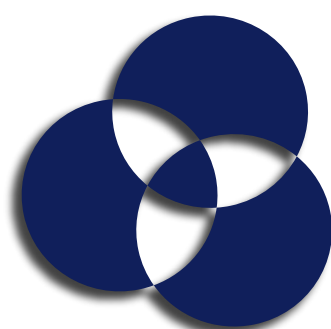


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

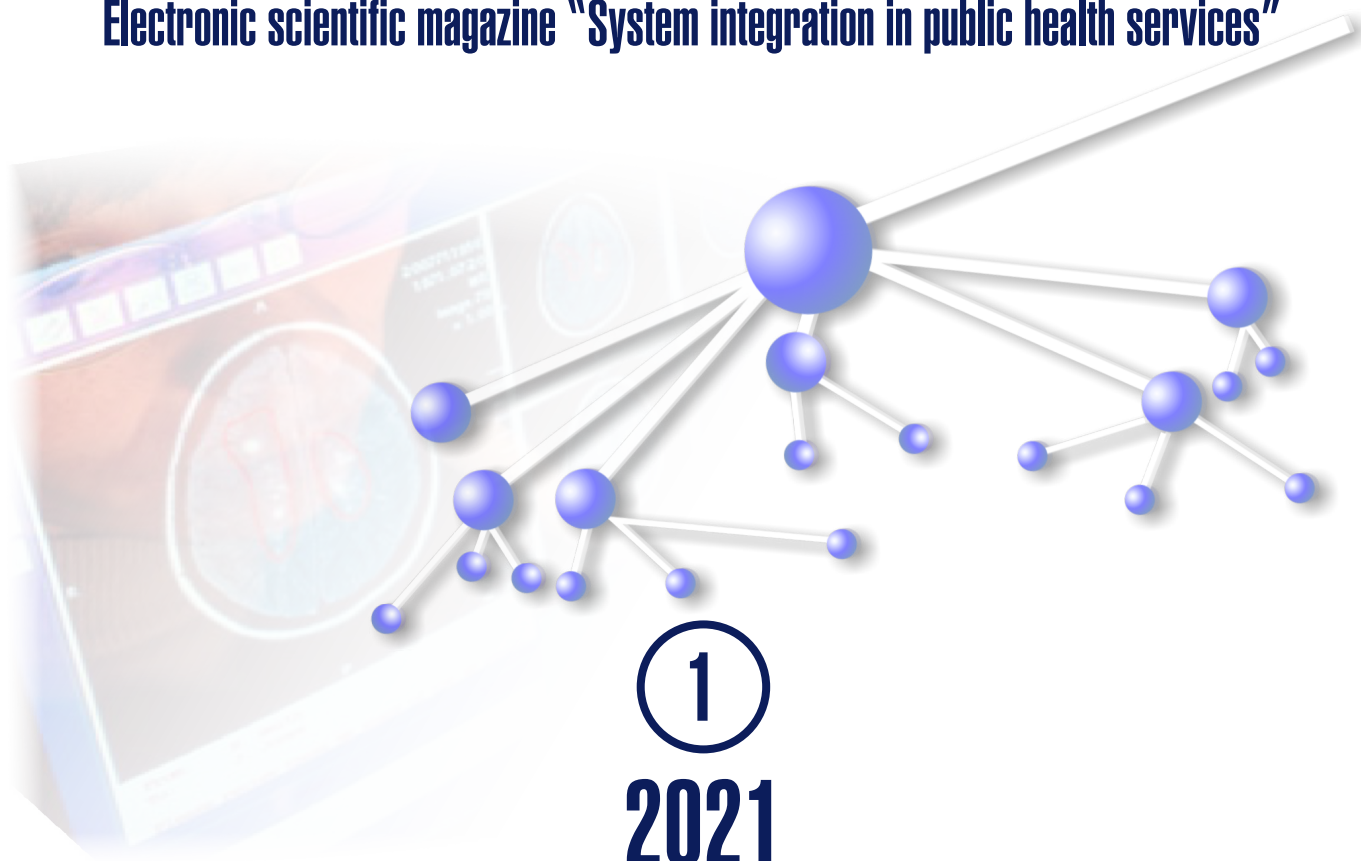
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



1

2021

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

sys-int@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2021



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 1 (50) 2021

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместители главного редактора
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН



Уважаемые читатели!

В связи с глобальными изменениями современных реалий, которые привнесла в нашу жизнь пандемия новой коронавирусной инфекции, для поддержания научно-образовательной деятельности стали широко использоваться он-лайн технологии.

В очередном номере нашего журнала представ-

лены статьи по результатам I-ой Международной научно-практической конференции «Социально-педагогические, клиничко-психологические аспекты обеспечения профессиональной деятельности в межкультурном пространстве», проведенной при помощи видеоконференцсвязи.

В работе организационного комитета принимали активное участие наши многоуважаемые коллеги из ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, Московской международной академии, Берлинской академии психологии, НАО «Северо-Казахстанского Университета им. М. Козыбаева» и ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум».

Докладчиками были подняты крайне актуальные проблемы: «Психологические последствия COVID-19: проблемы и вызовы», «Логотерапия как технология сопровождения психологического здоровья», «Реализация инклюзивного образования в СКУ им. М.Козыбаева», «Психологическая усталость и эмоциональное выгорание у профессиональных спортсменов», «Особенности психолого- педагогического сопровождения подростков с кибераддикцией в специальных условиях» и другие чрезвычайно важные вопросы социально-педагогического и клиничко-психологического профиля.

Особенно порадовала молодежная секция конференции и живой интерес ее учащихся к научной деятельности, слаженная работа команды наставников и молодых ученых.

Хочется пожелать всем участникам конференции высокой творческой активности и успехов в их нелегком, но очень интересном труде на научном поприще!

Так держать!

доктор медицинских наук, член-корр. РАЕН,
главный внештатный детский невролог,
главный редактор ЭНИ СИВЗ,
главный врач ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»
Дугина Е.А.

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Ходченко И.А. СОПРОВОЖДАЕМОЕ РОДИТЕЛЬСТВО СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ АТИПИЧНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНОСТИ	5
Кузнецов А.А. РОЛЬ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ МЧС: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ.....	11
Кузьмин К.В., Петрова Л.Е. УЧЕБА «ДЛЯ СЕБЯ», «ДЛЯ НАС» И «УЧЕБА С ДРУГИМИ»: ТИПОЛОГИЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО КОНТЕНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	16
Гаменюк С.П., Макарова В.В., Казанцева А.В. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	36
Кочев Д.И., Чебыкина О.В., Казанцева А.В., Набойченко Е.С. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ СРЕДИ СТУ-ДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ.....	46
Набойченко Е.С., Уляшина Е.И. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, КАК ПСИХОЛОГИ- ЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АТИПИЧНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ.....	53
ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ	
Елькин И.О. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕ- МИИ COVID-19 И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ.....	60
Ханнаалла Джессика Э.В.З., Богданова Е.Н., Шапошников Г.Н. ПЕДИАТРИЯ ЕГИПТА В ДРЕВНОСТИ И СОВРЕМЕННОСТИ.....	65

СОПРОВОЖДАЕМОЕ РОДИТЕЛЬСТВО СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ АТИПИЧНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНОСТИ

¹Дугина Е. А., ²Набойченко Е. С., ²Ходченко И. А.

¹ ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ

²ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Аннотация. В статье представлено исчерпывающее теоретическое исследование (без авторского включения) вопроса о междисциплинарном психолого-педагогическом и медицинском сопровождении родителей семей, в которых развивается ребенок, имеющий атипичные особенности внешности; подчеркиваются исключительные черты общественного отношения к таким детям и условия развития остракизма в «детско-родительских отношениях», рассматривается наиболее результативный метод коррекции подобных состояний внутри социальных институтов, а также предлагается вариант определения подобных вмешательств как «сопровожаемое родительство».

Ключевые слова: сопровождаемое родительство, атипичная внешность, стигматизация, детское развитие, психологическая адаптация

SUPPORTED PARENTING OF FAMILIES WITH CHILDREN HAVING ATYPICAL APPEARANCES

¹Dugina E.A., ²Naboichenko E.S., ²Khodchenko I.A.

¹ GUAZ SO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, Russian Federation

²Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Annotation. The article presents an exhaustive theoretical study (without the author's inclusion) of the issue of interdisciplinary psychological, pedagogical and medical support of parents of families in which a child with atypical features of appearance is developing; the exceptional features of social attitudes towards such children and the conditions for the development of ostracism in "parent-child relations" are emphasized, the most effective method of correcting such conditions within social institutions is considered, and a variant of defining such interventions as "accompanied parenting" is proposed.

Keywords: accompanied parenting, atypical appearance, stigmatization, child development, psychological adaptation

Введение

Цель исследования – определение отношения детей с атипичными особенностями внешности, на примере врожденно расщелины губы и неба, к себе и

окружающим, значимых факторов в его формировании, в частности взаимодействия членов семьи с ребенком, а также обоснование необходимости сопровождаемого родительства в таких семьях – подключения специалистов как из области медицины, так и психологии и педагогики, социальной педиатрии; формулирование варианта трактования «сопровождаемого родительства» с учетом междисциплинарного подхода как одного из действенных инструментов коррекции развития детей с атипичными особенностями внешности.

Материалы и методы исследования

Вопрос о необходимости обеспечения условий для сопровождаемого родительства семей, в которых воспитывается ребенок с атипичными особенностями лица, рассматривался на уровне анализа результатов исследований подверженности стигматизации детей с особенностями внешности и влияние роли их родителей в процессе адаптации и социализации в онтогенезе, результаты представлены графическим образом (см. рис. 1-2).

Результаты исследования и их обсуждение

Виды дискриминации выделяются по основанию признака, служащего главной внешне отличительной характеристикой человека: возраст, пол, цвет волос, вес, форма тела (скелетные особенности), черты лица и др. Результаты исследования Д. В. Погонцевой заключают, что при проявлении такого предвзятого отношения внимание уделяется в большей степени специфическим особенностям внешности и эстетике человека в целом – общему образу [1]. Примечательно, что ауто-дискриминация отмечается чаще в случаях оценивания общей эстетической привлекательности людей, чем при рассмотрении исключительно лицевых черт. Поскольку дискриминация по лицевым чертам является наиболее распространенным и проявляемым видом предвзятого отношения к человеку, то дети с атипичными особенностями внешности попадают в группу риска - тех, кто может быть подвержен негативному влиянию со стороны отдельных лиц социального окружения; а значит, существует необходимость в исследовании вопроса о состоянии младшего возраста людей, имеющих особенности фенотипа.

Положительное влияние на когнитивное развитие детей с атипичными особенностями внешности оказывают коррекционные формы игр, облегчающие процессы адаптации и социализации таких ребят в силу их особых потребностей при объяснении восприятия окружающих имеющих особенности лицевых черт [2]. Вовлечение

данных детей в игровую форму взаимодействия под контролем психолого-педагогического состава приводит к значимым результатам: формируется асертивность, усваиваются социально-приемлемые паттерны поведения, повышается мотивация [2]. Дети с атипичными особенностями внешности отличаются от детей, относящихся к принятому условно нормальному фенотипу, большей степенью застенчивости, по остальным же параметрам они значимо не различаются [3]. При ранних вмешательствах: включении психолого-педагогического сопровождения и медицинского воздействия – такой ребенок с большей вероятностью сможет вести комфортную жизнедеятельность, развиваясь умственно и физически так же, как и остальные.

Взаимодействие с другими людьми, в частности с семьей, позволяет ребенку не только повысить качество понимания собственной социальной роли, но и включить в личную психическую реальность знание об общественных требованиях к другим ролям [4]. Это знание в последствии дети используют как базис при выборе совершения поступков – за неимением такого опыта случайная ситуация, косвенно походящая на текущую, становится единственным примером поведенческой стратегии [4]. Он формирует стойкое психическое образование, определенную стереотипизацию поведенческих актов, что опосредует дальнейший процесс научения индивида. Включение в социум есть важный элемент для формирования человека, однако детям с атипичными особенностями внешности обеспечить комфортные условия для реализации указанной составляющей за счет житейских представлений членов семьи о психо-физиологическом устройстве развивающегося ребенка представляется крайне затруднительной задачей, даже при условии доступности информации, в виду аффективной обусловленности реакций представителей ближайшего окружения.

Родители, в семьях которых появился ребенок с атипичными особенностями внешности, могут быть не готовы к взаимодействию с ним, отчего последний подвергается или социальной депривации со стороны матери, или гиперопеке всей семьей – оба варианта не позволяют адекватно социо-культурным условиям образовать представление о должном поведении, и, как следствие, формирование личности происходит по дезадаптивному пути онтогенеза [4, 5]. При совершении попыток произвести психолого-педагогическое и медицинское вмешательство в развитие детей таких семей чаще встречается настроение в отношении социальных служб с особенной настороженностью: тревожность за возможное распространение информации о наличии подобного ребенка в конкретной семье, несоответствие социальным ожиданиям о

«нормальности» и др. [5, 6]. В аналогичных случаях психолого-педагогическая работа проводится не только с ребенком, но и в индивидуальном и/или групповом (супружеском) варианте с его родителями. По результатам психокорректирующих программ, реализуемых внутри семей, воспитывающих детей с атипичными особенностями внешнего вида, отмечается значительное положительное изменение «детско-родительских» отношений: в сравнении с контрольными группами «здоровых семей» находящиеся под исследовательским наблюдением и психо-терапевтическим вмешательством показывали лучшие результаты (меньшую выраженность) по признакам: «авторитарность в семье», «недоверие к ребенку», «противоречивое отношение к самостоятельности ребенка», «Неустойчивый тип воспитания», за исключением «воспитания по типу гиперопеки», что оставалось на достаточно высоком уровне [5].



Рис. 1. Вариант модели «сопровождаемого родительства» с участниками: семья, службы духовного и медицинского секторов

Таким образом, под сопровождаемым родительством можно понимать альтернативные формы психо-корректирующей и медико-социальной реабилитации, которые возможно проводить в качестве комплексного подхода: мероприятий в условиях медико-социального как стационарного наблюдения бригадой специалистов, так и амбулаторного – родителями под курированием специалистов различных направлений: психологов, врачей, педагогов и социальных работников (см. рис. 1).

Сопровождаемое родительство формируется на базовых понятиях о мотивации и способностях семьи к сотрудничеству с реабилитационной бригадой – специалистами, занимающимися процессом физиологического и духовного восстановления ребенка с

атипичными особенностями внешности. Налаживание такого сотрудничества зависит также и от координации действий специалистов, сопровождающих данный процесс реабилитации (см. рис. 2).

Вызывает научный интерес в области психологических исследований представле-

Формирование продуктивных взаимоотношений	Семья	Потребность в реабилитационных мероприятиях Запрос на оказание квалифицированной помощи Открытость к сотрудничеству со специалистами
	Специалисты	Наличие достаточного уровня подготовки и необходимого материального оснащения Обеспечение условий доступности оказываемых услуг Реализация программы бригадой специалистов

Рис 2. Необходимые условия для реализации качественной реализации услуг реабилитации детей с атипичными особенностями внешности

ние о собственной схеме тела детей с атипичными особенностями внешности в силу их морфо-физиологических особенностей развития, что создает условия для особых форм адаптации, которые также кажется важным рассмотреть в рамках анализа изменчивости поведения человека согласно внешним (социальным) и внутренним (анатомическим и физиологическим) условиям как важные детерминанты личностного развития формирующегося ребенка. Остаются неразрешенными вопросы о влиянии просветительских мероприятий, заключающих в себе медицинское и психолого-педагогическое информирование, на отношение общественности к таким детям.

