключевые вопросы вмешательства	20
Основные принципы	20
Задачи, связанные с факторами риска	21
Факторы образа жизни	22
Биологические факторы	24
Множественные факторы риска	25
Психосоциальные факторы	26
Факторы, связанные с несчастными случаями	26
Выявление рака молочной железы и рака шейки матки	27
Здоровые зубы	27
Вред для здоровья, связанный с окружающей средой	27
Оценка	28
ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	30
Выработка политики, законодательство и координация	30
Маркетинг и организационные мероприятия	32
Образование населения и средства массовой информации	33
Практические руководства	34

Образование и вовлечение в программу работников здравоохранения	35	Министерство сельского хозяйства	61
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА И МОНИТОРИРОВАНИЕ	36	Министерство образования	62
Показатели и источники данных	36	Министерство финансов	62
Основные показатели	37	Министерство транспорта	62
Возраст, пол и смертность	37	Другие министерства	63
Данные о потреблении продовольствия	38	Другие организации	63
Данные исследований	39	ПРИЛОЖЕНИЕ 2: ФОРМАТ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА	64
Рекомендуемые показатели	40	Общая информация о стране	64
Данные о заболеваемости	40	Информация о состоянии здоровья	64
Другие данные исследований	43	Цели и задачи	65
Проведение исследования факторов риска	44	Стратегия профилактики	65
Размер выборки	44	Ответственность	65
Создание выборки	46	Организационная структура	66
Оценка процесса	49	ПРИЛОЖЕНИЕ 3: ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	67
Исследование по оценке процесса	49	ПРИЛОЖЕНИЕ 4: КУРЕНИЕ	71
Годовой отчет	50	ПРИЛОЖЕНИЕ 5: РОСТ / МАССА ТЕЛА	73
Визиты на места	50	Рост	73
Обработка данных	51	Масса тела	74
Формат сбора данных	51	ПРИЛОЖЕНИЕ 6: ВОПРОСНИК ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ	75
Возрастно-половая структура	51	ПРИЛОЖЕНИЕ 7: ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ	76
Данные о смертности	51	ПРИЛОЖЕНИЕ 8: ИЗУЧЕНИЕ ПИТАНИЯ	80
Отчеты о балансе продовольствия	52	Предпосылки	80
Данные исследований	52	Цели	80
Режим работы	53	Отчетность	81
ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ	55	Отчеты о балансе продовольствия	81
Европейское региональное бюро ВОЗ	55	Вопросник по питанию	81
Страны-участницы CINDI с сотрудничающими центрами	56	Регистрация потребления продуктов или 24-часовая запись по памяти	85
Совет директоров программ CINDI	56	Состав и производство продуктов питания	86
Комитет по управлению программой CINDI	57	ПРИЛОЖЕНИЕ 9: ОЦЕНКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	90
Центр по обработке данных CINDI	58	ПРИЛОЖЕНИЕ 10: ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ПРОЦЕССА	91
Центры по ресурсам CINDI	59	ПРИЛОЖЕНИЕ 11: ФОРМА ГОДОВОГО ОТЧЕТА	94
Членство	59	ПРИЛОЖЕНИЕ 12: КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДЛЯ ВИЗИТОВ НА МЕСТА	98
Публикации	60	ПРИЛОЖЕНИЕ 13: ФОРМАТ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ	100
"Новости CINDI"	60		
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРАХ И НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ	61		
Министерство здравоохранения	61		

Далее приводятся опросники программы СИНДИ-Челябинск «Здоровые дети в здоровых семьях» для выявления и оценки четырех поведенческих факторов риска у детей и подростков: нездоровое питание, низкая физическая активность, употребление алкоголя, курение. По поводу данных опросников нами были проведены консультации ЕРБ ВОЗ.

Оценка поведенческих факторов риска

Двенадцать принципов здорового питания

Употребляйте разнообразные пищевые продукты, большинство которых - продукты растительного, а не животного происхождения.

13. Хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день
14. Ешьте несколько раз в день разнообразные овощи и фрукты, лучше свежие и выращенные в местности проживания (не менее 400 г в день)
15. Чтобы поддерживать массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела 20-25), необходима ежедневная умеренная физическая нагрузка.
16. Контролируйте поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности) заменяйте животный жир на жир растительных масел.
17. Заменяйте жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу или постное мясо.
18. Употребляйте молоко с низким содержанием жира и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт и сыр) с низким содержанием жира и соли.
19. Выбирайте продукты с низким содержанием сахара и употребляйте сахар умеренно, ограничивая количество сладостей и сладких напитков.
20. Ешьте меньше соли. Общее количество соли в пище, включая соль, содержащуюся в хлебе, обработанной, приготовленной и консервированной пище, не должно превышать одну чайную ложку - 6 г в день. Следует употреблять йодированную соль.
21. Если Вы употребляете спиртные напитки, то общее содержание чистого спирта в них не должно превышать 20 г в день.
22. Приготовление пищи должно обеспечивать ее безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение поможет уменьшить используемое в процессе приготовления количество жира, масла, соли и сахара.
23. Способствуйте вскармливанию новорожденных только грудью в течение первых 6 месяцев.

Профилактическая работа по обеспечению здоровым питанием детей дошкольных образовательных организаций возлагается на руководство детским садом, а также на врача-педиатра и медицинскую сестру, которые обслуживают данное учреждение.

Изучение и оценка пищевого поведения у школьников. Предложено большое число различных вопросников и способов оценки привычек питания у детей школьного возраста. Характер питания у школьников, родителей, молодежи и взрослых, имеющих отношение к формированию пищевого поведения у детей и подростков, можно изучать с помощью экспресс-метода оценки 24-часового наблюдения за питанием. Методы экспресс оценки потребления пищи пригоден как при работе с отдельными индивидуумами, так и с большими группами учащихся.

Каждому обследуемому предлагается познакомиться с перечнем размеров порций рациона питания (табл.3) и ответить на 10 вопросов анкеты, которая отражает потребление пищи накануне опроса в течение дня и ночи, т.е. в течение последних 24-х часов с момента пробуждения (табл. 4). Анкетирование регистрации может быть дополнено регистрацией на отдельном листе информацией о времени, количестве, качестве и месте приема пищевых продуктов. Такой комплексный подход к оценке питания является наиболее простым, точным и доступным, позволяет контролировать точность ответов на вопросы анкеты. Персонализированное или анонимное анкетирование с указанием номера вопроса и ответа на него «да»/ «нет», можно проводить в больших аудиториях. Для анкетирования необходимо респонденту предоставить информацию о размере порций на любом носителе.

Размеры одной порции в рационе питания

Зерновые продукты (хлеб, злаковые) и картофель (6-11 порций)

- 1 большой кусок хлеба (около 30-40 г)
- 1/2 небольшой круглой булки
- 1 баранка
- 3 сушки или небольших крекеров
- 3 столовые ложки сухого завтрака
- 2 столовые ложки мюсли
- 2 полных столовых ложки вареного риса
- 3 полных столовых ложки вареных макарон, лапши, спагетти
- 2 небольшие картофелины

Овощи, фрукты и ягоды (5-9 порций)

- 160 мл фруктового или овощного сока
- 1/2 чашки (около 100 г) вареных или свежих овощей
- 1 чашка зеленых листовых овощей (шпинат, салат, капуста и т.п.)
- 1 средний помидор
- 1 средний фрукт (апельсин, яблоко, банан и т.п.)
- 1/2 чашки (около 100 г) свежих ягод; свежемороженых, консервированных или вареных фруктов

Молоко и молочные продукты (2-3 порции)

- 1 стакан (220 мл) молока (цельного или обезжиренного)
- 1 стакан (около 220 мл) йогурта/кефира
- 45 г твердого сыра (размер спичечного коробка)
- 1 чашка (около 150 г) домашнего сыра

Мясо, рыба, яйца, бобы и орехи (2-3 порции)

- 70-80 г. готового мяса или рыбы
- 2 яйца
- 1-1,5 чашки (около 150-200 г) вареных бобов
- 2/3 - 1 чашки (около 100-150 г) орехов

Жиры и сладости

- 1 чайная ложка масла, маргарина или смальца
- 1 чайная ложка постного масла
- 1 столовая ложка майонеза
- 3 чайных ложки сахара
- 1 полная чайная ложка меда или джема
- 1 батончик (около 60 г) шоколада
- 1/2 куса торта

В соответствии с количеством порций, потребляемых пищевых продуктов, проводится оценка пищевого рациона в баллах: «отлично» (10 баллов), «хорошо» (8-9), «удовлетворительно» (4-7) и «неудовлетворительно» - группа риска (3 и менее).