Выводы:

1. Дети с атипичными особенностями внешности нуждаются к мультидисциплинарном сопровождении: медицинском и духовном;
2. Важно проводить регулярную психологическую работу с родителями детей, имеющих атипичные особенности внешности;
3. Чем ранее было подключено медицинское и духовное сопровождение детей с атипичными особенностями внешности, тем более полноценную и качественную жизнедеятельность они могут вести;
4. Главнейшее значение в становлении самооценки ребенка с атипичными особенностями внешности и развитии его способностей соответствовать нормам поведения

того общества, где он формируется, заключается в выбранных стратегиях поведения взрослых в «детско-родительских», супружеских и семейных отношениях в целом.

Список литературы:

1. Погонцева Д. В. Буллинг связанный с внешним обликом / Д. В. Погонцева // АНИ: педагогика и психология. – 2019. – №1 (26).
2. Маль Г. С. Особенности личности детей с ограниченными возможностями здоровья / Г. С. Маль // Коллекция гуманитарных исследований. – 2020. – №2 (23).
3. Набойченко Е. С. Внутренние и внешние детерминанты, влияющие на стигматизацию личности с атипичными особенностями внешности / Е. С. Набойченко // Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – №1.
4. Набойченко Е. С. Роль семьи в усвоении детьми половых ролей и межличностных отношений / Е. С. Набойченко, Е. В. Фокина // Педагогическое образование в России. – 2012. – №6.
5. Набойченко Е. С. Семья как социально-психологический аттрактор формирования дезадаптации у детей школьного возраста с атипичной внешностью / Е. С. Набойченко // Педагогическое образование в России. – 2012. – №2.
6. Набойченко, Е. С. Психологическое сопровождение развития детей с атипичными особенностями внешности // Педагогическое образование в России. – 2017. – №9.

РОЛЬ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ МЧС: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Кузнецов А.А.

ФГБОУ ВО Уральский институт ГПС МЧС России

Резюме. В статье рассматриваются аспекты профессиональной подготовки сотрудников пожаротушения МЧС России. Роль спортивной подготовки в контексте психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности.

Ключевые слова: физическая и профессиональная подготовка, программа сопровождения, сотрудники.

THE ROLE OF SPORTS TRAINING IN THE PROFESSIONAL ACTIVITIES OF EMERCOM EMPLOYEES: PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT

A.A. KUZNETSOV

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural Institute of the State Fire Service of the Ministry of the Russian Federation for Civil Defense, Emergency Situations and Elimination of Consequences of Natural Disasters"

Summary. The article deals with the aspects of professional training of fire-fighting personnel of the ministry of emergency situations of russia. The role of sports training in the context of psychological and pedagogical support of professional activity.

Keywords: physical and professional training, support program, employees.

Профессиональная деятельность сотрудников Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (далее МЧС России), в частности сотрудников пожаротушения, несомненно сопряжена с риском для жизни. Сотрудники данного направления несут персональную ответственность за успешность выполняемых задач по спасению людей и имущества. Такие условия трудовой деятельности обуславливают довольно высокие требования, предъявляемые к сотрудникам при приеме на службу, это касается как физической, так и психологической подготовленности.

При приеме на службу, сотрудники проходят тщательный отбор в филиалах ЦЭПП (Центров экстренной помощи пострадавшим) при Главных управлениях МЧС России субъектов РФ [1]. Специалисты психологической службы применяют психодиагностические методики для выявления необходимых (допустимых) качеств личности будущих специалистов экстремального профиля. Соответствующие рекомендации направляются в адрес военно-врачебной комиссии, которая принимает окончательное решение о приеме в органы внутренних дел. Наряду с психологическим обследованием проводится проверка физического развития по трем составляющим: сила – скорость – выносливость. После успешного прохождения вступительных испытаний, соискатели принимают присягу сотрудника и приступают к выполнению служебных обязанностей.

Повседневная служебная деятельность предусматривает непрерывную профессиональную подготовку личного состава федеральной противопожарной службы, в некотором смысле – непрерывное образование. Профессиональная подготовка для участников тушения пожаров подразумевает под собой «боевую подготовку», реализуемую по утвержденным планам и расписаниям в течении года.

В соответствии с Порядком подготовки [2], занятия спортом предусматриваются два раза в неделю по два часа. Этого времени достаточно для поддержания физической работоспособности на высоком уровне. Также, на всероссийском уровне и на международной арене, происходит популяризация пожарно-спасательного спорта, который является неотъемлемой частью профессиональной подготовки. Пожарно-спасательный спорт включен в Единую всероссийскую спортивную классификацию (ЕВСК), и призван тренировать сотрудников в выполнении комплексов разнообразных приёмов, применяемых в практике тушения пожаров [3].

Наряду с занятиями спортом, в рамках боевой подготовки, предусматривается психологическая подготовка пожарных. Психологическая подготовка реализуется на занятиях по огневой полосе психологической подготовки пожарных (ОППП), и предусматривает выполнение упражнений максимально приближенных к реальной обстановке на пожаре (в боевой одежде и снаряжении, в дыхательных аппаратах на сжатом воздухе, открытые очаги горения, задымленные лабиринты и т.д.) [4].

Описанный выше комплекс мероприятий, для лучшего восприятия, схематично представлен на рисунке (рис. 1).

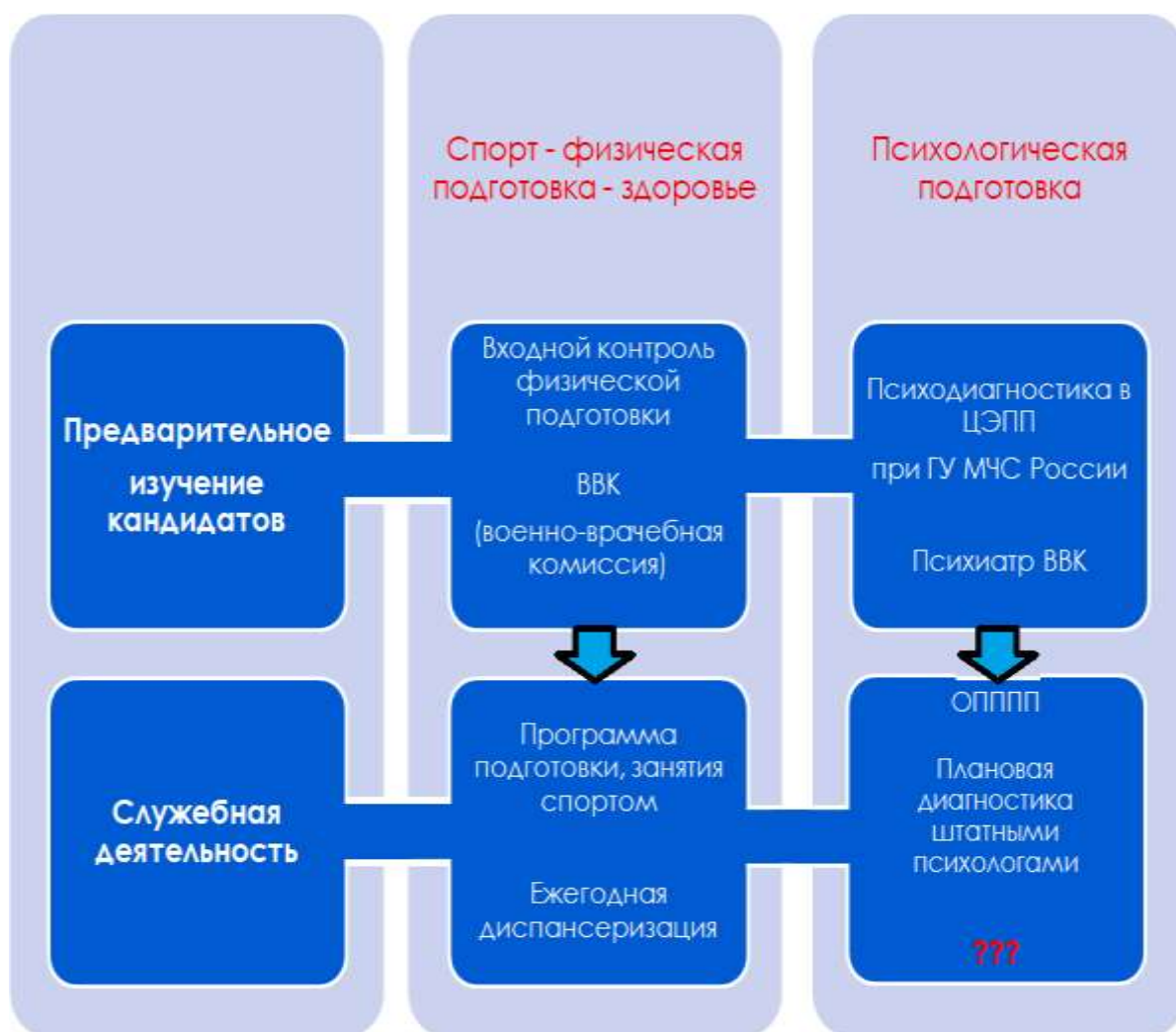


Рисунок 1. Блок-схема профессионального отбора и подготовки

Следует пояснить, что в процессах изображенных на блок схеме, в линии служебной деятельности и по вертикали «психологической подготовки», на протяжении всего срока службы, проходит плановая психодиагностика (раз в три года) эмоционального фона сотрудников с последующей подшивкой результатов в архивные дела и личные карточки. Если рассмотреть вертикаль «спорт – физическая подготовка – здоровье», то здесь наблюдается сопровождение в виде ежегодной диспансеризации и непрерывных занятий спортом в рамках программы подготовки, тогда как планового психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности, как необходимого инструмента для развития психологических качеств – просто нет! В этом есть существенный недостаток, помеченный знаками вопроса на схеме. Данная проблема изучается, есть определенные положительные сдвиги, но, по сути, это большой пробел. В рамках диссертационного исследования, мы попытались решить данную

проблему и предложили психолого-педагогическое сопровождение формирования стрессоустойчивости у сотрудников ведомства.

Гипотеза, о существовании проблемы сопровождения формирования необходимых качеств личности сотрудников, подтвердилась в ходе исследований методом экспертной оценки. Многочисленные отзывы действующих сотрудников федеральной противопожарной службы, свидетельствуют о необходимости психолого-педагогического сопровождения формирования стрессоустойчивости. Такое сопровождение поможет избежать профессионального выгорания и посттравматических синдромов.

Всем известна поговорка – «..в здоровом теле – здоровый дух!», проецируя ее на процессы непрерывной подготовки сотрудников, необходимо сказать о том, что подготовка должна носить комплексный характер. Наряду с физическим развитием, посредством занятий спортом, необходимо не только проводить плановую диагностику психологического состояния, но и помогать преодолевать деструктивные состояния в ходе психолого-педагогического сопровождения.

В рамках проведенных исследований, предлагается воздействовать на определенные детерминанты формирования профессионально важного качества личности – стрессоустойчивость [5]. Авторская программа предусматривает воздействие на личность с помощью блоков методических и психокоррекционных тренингов, разработанных на основе контент-анализа [6]. Алгоритм программы можно представить следующим образом (рис. 2):

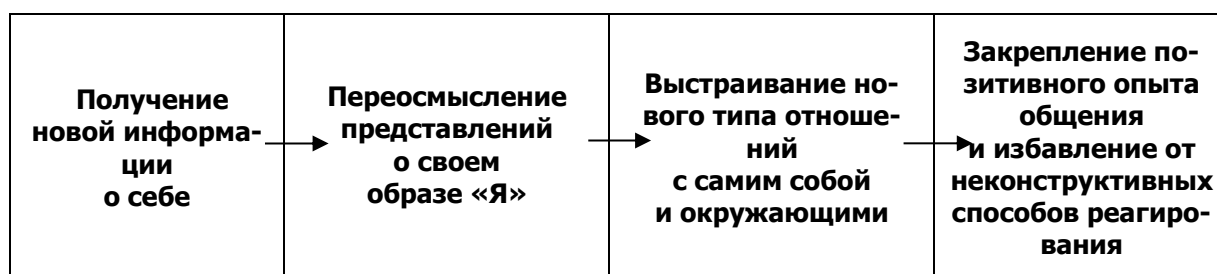


Рисунок 2. Стратегическая линия программы психолого-педагогического сопровождения формирования стрессоустойчивости

Данная программа апробирована в ряде вузов МЧС России и предполагается внедрение в реагирующих подразделениях субъектов РФ.

В заключение отметим еще раз, что при тушении пожаров, сотрудники сталкиваются со значительными физическими перегрузками, воздействием высоких температур, работой в аппаратах на сжатом воздухе в непригодной для дыхания среде и т.д.

Поэтому, довольно трудно переоценить роль спортивной и психологической подготовленности сотрудника в успешности выполняемых задач, ведь от этого зависят жизни наших с вами сограждан.

Список литературы:

1. Федеральный закон «О службе в федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 23.05.2016 N 141-ФЗ.
2. Приказ МЧС России от 26 октября 2017 г. № 472 «Об утверждении Порядка подготовки личного состава пожарной охраны»
3. Пожарно-спасательный спорт // Свободная энциклопедия. Википедия/URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения: 23.12.2020).
4. Приказ МЧС РФ от 9 января 2013 г. N 3 «Об утверждении Правил проведения личным составом федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы аварийно-спасательных работ при тушении пожаров с использованием средств индивидуальной защиты органов дыхания и зрения в непригодной для дыхания среде»
5. Кузнецов А.А. Структура детерминант стрессоустойчивости курсантов высшей школы МЧС [Текст] / А.А. Кузнецов// Сборник статей Международной научно-практической конференции «Психолого-педагогический взгляд на профессионально-ориентированное образование» (Новосибирск, 26.12.2019 г.). – Стерлитамак: АМИ, 2019. – С. 104-106.
6. Кузнецов, А.А. Риторический образ пожарного как условие формирования личностно значимых характеристик профессии [Текст] / Т.С. Вершинина, А.А. Кузнецов // Техносферная безопасность. Научный электронный журнал: URL: <http://uigps.ru/content/nauchnyy-zhurnal/ritoricheskiy-obraz-pozharnogo-kak-uslovie-formirovaniya-lichnostno-znachimyh-harakteristik>.

УЧЕБА «ДЛЯ СЕБЯ», «ДЛЯ НАС» И «УЧЕБА С ДРУГИМИ»: ТИПОЛОГИЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО КОНТЕНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кузьмин К.В.¹, Петрова Л.Е.²

1. ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», Екатеринбург, РФ
2. МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства (институт)», Екатеринбург, РФ

Резюме. Рассмотрены проблемы социальной эксклюзии в условиях самоизоляции и влияния геронтостереотипов на формирование представлений об образовательных и познавательных способностях, возможностях и ограничениях пожилых людей. Проанализированы достоинства и недостатки «гибридного мира», а также основные проблемы, возникающие при вовлечении пожилых людей в интернет-пространство. Представлены стратегии адаптивного поведения лиц «третьего возраста» в сети Интернет. Выделены образовательные группы пожилых людей с учетом жизненных стилей, общекультурных и образовательных потребностей, контента социальных сетей, моделей обучения и применимости дистанционных технологий.

Ключевые слова: пожилые люди, геронтостереотипы, «гибридный мир», образовательные группы.

LEARNING "FOR ME", "FOR US" AND "LEARNING WITH OTHERS": THE TYPOLOGY OF USERS CONSUMING EDUCATIONAL CONTENT WITH THE USE OF DISTANCE LEARNING

Kuzmin K.V.¹, Petrova L.E.²

1. Sverdlovsk Regional Medical College, Yekaterinburg, Russian Federation
2. Ekaterinburg Academy of Contemporary Art, Yekaterinburg, Russian Federation

Summary. The problems of social exclusion in conditions of self-isolation and the influence of gerontostereotypes on the formation of ideas about educational and cognitive abilities, opportunities and limitations of the elderly are considered. The advantages and disadvantages of the “hybrid world”

are analyzed, as well as the main problems that arise when older people are involved in the Internet space. The strategies of adaptive behavior of persons of "third age" on the Internet are presented. Educational groups of older people were identified, taking into account life styles, general cultural and educational needs, content of social networks, learning models and applicability of distance technologies.

Key words: elderly people, gerontostereotypes, "hybrid world", educational groups

Введение

События последнего времени, связанные с появлением и распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, оказали самое существенное воздействие на положение социально уязвимых групп российского общества и в первую очередь на пожилых людей, отнесенных к категории 65+ и оказавшихся в положении вынужденных «изгоев» из-за введенного режима обязательной домашней самоизоляции. Последняя явилась своеобразным маркером стигматизации, превратившем возраст человека в ведущий фактор социальной эксклюзии – принудительного исключения пожилых людей из общественной жизни.

Как замечают психологи, «карантин стал равнозначен постоянному пребыванию дома в четырех стенах, без какой-либо возможности живого социального взаимодействия. Особенно это коснулось наших бабушек и дедушек, которые сейчас сидят в своих домах и квартирах в полном одиночестве... Для них это действительно очень тяжело психологически, особенно для тех, кто заперся дома не из-за понимания и принятия ситуации, а из-за того, что его заставили» [1].

К сожалению, рекомендации, адресованные пожилым людям в условиях самоизоляции, зачастую провоцируют развитие состояния социальной исключенности. Например [2]:

- нежелательно пересекаться даже с соседями: если кто-то звонит в дверь или по телефону и говорит, что может оказать помощь, принести продукты, деньги – нужно тщательно проверять информацию;

- необходимо вспомнить, чем любили заниматься раньше: начать шить и вязать, заняться разбором завалов в шкафу с одеждой, различной домашней утварью, перебрать аптечку;

- отвлекаться от новостей про коронавирус, стараться смотреть развлекательные передачи по телевизору или читать книги.

Следует также заметить, что режим самоизоляции во многом усугубил те противоречия информационного общества, которые связаны со стремительным переходом от традиционной «постфигуративной» культуры, когда подрастающее поколение перенимало опыт у старших, к инновационной «префигуративной» культуре, в которой старшему поколению нередко приходится учиться у своих детей. Постарение общества, увеличение продолжительности жизни и сокращение рождаемости при одновременной модификации института старости, изменившей статус пожилого человека в обществе, вызвали, по мнению исследователей [3], неоднозначные последствия. С одной стороны, серьезной проблемой стала проблема социализации пожилого человека, в первую очередь, в кругу семьи, а с другой – игнорирование опыта старшего поколения приводит к осознанию пожилыми людьми своей ненужности, к утрате ими статуса ключевого источника информации, носителя культуры и к нивелированию их социальной роли.

Все это в целом порождает заниженную самооценку и препятствует внедрению идеологии «успешного, или благополучного, старения», акцентирующей свое внимание на высокой сохранности умственных и физических функций и активной вовлеченности пожилых людей в социальную жизнь и приходящей на смену представлениям о старости как периоде «потребности в заботе» [4; 5].

К примеру, Н.А. Ермак выделяет 3 типа позитивного отношения к старости [6]:

1. Активная творческая старость – пожилые люди ведут активный образ жизни, продолжают работать, участвуют в общественной жизни;
2. Комфортная старость – энергия пожилого человека направляется на реализацию собственных интересов (хобби) – спорт, чтение, посещение театров;
3. Семейная старость – пожилой человек погружается в заботу о членах своей семьи – детях, внуках и если эта забота принимается позитивно, то он находит в ней и смысл жизни и счастье.

В этой связи особую актуальность обретают возможности активизации образовательных и познавательных интересов пожилых людей посредством их переноса в виртуальное пространство и создания так называемого «гибридного мира», восполняющего дефицит социальных контактов и наполняющего жизнь пожилого человека новым содержанием за счет освоения возможностей информационно-коммуникационных технологий.

Цель работы: разработка типологии образовательных групп пожилых людей в ключе применимости дистанционных технологий и вариативности образовательного и познавательного контента.

Материалы и методы

Анализ исследовательской литературы по вопросам, связанным с возможностями и ограничениями вовлечения лиц пожилого возраста в интернет-пространство и сетевое взаимодействие; анализ кейсов дистанционного образования пожилых людей.

Результаты и обсуждение:

Остановившись на трудностях, которые возникают у пожилых людей при погружении в «Галактику Интернет», необходимо акцентировать внимание на тех «барьерах», которые возведены на этом пути самим обществом. Немалую роль здесь играют так называемые «геронтостереотипы», особым образом конструирующие образ жизни пожилого человека и формирующие дискриминационные и поверхностные представления об его образовательных и познавательных особенностях, возможностях и способностях.

К разряду геронтостереотипов можно отнести негативную мифологизацию старости, посредством которой состояние или поведение пожилого человека определяется как проблема, требующая медицинского вмешательства [4; 6; 7; 8; 9]. В результате в общественном сознании сформировался специфический ассоциативный ряд, построенный по принципу «старость = слабость, болезнь, беспомощность» и формирующий соответствующий психологический портрет, в рамках которого снижение самооценки, пессимизм, опасение одиночества, беспомощность, раздражительность, снижение интереса к новому, эгоцентричность и повышенное внимание к болезням трактуются как «естественные», обусловленные возрастом, свойства пожилого человека.

В обществе укоренились такие дискриминационные практики, как геронтологический эйджизм [3; 9] и геронтофобия [10], находящие свое проявление при анализе визуального образа старости, замещающего собой интеллектуальное понимание позднего возраста при закреплении за ним своеобразного «нарратива упадка» [11]. Негативное отношение к старости формируют и такие устоявшиеся определения пожилого возраста, как «поздний возраст», «поздняя зрелость», «заслуженный отдых» или «этап завершения карьеры», фактически определяющие старость как предрешенность неминуемого конца [12].

Стоит также обратить внимание на инфантилизацию старости как модель взаимодействия, представляющую собой обращение с пожилым человеком, как с ребенком, при использовании способов коммуникации, характерных для общения с детьми. По мнению А.В. Микляевой [13], инфантилизация старости, являясь разновидностью психологического насилия, формирующей зависимую позицию пожилого человека, находит свои проявления в упрощении словаря, нарочито замедленном темпе беседы при большом количестве повторов и уточняющих вопросов, преувеличенных покровительственных интонациях, сопровождающихся повышением голоса, возрастной тематизации коммуникации, а также в «инфантилизирующих» подарках (например, дорогие «кнопочные» мобильные телефоны без возможности выхода в Интернет и использования социальных сетей).

Геронтостереотипы, препятствуя реализации активных жизненных стратегий, с одной стороны, ставят под сомнение ценность интеллектуальных способностей представителей «третьего возраста», заставляя их постепенно перемещаться на социальную обочину, а с другой стороны, конструируют социальную эксклюзию как норму, приводящую к тому, что сами пожилые люди действительно становятся такими, какими их видит общество. Об этом, в частности, свидетельствуют данные опросов пожилых людей – получателей социальных услуг [14]. Так, по приоритетности выполняемых жизненных задач опрошенные стремятся (множественный выбор – не более 3 вариантов): к сохранению своего здоровья – 83%, к покою и отдыху – 23%, к укреплению семейно-родственных связей – 19%. При этом к общению со сверстниками стремятся 16% опрошенных, к освоению компьютерных технологий – 6%, а к общению с молодежью – только 4% (!). Всего же о желании активно проводить досуг заявили лишь 38% пожилых людей.

Тем самым, проблема старения усугубляется стереотипным восприятием пожилых людей как неполноценных объектов обучения навыкам пользования цифровыми ресурсами и социальными сервисами, что предопределяет их неравенство в доступе к информации. Однако если данная категория населения, составляющая ныне его четверть, не включится в процесс информатизации, то со временем она будет попросту «выдавлена» из общественной жизни, а межпоколенческий разрыв окажется непреодолимой пропастью, чреватой утратой и нивелированием традиционных ценностей и норм. Особенно значимой организация сетевого взаимодействия становится для людей с «конвергентным» типом старения, отличающимся снижением жизнеспособности

и ограничением психической деятельности в отличие от «дивергентного» типа, характеризующегося сохранением творческой и жизненной активности [15].

В качестве основных групп технических проблем, возникающих при вовлечении пожилых людей в интернет-пространство, как правило, выделяют следующие [16]:

1. Цифровое ментальное неравенство – предлагаемые возможности информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) и ресурсы сети Интернет встречают неготовность их использования у тех, для кого они предназначены;

2. Отсутствие единой системы обучения граждан использованию средств ИКТ и сервисов сети Интернет – пожилые люди не имеют достаточных навыков для использования предлагаемых ресурсов, а имеющиеся программы дополнительного образования недостаточно учитывают особенности обучения данной категории граждан;

3. Дисбаланс спроса и предложения в информационном обществе – тратятся значительные средства на разработку сервисов электронного государства, информатизацию органов государственной власти, но процент пользователей этих сервисов продолжает оставаться низким.

Естественно, как и всякое явление общественной жизни, «гибридный мир» включает в себе внутреннее противоречие, соединяющее как положительные, так и отрицательные стороны – достоинства и недостатки, на что обращают внимание отечественные исследователи, занимающиеся изучением проблем андрогогики – образования, в том числе, и людей пожилого возраста [17; 18].

Так, в ряду достоинств можно увидеть те возможности, которые предоставляет пространство Интернет:

1. Отсутствие формальных границ – возможность общаться на разные темы с разными людьми, не ограничиваясь контактами с близкими или соседями, выбирая удобное время и находясь в привычной домашней обстановке;

2. Анонимность общения – возможность откровенно обсуждать существующие проблемы при сохранении уверенности в конфиденциальности общения;

3. Физическая непредставленность – возможность презентовать себя любым образом при снятии барьеров, связанных со стереотипами внешности, что актуально для инвалидов и закомплексованных людей;

4. Письменный характер высказываний – возможность более взвешенного изложения ситуации: человек получает дополнительные сведения о ситуации, текст можно хорошо обдумать, вернуться к сказанному ранее и дополнительно проанализировать;

5. Перерывы и паузы в контактах – возможность прервать контакт в любой момент, отвлечься на бытовые проблемы или просто почувствовав усталость;

6. Мгновенность получения информации – возможность получить любую, в том числе и социальную, достоверную информацию в кратчайшие сроки (о региональных и федеральных льготах, пособиях, товарах, ведении хозяйства, лекарственных препаратах и пр.).

К существенным недостаткам относятся:

1. Необходимость специальных умений и навыков – работа в сети требует минимальных пользовательских знаний, эта проблема остается острой в связи с существованием стереотипов о низкой способности пожилых людей к обучению;

2. Необходимость технической и экономической поддержки малообеспеченных пенсионеров – материальные затраты, связанные с приобретением компьютерной техники и подключением к Интернету, являются препятствием на пути приобщения к современным ИКТ; кроме того, подчас отсутствует техническая возможность подключения (особенно, в сельской местности);

3. Потеря ощущения полноценного общения – вербальный характер высказываний и низкий уровень эмоционального взаимодействия не всегда приемлем при общении между пожилыми людьми; отсутствие визуального контакта, слуховой и тактильной информации ведет к ограничению эмоциональных контактов;

4. Риск возникновения интернет-аддикции – компенсируя недостаток традиционных форм общения и находя в Интернете поддержку и понимание, пожилой человек может не заметить появления зависимости, в результате которой нарушится восприятие и снизится ценность традиционных контактов;

5. Возникновение страхов перед «виртуальными личностями» – могут возникнуть сомнения в том, что собеседник обладает всеми заявленными полномочиями и профессиональной компетенцией, появиться ощущения, что партнера по общению на самом деле не существует.

Нетрудно заметить, что зачастую вышеперечисленные недостатки становятся продолжением достоинств, и наоборот. Например, та же физическая непредставленность может породить феномен неполноценности общения, а анонимность – страхи перед «Большим Братом». В результате, «информация своим потоком привносит в действительность личности хаос и дезориентацию в значениях моментов бытия. Человек

сегодня не только стремительно утрачивает связь с целым, но и обретает неподлинное бытие в условиях техногенной реальности» [19].

При рассмотрении стратегий поведения лиц пожилого возраста в сети Интернет следует обратить внимание на соответствующий понятийно-терминологический аппарат [20], а именно:

1. Информационно-технологическая компетентность – владение знаниями, умениями и навыками, необходимыми для организации информационных процессов с использованием современных технических устройств (компьютера с доступом в Интернет и мобильного телефона) и позволяющими удовлетворять информационные потребности представителей старшего поколения;

2. Информационная адаптивность – способность к активному приспособлению к изначально объективно чуждой современной информационной среде, основанная на сознательной выработке мотивации к формированию информационно-технологической компетентности;

3. Информационная гигиена – сознательно выработанное умение соблюдать разумные ограничения в потреблении и восприятии негативной информации, основанное на знаниях о разрушительных последствиях вредного влияния определенной информации на психику пожилых людей;

4. Информационная депривация – состояние ограниченности в удовлетворении информационных потребностей, возникающее в результате информационно-технологической некомпетентности и препятствующее активизации ресурсного потенциала в организации жизнедеятельности;

5. Информационная сензитивность – повышенная чувствительность к получаемой из внешнего мира информации, вызывающая обостренную реакцию на события, излишние переживания, тревожность, мнительность, депрессию и, как результат, обострение хронических заболеваний психосоматического характера.

Нескромных Н.И. и Мамадалиев А.М. [21] выделили 4 основных поля (ситуации), порождающих те либо иные стратегии адаптивного поведения лиц пожилого возраста при освоении информационно-коммуникативных технологий в сети Интернет (см. табл. 1).

Таблица 1

Стратегии адаптивного поведения лиц пожилого возраста в сети Интернет

Поля (ситуации)	Пожилой человек:	Основные стратегии
1. «Активность – интерес / необходимость» (нормативная ситуация)	- вошел в интернет-пространство (первоначально конфликтную для него среду); - использует ИКТ для освоения новых видов занятости, реализации интереса в получении информации, восстановлении старого опыта и прежних социальных связей или в целях сохранения социальной активности и человеческого достоинства, в оперативном общении или при оказании помощи.	А. Конструктивные: 1) «Активное изменение среды»: создание, поддержание и расширение социальных контактов; 2) «Активное изменение себя»: активный поиск в условиях недостаточной информированности, переобучение и обучение. Б. Деструктивные: «Активный уход из реального мира в виртуальный»: уход от непосредственных контактов и погружение в виртуальный мир в ущерб другим видам активности.
2. «Интерес – пассивность» (вынужденная ситуация)	- с интересом наблюдает за другими пользователями Интернета (детьми, внуками); - осознает трудности, связанные с освоением ИКТ; - не стремится приобрести соответствующие умения и навыки пользователя.	1) «Продуктивное иждивенчество»: использование ресурсов близких для удовлетворения своих потребностей (поиск информации в Интернете, поддержание электронной переписки) без интеграции в интернет-пространство; 2) «Зависимость от других»: признание значимости Интернета для вхождения в информационное пространство, но непринятие никаких шагов в отношении повышения своей компьютерной грамотности.
3. «Отсутствие интереса – активность» (конфликтная ситуация)	- не стремится овладеть ИКТ; - пассивно подчиняется условиям среды, будучи вынужденным осваивать и использовать навыки пользователя персональным компьютером и Интернетом.	«Вынужденный пользователь сети Интернет»: внешне конформное поведение, уступчивость, подражание. Пожилой человек вынужден овладевать навыками интернет-пользователя, предполагающими использование Интернета для поддержания профессиональных контактов.
4. «Пассивность – отсутствие интереса» (избегающая ситуация)	- проявляет консерватизм и пассивность, страх неопределенности и неудачи в освоении ИКТ; - боится вывести из строя компьютер, нарушить подключение к Интернету; - игнорирует Интернет; - избегает ситуаций, требующих освоения ИКТ и интеграции в интернет-пространство.	1) «Уклонение»: пожилой человек откладывает освоение навыков интернет-пользователя на более поздний срок, не стремится интегрироваться в интернет-пространство. 2) «Уход из интернет-пространства»: поиск информационной, коммуникативной среды для удовлетворения своих потребностей, которая бы гармонизировала с личными особенностями. 3) «Игнорирование компьютерных технологий и Интернета»: непризнание

Поля (ситуации)	Пожилой человек:	Основные стратегии
		компьютера в качестве необходимого средства вхождения в современное информационное пространство.