Анкета для подсчета баллов и оценки пищевого рациона

Ответьте на 10 следующих вопросов о приеме пищи накануне опроса в течение дня, т.е. с момента пробуждения до сна. Если Вы принимали пищу ночью, то включите эту информацию в общую оценку.

На каждый вопрос ответьте «да» или «нет». Считайте 1 балл за каждый ответ «Да»

Ели ли Вы ?

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. Хотя бы 5 порций из группы овощей и фруктов? (400 г) | «да» | «нет» |
| 2. Хотя бы 5 порций из группы хлеба и злаковых? (350) | «да» | «нет» |
| 3. 2-3 порции из группы молока и молокопродуктов? | «да» | «нет» |
| 4. 2 порции из группы мяса и заменителей? | «да» | «нет» |
| 5. Не более 2-3 порций из группы жиров и сладостей? | «да» | «нет» |
| 6. Разнообразные продукты питания из каждой пищевой группы? | «да» | «нет» |
| 7. Хотя бы 2 порции СВЕЖИХ овощей? | «да» | «нет» |
| 8. Хотя бы 1 порцию СВЕЖИХ фруктов? | «да» | «нет» |
| 9. В основном питательные перекусывания? | «да» | «нет» |
| 10. В основном нежирную пищу? | «да» | «нет» |

Определите общий балл путем сложения ответов «да», по 1 баллу за каждый ответ. Оцените качество и соответствие рекомендациям ВОЗ:

ОТЛИЧНО 10 баллов:

Поздравляем! Отличный результат указывает на то, что Вы питаетесь рационально.

ХОРОШО 8-9 баллов:

У Вас правильное представление о здоровом питании. Немного изменений, и Вы перейдете в разряд «отлично».

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО 4-7:

Есть области, в которых Ваш выбор питания может быть улучшен. Еще раз внимательно посмотрите на Таблицу, чтобы понять, в каких категориях необходимы изменения

РИСКОВАННО 3 и менее:

Вы сильно рискуете при подобном пищевом рационе. Начните изменять свои привычки питания уже сегодня. Не надо стараться изменить все сразу. Шаг за шагом: одно изменение за

другим. Посмотрите на принципы здорового питания ВОЗ и решите, с каких изменений Вы начнете формировать привычки здорового питания у себя.

Вопросник для оценки физической активности

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

1. Занимаетесь ли Вы в танцевальном кружке?

1 - да 2 - нет

2. Занимаетесь ли Вы спортом в спортивной секции, спортивной школе?

1 - да 2 - нет

3. Вне школьных занятий (после уроков) как часто Вы занимаетесь физкультурой, физическими упражнениями, которые вызывают частое дыхание и потение?

1. каждый день

2. 4-6 раз в неделю

6. 2-3 раза в неделю

7. 1 раз в неделю

8. 1 раз в месяц

9. меньше чем раз в месяц

10. никогда

11. я не могу заниматься физкультурой из-за болезни или инвалидности

4. Вне школьных занятий (после уроков) сколько часов в неделю Вы обычно занимаетесь физкультурой и физическими упражнениями, которые вызывают частое дыхание (одышку) и потение?

1. не занимаюсь

4. около 1/2 часа (30 минут)

5. 1 час

6. 2-3 часа

7. 4-6 часов

6. 7 часов и более

10. Как часто ты куришь в настоящее время?

- 7. каждый день
- 8. несколько раз в неделю
- 9. один раз в неделю
- 10. несколько раз в месяц
- 11. один или два раза в течение последних 3-х месяцев
- 12. я не курю.

11. Сколько сигарет ты обычно выкуриваешь за неделю?

Напиши число _____ штук.