При рассмотрении вопросов обучения пожилых людей посредством ИКТ, как правило, принимают во внимание влияние двух основных факторов:

1. Возраст пожилого человека

В «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [22] содержание возрастной дифференциации пожилых людей определено следующим образом:

- от 60 до 64 лет – достаточно активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность;
- от 65 до 80 лет – люди менее активные, многим из которых требуются медицинская помощь и социальные услуги;
- старше 80 лет – люди, имеющие проблемы со здоровьем и часто нуждающиеся в постороннем уходе и помощи.

При этом особо акцентируется внимание на проблемах пожилых пользователей Интернета, связанных с сохранностью их жизнеобеспечивающих функций [23], а именно:

- скорость моторики (нажатие клавиши с определенной скоростью);
- скорость обработки информации (когнитивная скорость – внесение нужной информации);
- вербальная память (запоминание слов);
- когнитивная гибкость (переключение между числами и буквами);
- психомоторная скорость (нажатие тех или иных клавиш в зависимости от полученного задания).

К числу негативных следствий старости также относят [24]:

- ослабление внимания;
- возникновение болезней и депрессивных состояний;
- переоценку ценностей, перестройку самосознания, возникновение кризисных состояний разного уровня;
- социальную установку на недостаточность, ущербность, редукцию познавательных и образовательных потребностей.

При этом очевидно, что подобный «биологизаторский» подход, увязывающий способности пожилого человека к обучению с возрастными особенностями, фактически предопределяет ту либо иную степень его социальной эксклюзии.

2. Образовательный уровень и опыт трудовой деятельности

Утверждается, что чем выше уровень образования и прошлый опыт высококвалифицированного труда, тем более продуктивно пожилые люди заполняют досуг и стремятся обрести новые знания. В связи с этим выделяют 5 образовательных групп по перспективам их вовлечения в активную учебную деятельность [25]:

1. Не стремящиеся к обучению – не вовлеченные в формальные и неформальные образовательные проекты, не читающие и получающие знания от семьи и друзей;

2. Занимающиеся самообразованием – интересующиеся в основном новостями из средств массовой информации и демонстрирующие незначительную читательскую активность;

3. Нерегулярно обучающиеся – принимающие участие в формальном обучении от случая к случаю, предпочитающие краткосрочные курсы и отличающиеся средней читательской активностью;

4. Интенсивно обучающиеся – участвующие в неформальном и формальном, долгосрочном и краткосрочном обучении, ограниченно пользующиеся компьютером;

5. Активно обучающиеся – имеющие разнообразные интересы, получающие знания из максимального количества источников, много читающие и больше других использующие компьютер как для обучения, так и для поддержания социальных контактов.

Иное дело, что в данном случае в основу разделения пожилых людей по образовательным группам положен такой сугубо количественный показатель, как «читательская активность», вычисляемый либо в зависимости от потраченного на чтение времени в день, либо в связи с частотностью чтения (каждый день, два-три раза в неделю, раз в неделю и реже). Учитывая тот факт, что современные информационно-коммуникационные технологии построены во многом на принципе «смотри и слушай», а не «пиши и читай», указанной увязки уровня читательской активности со способностями пожилого человека к обучению и познанию окружающего мира явно недостаточно.

В отечественной литературе встречаются и еще более дробные характеристики факторов, влияющих на возможности и перспективы обучения пожилых людей посредством ИКТ. Например, Роботова А.С. [24] выделила 15 таких факторов, в том

числе: характер профессиональных занятий в течение жизни; трудовой статус; образовательный ценз; религиозность; место жительства; национальный контекст; наличие или отсутствие семейных связей; место познания и образования в системе индивидуальных ценностей; опыт обучения (воспитания) других людей; наличие опыта самообразования; читательский опыт; состояние здоровья; индивидуальные способности и характеристики мышления; изменение круга общения; степень владения ИКТ.

Вполне понятно, что, с одной стороны, легко продолжить список таких факторов, а с другой стороны, указанные выше типологии пожилых людей весьма поверхностны; они не учитывают конкретных *интересов*, которые преследуются пожилыми людьми зачастую вне зависимости от их возраста, состояния здоровья, образовательного уровня, опыта трудовой деятельности и пр., то есть *субъективного осознания того, чего они хотят, и для чего им это необходимо*. Иными словами, речь здесь идет о «жизненном стиле» – том значении, которое человек придает миру и самому себе, направленности его устремлений и тех подходах, которые он использует при решении жизненных проблем.

Немецкий исследователь Хорст Зиберт, выделяя 3 группы пожилого населения в зависимости от их жизненных стилей, общекультурных и образовательных потребностей, подчеркивает: «Необходимо, чтобы преподаваемое знание было осмысленным и оценивалось самими учениками как *субъективно значимое*» [25]. Типологию «жизненных стилей», предложенную Х. Зибертом, можно дополнить:

- типологией учебного поведения пожилых людей, представленной в исследованиях Питера Джарвиса [26];
- типологией контента социальных сетей [27];
- типологиями видов дополнительного образования взрослых [15; 28];
- типологией основных измерений непрерывного образования взрослых, выделенных С.Г. Вершловским [15];
- типологией моделей обучения людей старшего поколения [26; 29];
- типологией дистанционных технологий в обучении пожилых людей [18].

В синтезированном виде мы выделяем следующие образовательные группы пожилых людей в соответствии с применимостью тех либо иных дистанционных технологий и специфики обучающего контента (см. табл. 2).

Таблица 2

Основные образовательные группы пожилых людей

Группы	Содержание обучения	Тип учебного поведения	Контент
1. Ориентированные на домашние заботы	Учеба «для себя» = самосовершенствование	«Мыслитель»: жизнь – это интеллектуальное приключение	Обучающий контент: освоение новых видов творчества и формирование новых интеллектуальных способностей как свидетельство возникновения не только познавательных мотивов, но и нового типа отношения к миру, новой системе ценностей, нового отношения к себе.
<i>Информальное образование</i> = компетентностная модель обучения (индивидуальная познавательная деятельность)			
Образование как вид досуга, проведения свободного времени	Личностное измерение обучения, связанное с ценностно-мотивационной сферой индивида		
Применимость дистанционных технологий			
<i>Видеохостинги</i> – хранилища видеоконтента. Пользователи предпочитают смотреть познавательные ролики, мастер-классы. Видеохостинги позволяют открывать свои авторские каналы. Самые популярные каналы посвящены кулинарии, школе ремонта и пр.			
2. Ориентированные на общественные обязанности	Учеба «для нас» = обмен опытом внутри группы	«Деятель»: жизнь – это активная деятельность, ориентированная на достижение прикладных задач	Коммуникативный контент: в пожилом возрасте максимального развития достигает диалогическая компетентность личности: умение устанавливать и поддерживать диалогические отношения, являющиеся способом разрешения проблем социальной эксклюзии и занимающие важное место в активности человека, сравнимое с его физическим состоянием и здоровьем.
<i>Неформальное образование</i> = коммуникативная модель обучения (несистематизированное обучение знаниям и навыкам)			
Обучение более продуктивной организации своего времени	Пространственное измерение обучения, связанное с приобщением к групповому опыту		
Применимость дистанционных технологий			
<i>Социальные сети</i> – открытые площадки для общения. В социальных сетях пользователи находят новых друзей, входят в тематические группы, создают сообщества. Каждая функция в социальных сетях реализована простым и удобным интерфейсом. Каждый пользователь заполняет свой профиль и тем самым открывается для окружающих, показывает свою готовность для установления новых контактов.			
3. «Новые пожилые», высокообразованные, материально независимые, мобильные, с	Учеба «с другими» = межпоколенческое обучение: старшие делятся опытом, младшие – новыми знаниями	«Исследователь»: жизнь – это постоянный поиск гармонии между существующим миром и реальной жизнью человека	Новостной контент: короткие видео, гиперссылки на электронные тексты, законодательные акты, учебные пособия, книги, комментарии специалистов в той или иной области. Участники группы могут задавать вопросы, участвовать в обсуждениях,

Группы	Содержание обучения	Тип учебного поведения	Контент
разнообразными интересами			получать квалифицированную консультацию сотрудников.
<i>Формальное образование</i> = квалификационно-ролевая модель обучения (повышение квалификации, продолжение трудовой деятельности)			
Профессиональное обучение и переобучение	Временное измерение обучения, связанное с «образованием в течение всей жизни»		
Применимость дистанционных технологий			
<i>Электронно-библиотечные системы (ЭБС)</i> – коллекции электронных книг, доступ к которым осуществляется свободно или по подписке. ЭБС позволяют получить доступ к литературе «в один клик», для этого пользователю достаточно только авторизоваться. ЭБС хранят научную, художественную, техническую и документальную литературу, открывая свои «двери» всем заинтересованным пользователям и, тем самым, формируя особую социокультурную среду для всестороннего развития личности.			

При этом вне зависимости от целей образования, модели и содержания обучения, типа учебного поведения пользователя и преобладающего контента социальных сетей выделяют общие принципы личностно-ориентированного обучения [30]:

- обучение должно быть ориентировано на решение конкретной проблемы;
- обучение должно учитывать и опираться на опыт, мотивы и желания обучаемого;
- опыт и знания, полученные в результате обучения, должны быть значимыми для пожилого человека;
- у обучаемого должна быть возможность проверить преподаваемый материал;
- цели обучения должны формулироваться совместно обучаемым и обучающим, цели могут меняться в процессе обучения;
- обучаемый должен получать обратную связь о достигнутом прогрессе по отношению к целям обучения.

В результате выделение трех образовательных групп позволяет представить дистанционное образование пожилых людей как совокупность разных форматов:

1. «Учеба для себя» – информационно-просветительские каналы, организованные по типу виртуальных залов для досуга и саморазвития. Примером тому может служить виртуальный зал, созданный в 2020 году и представленный на сайте Организационно-методического центра социальной помощи Свердловской области [30]. Тематические подборки по интересам («виртуальный театр», «виртуальный туризм»,

«добровольчество», «интеллектуальные игры», «кулинария», «красота и здоровье», «садоводство», танцы» и др.) снабжены гиперссылками на соответствующие обучающие (в основном, видео-) ресурсы.

2. «Учеба для нас» – тематическое общение посредством социальных сетей: «Одноклассники» и «ВКонтакте» – общение с друзьями, фото и видео, фильмы и сериалы, музыка, игры, группы по интересам; «Инстаграм» – приложение для обмена фотографиями и видеозаписями с элементами социальной сети (с возможностью оставлять комментарии); WhatsApp и Viber – социальные сети, выполняющие функции передачи контента и объединения людей в групповые чаты. Примером здесь могут служить «дистанционные школы пожилого возраста», создаваемые в Свердловской области с лета-осени 2020 года на сайтах комплексных центров социального обслуживания населения (КЦСОН). Так, на сайте ГАУ «КЦСОН Камышловского района» [31] представлены следующие разделы, созданные в формате групп тематического общения в «Одноклассниках» (см. табл. 3). При этом просмотр размещенных в группах фото и видеоматериалов доступен как зарегистрированным, так и незарегистрированным пользователям.

Таблица 3

Разделы дистанционной школы пожилого возраста (по убыванию числа участников)

Разделы Дистанционной школы	Участников	Фото	Видео
75 лет Победы (проект «Стихи о войне», «Бессмертный полк» и др.)	54	51	-
Умелые ручки (клубы по интересам «Веселая петелька» и «Затеюшка»)	40	164	241
Активное долголетие	38	188	9
Садоводы и огородники	32	72	1
Краеведение	21	82	3
Компьютерный гений	18	27	6
Творчество	17	6	6
Делимся рецептами	10	11	-

3. «Учеба с другими» – собственно дистанционная школа, основанная на организации формализованной записи обучающихся, совмещенной с процедурой персонализации данных, формировании групп онлайн-обучения, наличии расписания онлайн-занятий и фиксации результатов в личных кабинетах обучающихся. Примером тому может служить онлайн-школа проекта «Московское долголетие», открытая летом 2020 года [32]. Участниками «проекта» могут стать москвичи, достигшие 55 лет (женщины)

или 60 лет (мужчины) либо получающие досрочную страховую пенсию по старости или пенсию по выслуге лет независимо от возраста и не имеющие медицинских противопоказаний. Записаться можно, либо подав заявку в ближайшем центре государственных услуг или территориальном центре социального обслуживания (ЦСО), либо просто позвонив по телефону ЦСО.

По заявлению директора Российского геронтологического научно-клинического центра им. Н.И. Пирогова, д.м.н., проф. О.Н. Ткачевой: «Регулярные занятия в проекте “Московское долголетие” имеют оздоровительный эффект, особенно для тех, кто посещает одновременно несколько видов активностей. Это способствует повышению физического и когнитивного функционирования организма, а также снижению уровня депрессии и риска утраты автономности» [32]. Проект «Московское долголетие» предлагает бесплатные онлайн-занятия по 30 направлениям, в том числе: «Английский язык», «Гимнастика», «Домоводство», «Здоровье/красота/стиль», «Информационные технологии», «Профессиональная подготовка», «психологические тренинги», «Творческие мастерские», «Московский театрал», «Музыка, фольклор», «Пеший лекторий», «Серебряный университет», «Художественно-прикладное творчество» и др.

Выводы:

1. Режим обязательной домашней самоизоляции, спровоцированный пандемией COVID-19, обострил противоречия, порожденные современным информационным обществом, форсировав развитие тенденций, ведущих к эксклюзии пожилых людей, и ограничив их социальные контакты. В такой ситуации особую актуальность обретают возможности активизации образовательных и познавательных интересов лиц пожилого возраста посредством их переноса в виртуальное пространство и создания «гибридного мира», наполняющего жизнь новым содержанием за счет освоения возможностей информационно-коммуникационных технологий.

2. При анализе трудностей, возникающих при погружении в «Галактику Интернет», особое внимание следует обратить на «барьеры», возведенные самим обществом и реализующие себя в форме геронтостереотипов, ориентированных на реализацию дискриминационных практик по отношению к оценке образовательных и познавательных способностей пожилых людей. К разряду геронтостереотипов относятся негативная мифологизация старости, геронтологический эйджизм и геронтофобия, а также инфантилизация старости как модель взаимодействия с пожилым человеком.

3. «Гибридный мир» включает в себе как положительные (отсутствие формальных границ, анонимность общения, физическая непредставленность, письменный характер высказываний, перерывы и паузы в контактах, мгновенность получения необходимой информации), так и отрицательные (необходимость специальных умений и навыков, технической и экономической поддержки, потеря ощущения полноценного общения, риск возникновения интернет-аддикции, возникновение страхов перед «виртуальными личностями») стороны.

4. При рассмотрении вопросов освоения информационно-коммуникативных технологий в сети Интернет следует учитывать основные поля (ситуации), порождающие те либо иные стратегии адаптивного поведения лиц пожилого возраста: 1) «Активность – интерес / необходимость» (нормативная ситуация); 2) «Интерес – пассивность» (вынужденная ситуация); 3) «Отсутствие интереса – активность» (конфликтная ситуация); 4) «Пассивность – отсутствие интереса» (избегающая ситуация).

5. При анализе основных образовательных групп пожилых людей представлена авторская типология, основанная на синтезе ряда типологических подходов с учетом жизненных стилей, общекультурных и образовательных потребностей пожилых людей, контента социальных сетей, моделей обучения и применимости дистанционных технологий в обучении пожилых людей. Выделены 3 группы: 1) Ориентированные на домашние заботы – учеба «для себя» с целью самосовершенствования (видеохостинги); 2) Ориентированные на общественные обязанности – учеба «для нас» с целью обмена опытом внутри группы (социальные сети); 3) «Новые пожилые», высокообразованные, материально независимые, мобильные, с разнообразными интересами – учеба «с другими» с обмена опытом между поколениями (электронные библиотечные системы).

6. Дистанционное образование пожилых людей может быть представлено как совокупность разных форматов: 1) Информационно-просветительские каналы, организованные по типу виртуальных залов для досуга и саморазвития («учеба для себя»); 2. Тематическое общение посредством социальных сетей («учеба для нас»); 3) Дистанционная школа («учеба с другими»).

Список литературы:

1. Баландина А. «Жизнь обесценилась»: до чего пожилых доводит самоизоляция // Газета.ру. 26.05.2020. URL: <https://www.gazeta.ru/social/2020/05/26/13096501.shtml> (дата обращения: 16.12.2020).

2. Памятка. Как жить на самоизоляции: рекомендации для пожилых людей. URL: <http://www.aksayobr.ru/news/i/181> (дата обращения: 16.12.2020).
3. Габрук В.В. Негативные геронтостереотипы населения и проблема социальной активизации пожилых людей / В.В. Габрук, М.В. Шлычкова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2014. - № 5 (37). - С. 4.
4. Бельцова И.А. Концепция «успешное старение» как нормативный конструкт в формировании позитивного образа старости в демократическом обществе // Вестник экономики, права и социологии. - 2012. - № 1. - С. 283–288.
5. Стрижицкая О.Ю. Самодетерминация в период поздней взрослости и старения: теоретические подходы и проблемы // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2013. - Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. - Вып. 4. - С. 118–127.
6. Ермак Н.А. Личность человека пожилого возраста // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия Общественные науки. 2007. № 2. - С. 103–105.
7. Смолькин А.А. Социокультурная динамика отношения к старости: дисс. ... канд. социол. наук. – Саратов, 2004.
8. Михалева А.В. Влияние медиализации на здоровье пожилых людей // Вестник Санкт-Петербургского университета. - Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. - 2009. - № 2-1. - С. 130–140.
9. Шабалин В.Н. Влияние социальной среды на формирование психического здоровья пожилого человека / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2018. - № 3. - С. 124–132.
10. Горелик С.Г. Социологический анализ геронтологического эйджизма в учреждениях здравоохранения и социальной защиты Белгородской области / С.Г. Горелик, Л.В. Колпина, Е.В. Реутов // Научные ведомости Белгородского гос. университета. - Серия Медицина. Фармация. - 2014. - № 18 (189). - С. 159–165.
11. Чернышкова Е.В. Визуальный образ старости в контексте современной жизни // Научные проблемы гуманитарных исследований. - 2011. - № 9. - С. 288–293.
12. Колосова В.В. Исследования стереотипов возраста в новой социально-психологической реальности (взгляды отечественных учёных) // Мир науки. Педагогика и психология. - 2019. - Том 7- № 5. - С. 71.
13. Микляева А.В. Инфантилизация пожилых людей в повседневном взаимодействии: к постановке проблемы // Журнал исследований социальной политики. - 2018. - Том 16. - № 1. С. 109–124.
14. Вдовина М.В. Активное долголетие пожилых людей в условиях социального обслуживания на дому // Теория и практика общественного развития. - 2018. - № 12 (130). - С. 25–29.

15. Горшкова В.В. Непрерывное образование в условиях новой социальной реальности / В.В. Горшкова, В.А. Писанко // Человек и образование. - 2017. - № 4 (53). С. 4–10.
16. Панина Т.С. Использование информационно-коммуникационных технологий в непрерывном обучении людей «третьего возраста» / Т.С. Панина, Н.В. Павельева // *Профессиональное образование в России и за рубежом*. - 2014. - № 3 (15). - С. 50–54.
17. Солдатова Л.А. Повышение человеческого потенциала старшего поколения посредством интернет-технологий // Вестник Челябинской государственной академии культуры и искусств. - 2011. - № 2 (26). - С. 14–18.
18. Ахмадиева Р.Ш. Дистанционные технологии как фактор формирования открытых социокультурных границ / Р.Ш. Ахмадиева, Б.Р. Хусаинов // Вестник Московского гос. университета культуры и искусств. - 2018. - № 6 (86). - С. 146–150.
19. Игнатъев В.И. Социальная система как информационное взаимодействие: коллективная монография / В.И. Игнатъев, Т.В. Владимирова, А.Н. Степанова. Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2009.
20. Гасумова С.Е. Адаптация пожилых людей в условиях информатизации: понятийный аппарат и анализ государственной политики России // Вестник Пермского университета. Политология. - 2015. - № 2 (30). - С. 189–205.
21. Нескромных Н.И. Стратегии адаптивного поведения лиц пожилого возраста в интернет-пространстве / Н.И. Нескромных, А.М. Мамадалиев // Медиаобразование. - 2017. - № 1. - С. 163–175.
22. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/37/2> (дата обращения: 16.12.2020).
23. Евсеева Я.В. Пожилые люди и новые технологии (Реферативный обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. - Серия 11. Социология. - 2013. - № 1. - С. 123–139.
24. Роботова А.С. Люди «третьего возраста» как субъекты непрерывного образования: методология и основные направления изучения // Непрерывное образование. - 2014. - № 4 (8). - С. 37–54.
25. Евсеева Я.В. Современные тенденции в образовании пожилых людей (Реферативный обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. - Сер. 11. Социология. - 2013. - № 2. - С. 42–60.
26. Высоцкая И.В. Модели и технологии обучения людей пожилого возраста: анализ отечественных и зарубежных подходов / И.В. Высоцкая, А.М. Митина // Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия Проблемы социально-гуманитарного знания. - 2010. - Том 8. - № 9 (69). - С. 118–122.

27. Прохорова Л.В. Роль социальных сетей в преодолении социальной эксклюзии пожилых людей в современном обществе // Вестник НГУЭУ. - 2018. - № 4. - С. 199–206.
28. Марон А.Е. Образование пенсионеров: тенденции и опыт развития / А.Е. Марон, М.В. Степанова // Человек и образование. - 2017. - № 4 (53). - С. 86–92.
29. Касьянова Т.И. Образовательный потенциал российских граждан пожилого возраста / Т.И. Касьянова, Л.И. Воронина, Т.М. Резер // Образование и наука. - 2020. - Том 22. - № 2. - С. 121–141.
30. Боровикова Я.В. Геронтологическая составляющая системы непрерывного образования в поле андрагогики // Вестник Московского университета. Серия 20. Педагогическое образование. - 2018. - № 3. - С. 42–47.
30. Виртуальный зал для досуга и саморазвития / Организационно-методический центр социальной помощи; Министерство социальной политики Свердловской области. URL: http://uralsocinform.ru/virtual_zal/ (дата обращения: 16.12.2020).
31. Дистанционная школа пожилого возраста / ГАУ «КЦСОН Камышловского района». URL: <https://zabota054.msp.midural.ru/news/distancionnaya-shkola-pojilogo-vozrasta-51368/> (дата обращения: 16.12.2020).
32. «Московское долголетие» онлайн. Проект мэра Москвы для активных москвичей старшего поколения. URL: <https://www.mos.ru/city/projects/dolgoletie/> (дата обращения: 16.12.2020).

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Гаменюк С.П., Макарова В.В., Казанцева А.В.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Резюме. В статье приведены данные о заболеваемости и патологической пораженности по классу болезней органов дыхания детей 0-14 лет в Свердловской области за период 2015-2019 гг. Углубленно изучен уровень патологической пораженности бронхиальной астмой среди детей 0-14 лет и проведена оценка эффективности диспансерного наблюдения. Выявлена обратная слабая корреляционная связь между длительностью диспансерного наблюдения и числом обострений в год.

Ключевые слова: детская заболеваемость, диспансерное наблюдение, бронхиальная астма.

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF BRONCHIAL ASTHMA AMONG CHILDREN AND THE EFFECTIVENESS OF THEIR DISPENSARY MONITORING

Gamenyuk S.P., Makarova V.V., Kazantseva A.V.

Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article provides data on the incidence and pathological prevalence for the class of respiratory diseases in children 0-14 years old in the Sverdlovsk region for the period 2015-2019. The level of pathological prevalence of bronchial asthma among children about 14 years of age has been studied in depth and the effectiveness of dispensary observation has been assessed. Revealed a weak inverse correlation between the duration of dispensary observation and the number of exacerbations per year.

Key words: children's illnesses, clinical supervision, bronchial asthma.

Введение

По данным ВОЗ бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний органов дыхания в детском возрасте, частота встречаемости которого возрастает во многих индустриальных регионах, что представляет значимую проблему для служб здравоохранения и экономик стран [1]. По данным международного эпидемиологического исследования (ISAAC) от 2017 года от 5 до 10% детского населения страдают БА и их доля ежегодно увеличивается [1].

Бронхиальная астма — мультифакториальное заболевание, на его распространенность и тяжесть течения влияют генетические факторы, климат, материальные и социальные показатели. Возникновение atopической бронхиальной гиперреактивности коррелирует со степенью загрязнения окружающей среды [1].

Свердловская область является регионом с развитой промышленностью. По данным Роспотребнадзора регион в 2019 году занимал 19 ранговое место по степени загрязнения атмосферного воздуха, что говорит о неблагоприятном экологическом фоне [2].

На фоне успехов демографической политики в период 2000-2018 гг. с увеличением уровня общей рождаемости на 38% в субъекте также возросла доля детского населения [2]. Таким образом, одной из приоритетных задач для служб здравоохранения региона является профилактика и снижение заболеваемости БА среди детского населения.

Одним из важных компонентов превентивных и лечебных программ при БА является диспансерное наблюдение. Доказано, что своевременно начатое качественное диспансерное наблюдение детей с бронхиальной астмой снижает число обострений и госпитализаций, улучшает качество жизни больных [3,4].

Цель исследования – оценить уровень распространенности и выявляемости болезней органов дыхания, включая бронхиальную астму среди детей 0-14 лет в Свердловской области и проанализировать эффективность диспансерного наблюдения за детьми с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования.

Проанализированы данные официальной статистической отчетности форм № 30 «Сведения о деятельности медицинской организации», № 030-ПО/о-12 и № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних» в Свердловской области за период 2015-2019 гг. Рассчитаны показатели уровня и структуры общей и первичной заболеваемости и общей и первичной патологической пораженности детей 0-14 лет по классу болезней органов дыхания.

Для оценки эффективности диспансерного наблюдения была ретроспективно изучена первичная медицинская документация 27 детей, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом БА. Средний возраст ($M \pm m$) детей в выборке составил $9,55 \pm 0,74$ лет. Максимальный возраст (max) в выборке - 14 лет, минимальный (min) – 4 года. Соотношение мальчиков и девочек 56% ($n=15$) и 44% ($n=12$) соответственно.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel, а также сервиса medstatistic.ru. В работе были задействованы методы параметрической статистики: был рассчитан критерий корреляции Пирсона (r_{xy}), t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

В Свердловской области за период с 2015-2019 гг. общая заболеваемость детского населения 0-14 лет имела тенденцию к увеличению и составила в 2019 г. 2292,0 на 1000 соотв. населения. В структуре общей заболеваемости традиционно преобладают болезни органов дыхания, удельный вес которых в отчетном году составил 55,8%.

При анализе данных общей и первичной заболеваемости детей (0-14 лет) по классу болезней органов дыхания отмечается рост показателей за период 2015-2019 гг. на 6,1% и 6,3% соответственно ($p < 0.05$). Наибольшие значения были зарегистрированы в 2019 г. – 1279,9 (общая заболеваемость) и 1231,1 (первичная заболеваемость) на 1000 населения (рис.1).



Рис.1. Динамика уровня заболеваемости детей (0-14 лет) по классу болезней органов дыхания, Свердловская область, 2015-2019 гг.

Полученные данные говорят о росте как уровня впервые выявленных случаев, так и уровня обращений за медицинской помощью в связи с обострениями ранее выявленных заболеваний органов дыхания (БОД). При этом удельный вес первичной заболеваемости БОД в структуре общей заболеваемости за исследуемый период колебался незначительно и в среднем составлял $95,7\% \pm 0,54\%$. Высокий удельный вес БОД в структуре общей заболеваемости можно связать с анатомо-физиологическими

особенностями детского организма (несостоятельность и становление системы иммунной защиты, повышенная реактивность детского организма) и неблагоприятной экологической обстановкой в регионе.

Значения показателей заболеваемости больше отражают обращения населения за медицинской помощью в связи с острыми состояниями и связаны с медицинской активностью населения, доступностью медицинской помощи. Для изучения распространенности хронической патологии применяется показатель патологической пораженности на основе данных профилактических медицинских осмотров детского населения (ПМО). Согласно Приказу Минздрава России № 514н ПМО проводятся медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, имеющими лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности [5]. На руководителей детских поликлиник возлагается ответственность за 100% охват ПМО детского населения.

При оценке данных ПМО детей 0-14 лет в Свердловской области за 2015-2019 годы линия тренда отмечает достаточно стабильный уровень общей патологической пораженности БОД у детей. За исключением показателя 2017 г., когда отмечался приходный период в связи с изменениями федерального законодательства по регламентированию порядка ПМО несовершеннолетних. Уровень первичной патологической пораженности в динамике за 5 лет имеет тенденцию к снижению, показатель уменьшился на 12,2%, соответственно (рис.2).