Результаты формирующего исследования

**Объем исследований детей и подростков
в рамках программы СИНДИ**

Распространенность НИЗ и их ФР	Мониторинг состояния здоровья		Динамика ФР НИЗ		
	Сельские школьники	Дошколь- ники	школьники	Дошколь- ники	школьники
1992 - 1993	1994-1998	1992-2009	1994-1198	1992-2009	
265	1027	997	250	1225	
2000--2001	2006-2010		2006-2010		
159	690		139		
424	1717	997	389	1225	

1. А.с. Калева, Н.Г. Комплексная типологическая оценка состояния здоровья и классификация групп здоровья детей и подростков . - Свидетельства о депонировании и регистрации объекта авторского права реестр за № 278 от 01.02.2012г.
2. Оценка, контроль и управление качеством здоровья человека. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017611574 . Правообладатели: Яшин Дмитрий Алексеевич (RU), Калев Олег Федорович (RU), Калева Нина Георгиевна (RU). **Авторы:** Яшин Дмитрий Алексеевич, Калев Олег Федорович, Калева Нина Георгиевна. Дата государственной регистрации в Реестре программ для ЭВМ 06.февраля 2017г.

Первичные персональные материалы результатов обследования имеются в компьютерной базе данных и на бумажных носителях в архиве популяционной лаборатории программы СИНДИ-Челябинск. В соответствии с действующим законодательством РФ они не могут быть представлены для открытого доступа. Результаты анализа статистической обработки исследования отражены в книге «Калева, Н.Г. Концепция гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения: монография. - М.: Практика, 2014. – 256с.» и в учебном пособии «Калева, Н.Г. Профилактика полипатий в детском и подростковом возрасте/ Н.Г. Калева; учебное пособие: Под редакцией проф. Д.К. Волосникова и проф. Ю.А. Тюкова.- Челябинск: Издательство Южно-Уральского государственного медицинского университета, 2013.- 168 с.

**Технологическая карта внедрения программы формирования
здорового образа жизни в дошкольном образовательном
учреждении**

Цель	Содержание	Методы	Формы	Кол-во	Время	Ответственные
1-й этап: «Целеполагание по формированию здорового образа жизни педагогов ДОУ»						
1.1.Изучить документы по проблеме формирования здорового образа жизни педагогов ДОУ	Изучение и анализ литературы, опросников по данной проблеме	Обсуждение, анализ, наблюдение	Поиск и анализ литературы Психолого-педагогическое диагностическое исследование детерминантов ЗОЖ и поведенческих ФР	1	Январь-март 2012г.	Психолог ОУ
1.2. Поставить цели внедрения программы формирования ЗОЖ в ДОУ	Выдвижение и обоснование целей внедрения программы	Обсуждение, анализ материалов по цели внедрения программы, круглый стол	Работа психологической службы ОУ, наблюдение, беседа	1	Апрель – июнь 2012г.	Психолог ОУ
1.3. Разработать этапы исследования формирования ЗОЖ у педагогов, детей и родителей детей ДОУ	Изучение и анализ содержания этапов исследования, задач, принципов, условий, критериев и показателей эффективности	Анализ личных дел учащихся, анализ программы внедрения, анализ готовности ОУ к инновационной деятельности по внедрению программы	Работа психологической службы ОУ, анализ документации, работа по разработке этапов исследования	1	Июль-декабрь 2012 г.	Психолог ОУ
1.4. Разработать программно-целевой комплекс внедрения программы	Анализ уровня подготовленности пед. коллектива к внедрению	Составление программы внедрения, анализ материалов готовности ОУ к	Педагогический совет, анализ документов, работа по составлению Программы внедрения	1	Январь-июнь 2013 г.	Психолог, администрация ОУ

формирован ия ЗОЖ у педагогов, детей, родителей детей ДОУ	инноваций, анализ работы ОУ по теме внедрения, подготовка метод.базы внедрения программы	инновацион ной деятельност и				
2-й этап: «Формирование положительной психологической установки на внедрение программы формирования здорового образа жизни педагогов ДОУ»						
2.1. Выработать состояние готовности к освоению предмета внедрения у администра ции ОУ и заинтересов анных субъектов внедрения	Формирован ие готовности внедрить Программу в ОУ, психологиче ский подбор и расстановка субъектов внедрения	Обосновани е практическ ой значимости внедрения, тренинги (развития, готовности к инновацион ной деятельност и, внедрения), беседы, обсуждения , популяриза ция идеи внедрения программы	Индивидуальн ые беседы с заинтересован ными субъектами внедрения программы, работа психологическ ой службы ОУ, участие в семинарах со смежной тематикой	1	Июль - декаб рь 2013г.	Психолог, админист рация ОУ
2.2. Сформирова ть положитель ную реакцию на предмет внедрения программы у педагогичес кого коллектива ОУ	Пропаганда передового опыта по внедрению инновацион ных технологий в ОУ и их значимости для ОУ, значимости и актуальност и внедрения Программы	Методическ ие консультац ии. Консультац ии для родителей	Беседы, семинары, изучение передового опыта внедрения инновационны х технологий в ОУ, творческая деятельность	Не ме нее 5	Январ ь – март 2014 г.	Психолог, админист рация ОУ
2.3. Сформирова ть положитель	Пропаганда передового опыта по внедрению	Семинары, консультац ии, научно- исследовате	Участие в конгрессах, конференциях, семинарах по	Не ме нее 4	Апрел ь – июнь 2014г.	Психолог, админист рация ОУ

ную реакцию на предмет внедрения программы у заинтересованных субъектов вне ОУ	инновационных технологий вне ОУ и их значимости для системы образования, значимости и актуальности внедрения программы	льская работа, конференции и конгрессы	теме внедрения, статьи, выставки		г.	
2.4. Сформировать веру в свои силы по внедрению инновационной технологии в ОУ	Анализ своего состояния по теме внедрения, подбор и расстановка субъектов внедрения, исследование психологического паспорта субъектов внедрения	Постановка проблемы, обсуждение, тренинг развития, консультации с научным руководителем диссертационного исследования	Беседы, консультации, самоанализ	1	Июль - сентябрь 2014 г.	Психолог, научный руководитель диссертационного исследования
3-й этап: «Изучение предмета внедрения программы формирования ЗОЖ педагогов, коллектива и родителей детей ДОУ»						
3.1. Изучить необходимые материалы и документы о предмете внедрения	Изучение материалов и документов о предмете внедрения инновационной программы и документации ОУ	Фронтально	Семинары, работа с литературой и информационными источниками	1	Октябрь - декабрь 2014 г.	Психолог ОУ
3.2. Изучить сущность предмета внедрения инновационной программы в ОУ	Освоение системного подхода в работе над темой изучения предмета внедрения, его задач, принципов, содержания,	Фронтально и в ходе самообразования	Семинары, тренинги (развития, готовности к инновационной деятельности)	1	Январь – март 2015 г.	Психолог, администрация ОУ

	форм и методов					
3.3. Изучить методику внедрения темы программы	Освоение системного подхода в работе над темой	Фронтально и в ходе самообразования	Семинары, тренинги (целеполагания, внедрения)	1	Апрель-май 2015 г.	Психолог, администрация ОУ
4-й этап: «Опережающее (пробное) освоение предмета внедрения программы формирования здорового образа жизни педагогов ДОУ»						
4.1. Создать инициативную группу для опережающего внедрения программы	Определение состава инициативной группы, организационная работа, исследование психологического портрета субъектов внедрения	Наблюдение, анализ, собеседование, обсуждение	Работа психологической службы ОУ, тематические мероприятия	Не менее 6	Июнь-июль 2015 г.	Психолог, администрация ОУ, научный руководитель диссертационного исследования
4.2. Закрепить и углубить знания и умения, полученные на предыдущем этапе	Изучение теории предмета внедрения, теории систем и системного подхода, методики внедрения	Самообразование, научно-исследовательская работа, обсуждение	Беседы, консультации, работа психологической службы ОУ	1	Август 2015г..	Психолог, администрация ОУ
4.3. Обеспечить инициативной группе условия для успешного освоения методики внедрения программы	Анализ создания условий для опережающего внедрения инновационной программы	Изучение состояния дел в ОУ по теме внедрения программы, обсуждения, экспертная оценка	Производственное совещание, анализ документации ОУ	1	Сентябрь-октябрь 2015 г.	Психолог, администрация ОУ
4.4. Проверить методику внедрения программы	Работа инициативной группы по внедрению программы	Изучение состояния дел в ОУ, корректировка программы	Посещение уроков, работа психологической службы ОУ, внеурочные формы работы	Не менее 5	Ноябрь-декабрь 2015 г.	Психолог, администрация ОУ
5-й этап: «Фронтальное освоение предмета внедрения программы формирования здорового образа жизни педагогов ДОУ»						