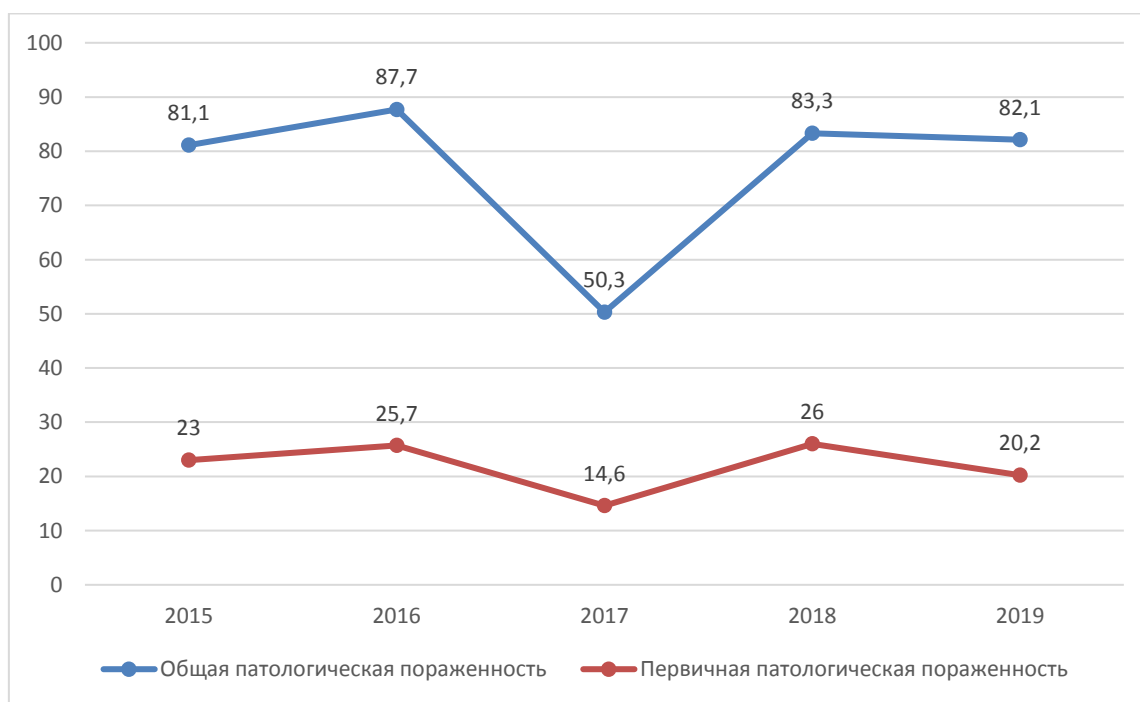


Рис.2 Динамика уровня общей и первичной патологической пораженности детей (0-14 лет) по классу болезней органов дыхания, Свердловская область, 2015-2019 гг., на 100 осмотренных

По данным ПМО за 2015-2019 гг. удельный вес БА среди всех БОД составил в среднем $13,7\% \pm 0,68\%$. При этом в регионе по данным ПМО отмечается снижение уровня патологической пораженности БА среди детей за 2015-2019 гг. За указанный период показатель общей патологической пораженности снизился на 9,7%, а первичной - 40% (рис.3). Что вероятно говорит о недостаточной выявляемости данного заболевания по данным ПМО.

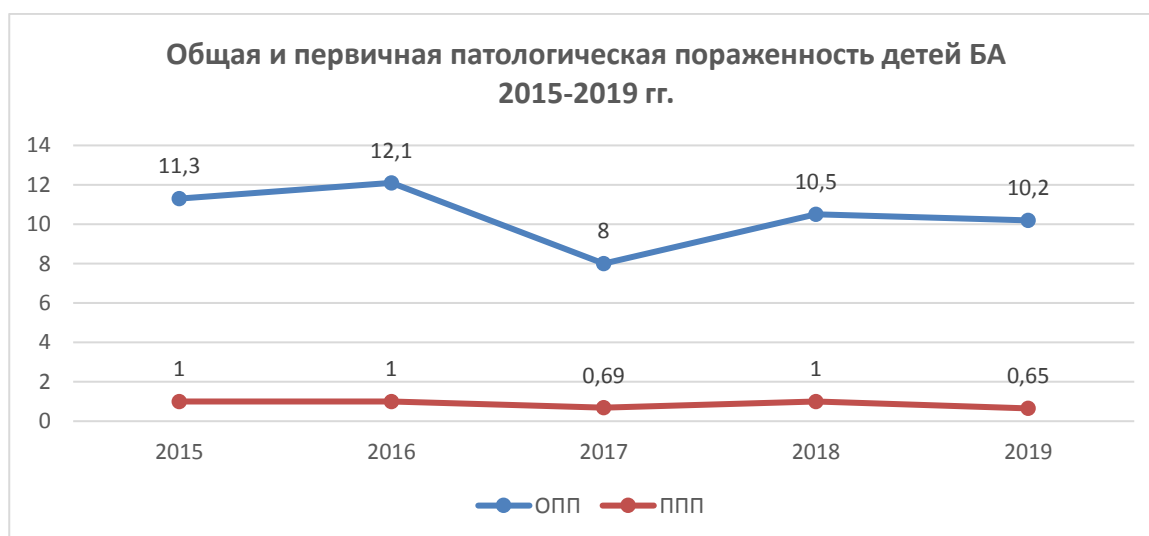


Рис. 3 Динамика уровня общей и первичной патологической пораженности детей (0-14 лет) бронхиальной астмой, Свердловская область, 2015-2019 гг., на 100 осмотренных

С другой стороны, полнота охвата диспансерным наблюдением детей (0-14 лет) с БА по Свердловской области за 2015-2019 гг. в среднем за 5 лет составила $83,9\% \pm 7,2\%$ с наибольшим значением в 91,1% в 2019 г.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации в соответствии с утвержденным Порядком [5].

В случае выявления БА у несовершеннолетнего педиатр определяет группу диспансерного наблюдения с участием врачей-специалистов - пульмонолога и/или аллерголога-иммунолога. Минздравом России утверждена национальная программа и критерии эффективности наблюдения детей с БА, к которым относятся частота обострений

и их продолжительность, длительность контроля, дни нетрудоспособности матери по уходу за ребенком, количество дней, проведенных больным в стационаре за год, показатели функции внешнего дыхания (ФВД) в стабильном состоянии [1].

Одним из важных условий диспансерного наблюдения является преемственность в мониторинговании заболевания, так участковым педиатром контроль за детьми с БА осуществляется в соответствии с индивидуальным планом наблюдения: при легком течении БА 1 раз в 12 мес., среднетяжелой и тяжелой БА – 1 раз в 6 мес. [1]. В указанные сроки детям обязательно проводится оценка ФВД с помощью спирометрии. Участковый педиатр контролирует назначенное специалистом лечение, а также проводит оценку эффективности начальной противовоспалительной базисной терапии. При неэффективном лечении врач направляет детей на госпитализацию в профильное отделение стационара. В задачи врачей-специалистов входит назначение базисной терапии первичным больным, углубленная оценка ФВД, данных пикфлоуметрии за прошедший период, контроль выполнения пациентом назначений врача, проведение аллергообследования, пересмотр терапии [1]. Поскольку БА является хроническим заболеванием, то дети с диспансерного учета не снимаются, а передаются во взрослую сеть поликлиник.

Нами проведена оценка эффективности диспансерного наблюдения на основе группы детей, находившихся на стационарном лечении с учетом возраста, пола и общей длительности диспансерного наблюдения в связи с установленным диагнозом БА (таблица 1).

Таблица 1

Длительность диспансерного наблюдения за детьми 0-14 лет

	Диспансерный учет менее 5 лет (n=18)	Диспансерный учет более 5 лет (n=9)
Средний возраст, лет	8,3±0,85	12±1,17
Мальчики, n (%)	8 (44%)	7 (78%)
Девочки, n (%)	10 (56%)	2 (22%)

При проведении оценки своевременности постановки детей с БА на диспансерный учет от начала первых признаков бронхообструкции до момента взятия ребенка под диспансерное наблюдение были выделены следующие группы (таблица 2).

Таблица 2

Группы детей по срокам постановки на диспансерный учет

Срок постановки детей с БА на диспансерный учет	Количество человек, n (%)
Постановка на диспансерный учет в течение 1 года после первого БОС	14 (52%)
Постановка на диспансерный учет через 1 год после первого БОС	6 (22%)
Постановка на диспансерный учет через 2 года после первого БОС	3 (11%)
Постановка на диспансерный учет через 3 и более лет	4 (15%)

Таким образом, только половина детей была поставлена на диспансерный учет в течение 1 года после выявления заболевания (52%).

При анализе влияния стажа заболевания на число обострений в год было выделено 2 группы по стажу заболевания: менее 5 лет и более 5 лет. Число обострений было разделено на 3 категории: от 1 до 5, от 6 до 10 и более 10. Результаты исследования приведены в таблице (таблица 3).

Как можно видеть, наибольшее количество человек из выборки (n=18) имели стаж заболевания менее 5 лет, меньше детей (n=9) болели более 5 лет.

В группе детей со стажем заболевания менее 5 лет чаще всего встречалось от 1 до 5 обострений (56%), значительно реже можно наблюдать от 5 до 10 и более 10 обострений, которые встречались с одинаковой частотой (22%).

В группе детей со стажем более 5 лет также чаще всего наблюдалось от 1 до 5 обострений (78%), существенно меньше с одинаковой частотой встречалось от 5 до 10 и более 10 обострений (11%).

Таблица 3

Группы детей по стажу заболевания

Число обострений в год	Стаж заболевания	
	Менее 5 лет	Более 5 лет
	Количество случаев, n/%	
От 1 до 5	10/56%	7/78%
От 5 до 10	4/22%	1/11%
Более 10	4/22%	1/11%
Всего, n	18/100%	9/100%

В целом можно сказать, что в группе детей со стажем заболевания менее 5 лет отмечены более высокие значения обострений в год для каждой категории по сравнению с обострениями при стаже более 5 лет.

Различия существенны: число обострений в год при стаже заболевания менее 5 лет достоверно выше числа обострений в год при стаже заболевания более 5 лет.

При оценке влияния длительности диспансерного наблюдения за детьми с БА на число обострений приступов БА в год, была выявлена линейная взаимосвязь между стажем заболевания и длительностью диспансерного наблюдения на основе расчета критерия корреляции Пирсона (r_{xy}). Коэффициент корреляции (r) равен 0.931. Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока - весьма высокая. Значит, чем выше стаж заболевания, тем длительнее диспансерное наблюдение.

Число обострений было разделено на 3 категории: от 1 до 5, от 6 до 10 и более 10. Для каждой категории было посчитано количество человек. Таким образом, в первой группе 11 человек имели от 1 до 5 обострений в год в то время, как во второй группе к данной категории относилось всего 8 человек. От 6 до 10 обострений в год имело 3 человека из первой группы и 1 человек из второй группы соответственно. Более 10 обострений было у 4 человек из первой группы и не встречалось во второй группе (таблица 4).

Таблица 4

Категории пациентов по числу обострений в год

Число обострений в год	Количество пациентов, n (%)	
	Диспансерный учет менее 5 лет	Диспансерный учет более 5 лет
От 1 до 5	11 (61%)	8 (89%)
От 6 до 10	3 (17%)	1 (11%)
Более 10	4 (22%)	0 (0%)
Всего	18	9

Различия существенны: число обострений в год при длительности диспансерного учета менее 5 лет достоверно выше числа обострений при диспансерном наблюдении более 5 лет.

Значение критерия корреляции Пирсона -0.2. При увеличении длительности диспансерного наблюдения число обострений в год пропорционально снижается. Сила связи по шкале Чеддока слабая.

Выводы.

За период 2015-2019 г. в Свердловской области общая и первичная заболеваемость детей (0-14 лет) по классу болезней органов дыхания возрастает. На фоне стабилизации показателей патологической пораженности по данному классу, среди которых

доля детей с выявленной бронхиальной астмой $13,7\% \pm 0,68\%$. Полнота охвата диспансерным наблюдением детей с БА в регионе высокая и составляет $83,9\% \pm 7,2\%$. Однако по данным выборочного исследования лишь половина поставлена на диспансерный учет в течение 1 года (52%), а при стаже заболевания БА менее 5 лет число обострений в год достоверно выше, чем при длительности заболевания более 5 лет ($r = 0,93$).

Число обострений в год при длительности диспансерного наблюдения детей с БА врачом - специалистом менее 5 лет достоверно выше, чем при длительности наблюдения более 5 лет ($r = -0,2$).

Это может быть связано с тем, что длительное наблюдение пациентов с БА ведет к более качественному мониторингованию заболевания: постоянный контроль и пересмотр базисной терапии, углубленное исследование ФВД ведут к контролируемому течению заболевания и снижению числа обострений.

Список литературы:

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». - М.: Оригинал – макет, 2017. – С. 118-119.
2. Информация о заболеваниях органов дыхания: бронхиальная астма [Электронный ресурс] // URL: https://www.rlsnet.ru/articles_531.htm (дата обращения 29.12.20)
3. Абдурасулов К. Д. Особенности диспансеризации, реабилитации больных «холодовой» бронхиальной астмой на Севере: дис. д-р мед. наук. Ханты-Мансийск, 2016.
4. Варламова Е. О. Качество жизни у больных бронхиальной астмой с коморбидными состояниями в процессе диспансеризации / Е. О. Варламова, М. В. Гуськова // Научный медицинский вестник Югры. – 2017. - №11.- С. 13-14.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16.05.2019 N 302н «Порядок прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» [Электронный ресурс] // URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=337344> (дата обращения 20.12.20)
6. Гармаш В.Я. История развития представлений о бронхиальной астме/ В. Я. Гармаш, С. А. Куликов // Наука молодых. – 2018. – Т.6. - №2. – С. 298-307.
7. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году» [Электронный ресурс]//URL: <https://www.rosпотреbnadzor.ru/upload/iblock/798/gosudarstvennyy-doklad-o-sostoyanii->

[sanitarno_epidemiologicheskogo_blagopoluchiya_naseleniya_v_rossiyskoy_federatsii_v_2018_godu.pdf](#) (дата обращения 29.12.20)

8. Динамика показателей естественного движения населения по Свердловской области [Электронный ресурс] // URL: <http://sverdl.old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/sverdl/ru/statistics/sverdlStat/population/> (дата обращения 29.12.20)

9. Заболеваемость населения в 2018 году [Электронный ресурс] // Единый консультационный центр Роспотребнадзора. – 2019. URL: <http://67.rospotrebnadzor.ru/content/139/86914/> (дата обращения 29.12.2020).

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // URL: <https://base.garant.ru/71748018/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения 20.12.20)

11. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Электронный ресурс] // 2018. URL: <https://ginasthma.org/> (дата обращения 20.12.20)

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ

Кочев Д.И., Чебыкина О.В., Казанцева А.В., Набойченко Е.С.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Резюме. В статье представлены результаты анонимного анкетирования о приверженности к здоровьесбережению среди студентов гуманитарных и технических колледжей города Екатеринбурга. Анкета включала разделы, оценивающие пищевое поведение, физическую активность студентов, а также наличие или отсутствие вредных привычек.

Ключевые слова: студенты колледжей, факторы риска, здоровье.

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF HEALTH RISK FACTORS AMONG COLLEGE STUDENTS

Kochev D.I., Chebykina O.V., Kazantseva A.V., Naboychenko E.S.

Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article presents the results of an anonymous survey on commitment to health preservation among students of humanitarian and technical colleges in the city of Yekaterinburg. The questionnaire included sections assessing eating behavior, physical activity of students, and the presence or absence of bad habits.

Keywords: students, risk factors, health.

Введение

Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к здоровью и интеллектуальным возможностям молодежи, значительную и постоянно возрастающую долю которой составляют студенты организаций среднего профессионального образования – колледжей и техникумов. Вместе с тем исследователи отмечают ухудшение показателей здоровья студенческого контингента, что составляет серьезную социальную и медицинскую проблему [1,2]. Образ жизни студентов характеризуется напряженным ритмом обучения, интенсивной психоэмоциональной нагрузкой. Распространены нарушения режима дня, проявляющиеся в недостаточной двигательной активности, нерациональном использовании свободного времени, изменением в характере питания, широким распространением таких вредных привычек как курение и интернет-аддикции [3].

Цель исследования - оценить распространенность факторов риска для здоровья среди студентов колледжей и техникумов города Екатеринбурга.

Материалы и методы исследования.

Проведен срез анонимного одномоментного анкетирования среди 469 студентов (из них 191 юноша и 278 девушек) из шести колледжей и техникумов города Екатеринбурга. Средний возраст респондентов составил $17 \pm 0,5$ лет. Оценивались параметры поведенческих факторов риска: табакокурение, режим питания, уровень физической активности и время, проводимое в интернете.

Для расчёта и сравнения процентного распределения среди респондентов в зависимости от пола и профиля учебного заведения использовалась программа Microsoft Excel. Для оценки достоверности различий рассчитан критерий Стьюдента, различия принимались как значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Одной наиболее частых форм зависимого поведения в подростковом и юношеском возрасте является курение. Так по данным ВОЗ среди студентов привержены к табакокурению 30,5% юношей и 24,3% девушек [4]. По данным проведенного исследования регулярно курящими признали себя 24,3% респондентов, при этом распространенность курения среди юношей была на 21% больше ($p < 0,05$). Полученные данные в целом соотносятся с международными показателями [3-5].

Среди людей в исследуемой группе постоянно курят сигареты 19,4% опрошенных молодых людей и 15,5% опрошенных девушек ($p < 0,05$). Надо отметить, что за последние годы распространенность традиционных форм табака снижается при возрастающей популярности его альтернатив [3]. Отчасти такая ситуация связана с более строгим законодательным регулированием продажи, ценообразования и ограничениями табакокурения в общественных местах. В то время как на электронные испарители ограничительные нормы законов действуют мягче.

Следует отметить, что курение кальяна в последнее время приобретает всё более и более популярный статус среди молодежи. Так более половины респондентов ответили, что пробовали курить кальян, регулярно его курят и в компании друзей, из них 51,8% юношей и 58,9% девушек ($p < 0,05$).

По данным опроса электронные сигареты имеют достоверно большую популярность ($p < 0,05$) среди юношей - используют постоянно электронные испарители – 21,5%, а среди девушек – 5,75%.

При сравнении полученных данных с результатами исследований в г. Казань и Красноярск, следует отметить, что схожа распространенность курения сигарет, однако курение кальяна было более распространено среди молодежи Татарстана и составило 74,0%. Вероятно влияет не только мода, но и культура, мнение о безвредности. Распространенность курения электронных аналогов среди студентов Татарстана оказалась ниже (8,4%).

Характер питания оказывает значительное влияние на состояние здоровья. Рост, физическое и умственное развитие, настроение и самочувствие – все эти процессы происходят с большими затратами энергии, а восполнить ее запасы можно только с помощью еды. По данным проведенного анкетирования нерегулярно питаются достоверно больше половины опрошенных студентов: 1 раз в день - 21,46% молодых людей и 32,01% девушек, 2 раза в день – 35,6% молодых людей и 42,8% девушек. Девушки в среднем на 34,65% чаще склонны снижению кратности питания ($p < 0,05$), что вероятно связано со стремлением выглядеть стройнее. Однако нерегулярный прием полноценной пищи в течение дня ведет к увеличению частоты вредных перекусов. Так 27,2% молодых людей и 21,94% девушек, участвующих в опросе признали, что не реже, чем раз в 2-4 дня в неделю едят снеки (батончики, чипсы и т.д.), особенно во время того как работают или проводят досуг за компьютером и гаджетами. Конфеты и шоколад тоже пользуются большой популярностью: 1 раз в день и чаще эти продукты употребляют 19,37% молодых людей и 21,58% девушек. Газированные и сладкие напитки 2-4 раза в неделю употребляют 30,37% респондентов среди молодых людей и 21,94% среди девушек. В то время как свежие овощи и фрукты составляют рацион гораздо в меньшем количестве, только 17,9% опрошенных употребляют овощи 1 раз в день, 20,9% опрошенных употребляют фрукты 1 раз в день. Таким образом, несбалансированное питание, характерное для более половины опрошенных, влечет развития гиповитаминоза, хронических заболеваний пищеварительной системы, а также является фактором риска развития сахарного диабета и ожирения. Недостаточное количество нутриентов в пище снижает когнитивные возможности, что может сказаться на успеваемости подростков [6].

Обращает на себя внимание распространенность недостаточного уровня физической активности среди студентов колледжей и техникумов: 17,27% молодых людей и 15,11% ($p < 0,05$) девушек ответили, что не имеют физической нагрузки, от которой они потеют или учащено дышат. С другой стороны 27,75% молодых людей и 28,78%

($p < 0,05$) девушек обозначили, что за последнюю неделю не занимались физической деятельностью более 60 минут в день.

Гиподинамия отчасти связана с технологическим прогрессом. Так, по данным нашего опроса, большое количество времени студенты проводят за просмотром телевизора, за телефоном и прочими девайсами, формируя интернет-аддикцию. Так по будням 27,22% опрошенных юношей и 16,19% девушек от 6 часов и более в день смотрят телевизор или видео на YouTube, а по выходным полученные цифры увеличиваются на 7% ($p < 0,05$). В общей сложности доля студентов, проводящих ежедневно за экранами гаджетов от 3 до 6 часов составила 59,53% ($p < 0,05$). Данные показатели практически совпадают с результатами аналогичных исследований [2]. Такое значительное количество времени, проведенного в интернете, вероятно связано с необходимостью получения информации при выполнении домашних заданий. Данный опрос был проведен вне карантина, но следует предположить, что в условиях пандемии эта доля только возросла. Однако, у опрашиваемой нами группы студентов колледжей на заданный вопрос «По будням сколько часов в день в свободное время ты обычно играешь на компьютере, игровой приставке, планшете, смартфоне или другом электронном устройстве?» большинство ответов соответствовали продолжительности от 1 до 6 часов и более. Лишь 35,8% на этот вопрос ответили «никогда» и «менее 1 часа» ($p < 0,05$). При этом вариант ответа «6 часов и больше» дало 27,22% юношей и 12,23% девушек, а по выходным – 34,55% юношей и 13,67% девушек ($p < 0,05$).

На вопрос «По выходным сколько часов в день в свободное время ты обычно играешь на компьютере, игровой приставке, планшете, смартфоне или другом электронном устройстве?» ответ «6 часов и больше» дало достоверно больше студентов из технических колледжей ($p < 0,05$): 9,8% опрошенных гуманитарных колледжей, 30,18% - из технических.

Таким образом, при оценке распространенности факторов риска для здоровья среди студентов колледжей и техникумов города Екатеринбурга на первом месте стоит интернет-зависимость (интернет-аддикция), которая у юношей больше, чем у девушек ($p < 0,05$). Второе место занимает гиподинамия, которая в равной степени распределена между молодыми людьми и девушками. Третье место разделяют между собой нарушения в режиме и характере питания и такая вредная привычка как курение. Девушки в среднем на 34,65% чаще склонны снижению кратности питания ($p < 0,05$). Распространенность курения среди юношей была на 21% больше ($p < 0,05$).

Данные проблемы являются актуальными, что подтверждается, в том числе данными исследователей других субъектов страны, и требуют разработки адекватных мероприятий, направленных на предотвращение рискованных форм поведения [2,6,7].

Необходимо акцентировать внимание на вторичной профилактике интернет-зависимости у студентов. Она может включать следующие методы: тренинги-семинары профессиональной самореализации, совместные походы с обязательным участием психолога, групповые методы работы (мозговой штурм, мастер-класс, круглый стол), социально-психологический тренинг, но в колледжах едва ли найдется такое количество психологов, поэтому можно внедрить работы в тьюторских группах с первых курсов под руководством старшекурсников [1,2].

По данным исследований, проведенных в ряде образовательных учреждений [7] мы можем утверждать, что посещаемость такой пары в колледже или техникуме, как физическая культура очень низкая. Сложившуюся ситуацию совершенно точно можно изменить в лучшую сторону. Все занятия физической культуры проходят со школьной скамьи одинаково. Нужно разнообразить различными соревнованиями по баскетболу, волейболу, например, за победу в которых будет поощрение в качестве дополнительных баллов, оценок. В УрФУ студенты с первых дней обучения имеют возможность выбрать определенную секцию. Есть возможность записаться на один из 24 предложенных видов спорта: бокс, легкая атлетика, кроссфит, фитнес, скалолазание и плавание [8]. Для повышения заинтересованности подростков в ФА в колледже могут быть организованы различные соревнования, интерактивы, а также секции, куда студенты будут записываться исходя из своих интересов, что будет однозначно увеличивать заинтересованность студента в посещении дисциплины. Помимо утверждения локальных регламентов, запрещающих курение табака на территориях образовательных учреждений, необходимо усилить контроль их соблюдения и проведение просветительской работы среди студентов с участием медицинских работников колледжа. В качестве примеров мероприятий, проводимых в целях реализации вышеназванных документов, можно выделить ежегодную конкурс-эстафету наилучшую студенческую видео-работу, посвященную здоровому образу жизни и антитабачной пропаганде проведение ежемесячных тематических кураторских часов и т.д. [9].

Одним из направлений профилактики нарушений в характере питания у студентов должно быть формирование культуры здоровья и культуры питания. Для коррекции нарушений в характере питания студентов образовательными организациями могут

быть введены интерактивные варианты организации работы буфетов и столовых, например, ввести возможность заказа онлайн как через приложение на телефоне, так и в автомате, расположенном на территории столовой или буфета. Для профилактики изменения характера питания у учащихся колледжей и ВУЗов следует изменить список продукции, продаваемый в вендинговых автоматах, например, убрать чипсы/сухари, шоколадки и газированные напитки.

Нельзя не рассматривать необходимость внедрения инновационных технологий в работу по профилактике выявленных нами рисков. Размещение на сайте колледжей в доступной для студентов форме информации о вредном воздействии вышеперечисленных факторов способствует формированию адекватного, критического, продуктивного отношения к своему здоровью у обучающихся.

Выводы.

Анализ результатов исследования показал, что интернет и телевидение занимает значительное место в жизни молодежи, и они готовы пренебрегать приемом пищи, учебой и работой ради того, чтобы провести лишние часы за девайсами.

Для достижения успехов в решении данной проблем необходимо совместное взаимодействие педагогов и психологов, членов семьи и медицинской службы в направлении формирования культуры питания и культуры здоровья учащихся, формирования у студентов мотивации отказа от вредных привычек.

Список литературы:

1. Шаматова Ю.Ю. Интернет зависимость среди молодежи. Таврический научный обозреватель 2016; (11). С. 50-52.
2. Ванюшиной Е. А. Современные тенденции формирования интернет–зависимости у студентов медицинского университета / Е. А. Ванюшиной, М. А. Гончаровой // Бюллетень науки и практики – научный журнал 2017; (3). С. 134-138.
3. Чичерина Е.Н. Распространённость курения среди студентов медицинских и немедицинских вузов г. Кирова / Е.Н. Чичерина, Н.Д. Виногорова, О.Л. // Альдемирова Вятский медицинский вестник 2019; (1). С. 66-70.
4. Аглиуллина С.Т. Анализ распространённости курения среди молодёжи / Аглиуллина С.Т., Наумов А.С., Валиев Р.И. [и др.] // Медицинский альманах 2018; (4). С. 123-125.
5. Данилова Л. К. Распространённость табакокурения среди студентов высших учебных заведений г. Красноярск / Л. К. Данилова, И. В. Демко, М. М. Петрова [и др.] / Сибирское медицинское обозрение 2014; (6). С. 64-67.

6. Порецкова Г.Ю. Формирование культуры питания и культуры здорового образа жизни как один из аспектов медицинского обеспечения детей школьного возраста / Г.Ю. Порецкова, Д.В. Печуров // Ульяновский медико-биологический журнал 2016; (3). С. 112-119.
7. Карушина В.Ю. Физическая культура в жизни студента / В.Ю. Карушина, А.В. Смольянов // Журнал Проблемы и перспективы развития образования в России 2015; (3). С. 21-25.
8. sport.urfu [Электронный ресурс]: Запись на физкультуру для первокурсников - sport.urfu. – Электронные данные. Режим доступа: URL: <https://sport.urfu.ru/activity/stati/zapis-na-fizkulturu-dlja-pervokursnikov/> свободный – (дата обращения 18.10.2020)
9. Феоктистов В. А. Проблемы профилактики девиантного поведения среди несовершеннолетних в средних профессиональных учебных заведениях на примере многопрофильного колледжа Пензенского государственного университета / В. А. Феоктистов, О. А. Тимошкина // Вестник Пензенского государственного университета 2017; (3). С. 19-23.
10. Лавриненко С.В. Интернет-аддикция и проблемы адаптации студентов первого курса к учебно-профессиональной среде технического вуза. Вестник Томского государственного университета 2018; (436). С. 213-218.
11. Ларионова С. О. Интернет-зависимость у студентов: вопросы профилактики / С. О. Ларионова, А. С. Дегтерев // Педагогическое образование в России 2013; (2). С. 232-239.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АТИПИЧНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Набойченко Е.С, Уляшина Е.И

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Резюме. В данной статье рассматриваются вопросы касающиеся, общественного мнения и психологических факторов стигматизации семей, имеющих ребенка с атипичной внешностью. К психологическим факторам стигматизации были отнесены: детско-родительские отношения и личностные особенности родителей. Отдельно рассмотрена роль общественного мнения на психологическое состояние семьи, имеющей ребенка с атипичной внешностью.

Ключевые слова: личностные особенности, детско-родительские отношения, врожденная расщелина губы и/или неба, стигматизация.

PERSONAL CHARACTERISTICS AND CHILD-PARENT RELATIONS AS PSYCHOLOGICAL FACTORS OF STIGMATIZATION OF FAMILIES RAISING A CHILD WITH AN ATYPICAL APPEARANCE

Naboychenko E.S., Ulyashina E.I.

Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. This article discusses issues related to public opinion and psychological factors of stigmatization of families with a child with atypical appearance. To psychological factors of stigma were identified as: parent-child relationships and personality characteristics of the parents. The role of public opinion on the psychological state of a family with a child with an atypical appearance is considered separately.

Key words: personality traits, child-parent relationships, congenital cleft lip and/or palate, stigmatization.

Введение

Атипичная внешность – это внешность, которая не соответствует общепринятому прототипу, та внешность, к которой окружающие не привыкли, которая вызывает

удивление и, как правило, отторжение. В статье под атипичной внешностью подразумевается врожденная расщелина губы и/или неба, сокращенно ВРГиН.

ВРГиН являются наиболее распространенными врожденными пороками головы и шеи. По частоте занимают 2-3 место среди врожденных пороков развития человека и встречаются в 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных. Наличие врожденной расщелины губы и/или неба у новорожденного приводит к множественным функциональным нарушениям, связанным, в том числе и с жизненно важными функциями дыхания, сосания и глотания. По мере роста ребенка расщелина создает ощутимые препятствия к его социальной адаптации за счет наличия косметического дефекта и нарушения речи [1; 2]. Это служит поводом к запуску процесса стигматизации, определяющего предвзятое отношение общества к ребенку, а нередко главными агентами стигматизации является ответственная за них социальная группа – родители.

Стигматизация, которую испытывает на себе семья ребенка с ВРГиН, оказывает влияние не только на стиль детско-родительских отношений, а также на личность родителей [3].

Семья, в которой родился ребенок с врожденной расщелиной губы и/или неба, находится в условиях острой психотравмирующей ситуации. Со временем родительский стресс не уменьшается, а может даже увеличиваться, что связано с возрастанием забот о ребенке и родительским пессимизмом относительно его будущего. При этом у родителей нередко отмечается реакция «эмоционального отторжения», функция которой состоит в защите от возникающего чувства привязанности к ребенку, страха перед трудностями его оздоровления, воспитания и социальной адаптации, что может привести к мысли о прерывании беременности (если наличие расщелины было выявлено до рождения ребенка) или об отказе от своего уже родившегося малыша [4]. Все это говорит о необходимости изучения психологических факторов стигматизации семей, воспитывающих ребенка с ВРГиН.

Цель работы: выявить личностные особенности и детско-родительские отношения, как психологические факторы стигматизации в семьях, воспитывающих ребенка с разной степенью тяжести врожденной расщелины губы и/или неба.