5.1. Мобилизовать педагогический коллектив ОУ на внедрение инновационной программы	Анализ работы инициативной группы по внедрению программы	Сообщение о результатах работы по инновационной технологии, тренинги (внедрения, готовности к инновационной деятельности), работа психологической службы ОУ	Педагогический совет, работа психологической службы ОУ	1	Январь - февраль 2016г.	Психолог, администрация ОУ
5.2. Развить знания и умения, сформированные на предыдущем этапе	Обновление знаний о предмете внедрения программы, теории систем и системного подхода, методики внедрения	Обмен опытом внедрения инновационных программ, самообразование, тренинги (готовности к инновационной деятельности, саморегуляции), работа психологической службы ОУ	Консультации, работа психологической службы ОУ, семинар	1	Март-апрель 2016 г.	Психолог, администрация ОУ
5.3. Обеспечить условия для фронтального внедрения инновационной программы	Анализ состояния условий для фронтального внедрения программы в ОУ	Изучение состояния дел в ОУ по теме внедрения программы, обсуждения, работа психологической службы ОУ	Работа психологической службы ОУ, совещание, анализ документов ОУ	1	Май-июнь 2016г.	Психолог, администрация ОУ
5.4. Освоить всем	Фронтальное освоение	Наставничество,	Работа психологическ	1	Июль-август	Психолог,

педагогическим коллективом предмет внедрения	программы формирования регулятивных УУД младших школьников	обмен опытом, анализ и корректировка технологии внедрения программы	ой службы ОУ, пед. совет, консультации, работа метод. объединений		2016 г.	администрация ОУ
6-й этап: «Совершенствование работы над темой формирование ЗОЖ педагогов ДОУ»						
6.1. Совершенствовать знания и умения, сформированные на предыдущем этапе	Совершенствование знаний и умений по системному подходу	Наставничество, обмен опытом, корректировка методики	Семинар по теме внедрения, анализ материалов, работа психологической службы ОУ	1	Сентябрь-октябрь 2016 г.	Психолог, администрация ОУ
6.2. Обеспечить условия совершенствования методики работы по внедрению программы	Анализ зависимости конечного результата по 1-му полугодю от создания условий для внедрения программы	Анализ состояния дел в ОУ по теме внедрения программы, обсуждение, доклад	Производственное собрание, анализ документации ОУ, работа психологической службы ОУ	1	Ноябрь-декабрь 2016 г.	Психолог, администрация ОУ
6.3. Совершенствовать методику освоения внедрения программы	Формирование единого методического обеспечения освоения внедрения программы	Анализ состояния дел в ОУ по теме внедрения программы, методическая работа	Работа психологической службы ОУ, методическая работа	Не менее 3	Январь - февраль 2017 г.	Психолог, администрация ОУ
7-й этап: «Распространение передового опыта освоения внедрения программы формирования ЗОЖ педагогов ДОУ»						
7.1. Изучить и обобщить опыт внедрения инновационной технологии	Изучение и обобщение опыта работы ОУ по инновационной технологии	Наблюдение, изучение документов ОУ, посещение уроков	Работа психологической службы ОУ, стенды, буклеты, внеурочные формы работы	Не менее 5	Март-апрель 2017 г.	Психолог, администрация ОУ
7.2. Осуществить наставничество над	Обучение психологов и педагогов других ОУ работе по	Наставничество, обмен опытом, консультации,	Выступление на семинарах, работа психологической службы ОУ		Май - июнь 2017г.	Психолог, администрация ОУ

другими ОУ, приступающ ими к внедрению программы	внедрению программы	семинары				
7.3. Осуществит ь пропаганду передового опыта по внедрению программы в ОУ	Пропаганда опыта внедрения в работе	Выступлен ия на семинарах, конференци ях, конгрессах, научная и творческая деятельност ь	Участие в конференциях, конгрессах, написание статей и научной работы по внедрению программы	2-3	июль- август 2017г.	Психолог , админис- трация ОУ
7.4. Сохранить и углубить традиции работы над темой, сложившеес я на предыдущих этапах	Обсуждение динамики работы над темой, научная работа по теме внедрения программы	Наблюдени е, анализ, работа психологич еской службы ОУ, научная деятельност ь	Семинары, написание научной работы, статей по теме внедрения программы, изучение последующего опыта внедрения программы в различных ОУ	Не ме- нее 2	Сентяб рь- октябр ь 2017 г.	Психолог , админис- трация ОУ