Материалы и методы

Пилотажное и экспериментальное исследования проводились посредством Google-Форм. В пилотажном исследовании приняло участие 567 жителей г. Екатеринбург. Для

пилотажного исследования была разработана анкета, включающая в себя 10 вопросов, на предмет отношения общественности к лицам с ВРГиН и их семьям.

Экспериментальное исследование проводилось в 2020г. Выборка составила 239 семей, воспитывающих ребенка с атипичной внешностью. Для исследования личностных особенностей родителей был использован инструментарий: сокращенный многофакторный опросник для исследования личности и опросник Шмишека. Для исследования детско-родительских отношений: тест-опросник родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столин и методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис [5].

Результаты и обсуждение

При проведении пилотажного исследования были выявлено, что почти половина респондентов не имеют представления о том, какой это недостаток, главное, что образ ребенка с ВРГиН тесно переплетается с различной степенью тяжести патологией и уродствами. Более пятидесяти процентов респондентов считают, что детей с ВРГиН в Свердловской области не много, конкретизируя понятие «не много»: несколько сотен. В отношении детей с ВРГиН у 45% респондентов доминируют чувства: сочувствие, жалость, настороженность, агрессивность. 15 % респондентов ответили, что каких-либо чувств не испытывают, так как на сегодняшний день проблемы личного характера их беспокоят больше, чем какие-либо другие проблемы.

Относительно мыслей, возникающих по отношению к семье, воспитывающей ребенка с ВРГиН. Были получены следующие результаты: 50 человек отметили, что чувствовали бы жалость к такой семье; 20 человек задались вопросом: «зачем рожать было вообще?»; 13 человек отметили, что было бы лучше сделать аборт или оставить ребенка в детском доме; 70 человек пожелали семье терпения, сил; 30 человек отметили «родители молодцы, что не отказались от ребенка, как, вероятно, могли сделать многие другие»; 40 человек проявляют сочувствие к семье.

При исследовании психологических факторов стигматизации: детско-родительских отношений и личностных особенностей родителей в семьях, имеющих детей с ВРГиН, были разделены на две группы: К 1 группе относятся родители, имеющие ребенка с легкой структурой дефекта ВРГиН (изолированная расщелина верхней губы; расщелина мягкого неба) – 135 человек; ко 2 группе относятся родители, имеющие тяжелую структуру ВРГиН у ребенка (расщелина мягкого и твердого неба (частичное и полное); полная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и нёба) – 104 человека.

Детальный анализ разброса индивидуальных значений позволяет зафиксировать следующие результаты по детско-родительским отношениям (табл.1.) и личностным особенностям родителей (табл.2.).

По шкале **«принятие-отвержение ребенка»** в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по уровню выраженности. (96%). Факт свидетельствует, о том, что все родители данной группы принимают своего ребенка. Однако, было установлено, что 30% семей показали по шкале лжи не достоверные результаты, что может свидетельствовать о скрытом эмоциональном отвержении. Родители **«подавляют»** в себе эмоциональное отвержение к детям как недостойное и обычно происходит гиперкомпенсация в виде подчеркнутой заботы, утрированного внимания, о чем свидетельствуют высокие значения по показателям **«симбиоз»** и **«гиперпротекция»**. Во 2 группе установлено, что только лишь 73 родителя (70%) принимают своего ребенка, тогда как около трети семей отвергают ребенка. По шкале **«симбиоз»** в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по уровню выраженности (61,4%). Во 2 группе установлено, что высокие значения по уровню выраженности имеют 58 родителей (55,7%). Данный факт свидетельствует о том, что несмотря на степень тяжести ВРГиН у ребенка, родители устанавливают значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком и мало о нем заботятся. По шкале **«гиперпротекция»** в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по уровню выраженности (48%). Во 2 группе установлено, что высокие значения по уровню выраженности имеют 66 родителей (63,2%). Факт свидетельствует о том, что несмотря на степень тяжести ВРГиН у ребенка, больше половины родителей. По шкале **«гипопротекция»** в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию низких, нежели высоких значений по уровню выраженности (65,9%). Во 2 группе установлено, что низкие значения по этому показателю имеют 68 родителей (65,3%). Факт свидетельствует о том, что несмотря на степень выраженности ВРГиН, родителям свойственна ситуация при которой ребенок не оказывается на периферии их внимания. По шкале **«игнорирование потребностей ребенка»** в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию высоких значений по уровню выраженности (85,1 %). Во 2 группе установлено, что высокие значения по этому показателю имеют 66 родителей (63,3%). Несмотря на степень тяжести ВРГиН родители не достаточно стремятся к удовлетворению потребностей ребенка. По показателю **фобия «утраты ребенка»** в 1 установлено, что низкие значения по этому показателю имеют 88 родителей (65,1%). У большинства родителей не присутствует страх утраты ребенка. Во 2 группе наблюдается тенденция к преобладанию средних, нежели низких значений по уровню выраженности (48,0%). Факт свидетельствует, о том, что во 2 группе 48% родителей испытывают страх утраты ребенка.

Таблица 1

Процентное соотношение шкал детско-родительского отношения, %

	низкие значения	средние значения	высокие значения
принятие отвержение ребенка			
группа 1	0%	3,70%	96,20%
группа 2	0%	29,70%	70,10%
симбиоз			
группа 1	1%	28,80%	61,40%
группа 2	5,70%	38,4%	55,7%
гиперпротекция			
группа 1	14,80%	35,40%	48%
группа 2	12,40%	24%	63,20%
гипопротекция			
группа 1	65,90%	23,7%	0%
группа 2	65,30%	27,8%	0,90%
игнорирование потребностей ребенка			
группа 1	0%	6,60%	42,50%
группа 2	2,80%	25,90%	31,60%
фобия утраты ребенка			
группа 1	65,10%	33,90%	0,70%
группа 2	41,30%	48%	2,80%

По шкале «**депрессия**» в 1 группе наблюдается тенденция к преобладанию средней выраженности (48,7%). Родители 1 группы не имеют депрессию. Во 2 группе наблюдается предрасположенность к развитию (53,8%), яркая выраженность отмечается у 23 родителей (12,3%). Факт свидетельствует о том, что часть родителей 2 группы имеют депрессию. По шкале «**тревожность**» в 1 группе наблюдается предрасположенность к развитию (31%), средняя выраженность отмечается у 42 родителей (31%). Во 2 группе наблюдается предрасположенность к развитию (35,5%), ярко выраженные показатели имеют 11 родителей (10,5%). Несмотря на степень тяжести ВРГиН у родителей отмечается тревожная акцентуация личности, которая характеризуется повышенной тревожностью, мнительностью и постоянными сомнениями. По шкале «**гипертимность**» в 1 группе наблюдается предрасположенность к развитию (36,9 %), средняя выраженность отмечается у 40 родителей (29,6%). Во 2 группе наблюдается ярко выраженные показатели (25,9 %), средняя выраженность отмечается у 27 родителей (25,9%). Несмотря на степень тяжести ВРГиН у ребенка, родители имеют гипертимную акцентуацию личности и характеризуются частой сменой настроений, необоснованной сменой решений, бывают вспыльчивы и часто впадают в гнев по пустякам, легко поддаются чужому влиянию.

Таблица 2

Процентное соотношение шкал личностных особенностей, %

	не выражено	средняя выраженность	предрасположенность к развитию	яркая выраженность

депрессия				
группа 1	41,20%	48,70%	0,70%	0%
группа 2	9,50%	7,60%	53,80%	12,30%
тревожность				
группа 1	29,50%	31%	29,50%	0%
группа 2	15,30%	29,70%	35,50%	10,50%
гипертимность				
группа 1	22,90%	29,6%	36,90%	0%
группа 2	24,80%	25,90%	16,20%	25,90%

Вывод

Стереотипы существующие в представлении людей являются слишком обобщёнными, поэтому большинство семей и детей с ВРГиН так охарактеризовать нельзя, но сквозь призму стигматизации общество все равно не воспринимает данную категорию семей, как «полноценную». Это давление на семьи заставляет их принять данный статус, и они действительно начинают себя идентифицировать с особой категорией общества. Как правило, стигматизированные люди придерживаются все тех же установок, что и люди, которые их стигматизируют, поэтому соответствуют стереотипам и ожиданиям, то есть принимают на себя данную стигму.

Таким образом, семьи, имеющие ребенка с ВРГиН имеют нарушения детско-родительского отношения по шкалам: «принятие-отвержение ребенка», «симбиоз», «гиперпротекция», «игнорирование потребностей ребенка». Нарушения детско-родительского отношения по типу «гипопротекция» не выявлено, так как родители уделяют ребенку крайне много сил, времени, внимания: воспитание является центральным делом в их жизни. По шкале «фобия утраты ребенка» родители, воспитывающие ребенка с тяжелой степенью ВРГиН проявляют повышенную неуверенность, боятся ошибиться, преувеличивают представления о хрупкости ребенка, его болезненности.

Показатели личностных особенностей родителей в 1 группе проявляют предрасположенность к развитию по шкалам «тревожности» и «гипертимности». Во 2 группе выявлены ярко выраженные показатели по шкалам «тревожность», «гипертимность» и «депрессия». Это свидетельствует о том, что родители, воспитывающие ребенка с тяжелой степенью ВРГиН сильнее подвержены стигматизации общества и имеют, в связи с этим ярко выраженные личностные особенности которые обострились в травмирующей психику ситуации.

Список литературы

1. Блохина С.И. Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра: автореф. дис. . . . д-ра мед. наук. Екатеринбург, 1992.
2. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. М., Детстомиздат, 1998. – с. 309.
3. Набойченко, Е. С. Влияние общественного мнения на стигматизацию ребенка с атипичной внешностью // Специальное образование. – 2009. – №
4. Набойченко Е.С. Исследование физического и психического развития детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Е. С. Набойченко // Известия Уральского государственного университета. Сер. 1, Проблемы образования, науки и культуры. – 2009. – N 1/2 (62). – С. 68-72.
5. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи. М.: Академия, 2008, 432 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ.

Елькин И.О.

ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ

Резюме. Проведено диагностическое интервьюирование у 40 медицинских специалистов, оказывающих помощь пациентам с новым инфекционным заболеванием COVID-19. Выявлены типичные проявления посттравматического стрессового расстройства у рассматриваемого контингента. Рассмотрены пути сохранения психологического благополучия специалистов, которые лечат пациентов в условиях пандемии

Ключевые слова: пандемия, красная зона, медицинские специалисты, психическое здоровье, угроза физическому существованию, посттравматическое стрессовое расстройство.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF MEDICAL PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC AND THE POSSIBILITY OF OVERCOMING THEM.

Elkin O.I.

GUAZ SO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, Russian Federation

Annotation. The article presents an exhaustive theoretical study (without the author's inclusion) of the issue of interdisciplinary psychological, pedagogical and medical support of parents of families in which a child with atypical features of appearance is developing; the exceptional features of social attitudes towards such children and the conditions for the development of ostracism in "parent-child relations" are emphasized, the most effective method of correcting such conditions within social institutions is considered, and a variant of defining such interventions as "accompanied parenting" is proposed.

Keywords: accompanied parenting, atypical appearance, stigmatization, child development, psychological adaptation

Summary. Diagnostic interviews were conducted with 40 medical specialists who provide care to patients with the new infectious disease COVID-19. Typical manifestations of post-traumatic stress disorder in the considered contingent were revealed. The ways of preserving the psychological well-being of specialists who treat patients in the context of a pandemic are considered.

Key words: pandemic, red zone, medical professionals, mental health, threat to physical existence, post-traumatic stress disorder.

Новое инфекционное заболевание COVID-19 оказалось страшнее, чем предполагали инфекционисты, тем более к нему оказались не готовы медицинские работники

отделений, не связанных ранее с инфекциями – к перепрофилированию и работе в «красной зоне».

Возникли условия, когда одновременно присутствует ряд факторов, оказывающих влияние на психическое здоровье медицинских специалистов:

- 1) беспрецедентная потенциально угрожающая жизни ситуация с неопределённой продолжительностью;
- 2) широкомасштабные карантинные меры;
- 3) возможная бессимптомная передача вирусной инфекции;
- 4) сообщения о нехватке медицинских средств защиты;
- 5) неустойчивый информационный фон с переизбытком противоречивой информации;
- 6) неопределённость, связанная с влиянием коронавирусной инфекции COVID-19 на экономическую ситуацию [1].

На начальном этапе возникновения пандемии медицинские работники в большинстве случаев выказывали: боязнь заражения себя, своих близких, коллег, чувство неуверенности в себе, стигматизацию, потерю контроля над ситуацией, высокие уровни стресса, симптомы тревоги и депрессии, которые способствовали снижению желания работать и возникновению мыслей об увольнении. При этом в качестве факторов, препятствующих возникновению проблем с психическим здоровьем, у врачей часто возникает агрессия как реакция на бессилие [2].

Для выявления особенностей адаптации медицинских специалистов к условиям пандемии после её подъёма и стабилизации ситуации нами было проведено интервьюирование 40 медицинских работников (19 врачей и 21 медицинская сестра), работавших в «красной зоне». Возраст опрошенных от 30 до 58 лет, 30 опрошенных женщины (75%), 10 – мужчины (25%).

На вопрос «Ощущаете ли вы тревогу по поводу пандемии?» все опрошенные отметили её наличие, причём за своё здоровье переживали только 37,5%, за здоровье своих близких – 77,5%, за здоровье пациентов – 70%, за изменение эпидемиологической обстановки в городе – 62,5%. Достоверных различий в группах врачей и медицинских сестер не наблюдалось.

У 82,5% опрошенных специалистов выявлены признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – нарушение нормальной работы психики в результате единичной или повторяющейся психотравмирующей ситуации. Диагноз ПТСР устанавливается на основании беседы и анамнестических данных. В отличие от профессиональных

деформаций и эмоционального выгорания, формирующихся годами, ПТСР состояние острое [3]

ПТСР является следствием переживания событий, в которых человек пережил интенсивную угрозу жизни или физической целостности, т.е. в критериях международных классификаций на первом плане – тема угрозы физическому существованию. Основными симптомами ПТСР являются:

- 1) повторные переживания травмы в мыслях, образах, сновидениях (17,5% респондентов жаловались на нарушения сна: бессонницу и ночные кошмары);
- 2) избегание объектов и ситуаций, напоминающих о травме - - 20% опрошенных сначала не захотели поднимать тему своего эмоционального состояния;
- 3) повышенная психофизиологическая возбудимость (настороженность, тревога, страх выявлены у 50% медицинских специалистов).

Риск развития ПТСР зависит от тяжести и длительности травматической ситуации, а также от того, каким образом переживается стресс во время воздействия травматического стрессора. Действия, направленные на минимизацию травматичности ситуации, не могут, к сожалению, нивелировать стресс, но они могут значительно уменьшить его интенсивность [4].

С темой травматизации связан феномен так называемого «посттравматического личностного роста»: людям свойственно искать и обнаруживать смыслы в трудных жизненных ситуациях. Помощь другим, как источник смысла, является огромным ресурсом в прохождении через травматические ситуации [5]. В беседах со специалистами категория «должен» прозвучала у всех опрошиваемых. Однако роль социального «должника» имеет риск привести к саморастрчиванию, ощущению себя жертвой, дистрессу и психическому истощению, а в нашем случае – и заражению смертельно опасной инфекцией. А в нашем обществе героизмом одной социально-профессиональной группы зачастую прикрывает несостоятельность другой.

Ситуация сегодняшнего дня имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. На вопрос о *способе снятия стресса* 47,5% опрошенных указали алкоголь, 50% указали сон, 47,5% указали табакокурение, употребление успокаивающих средств указали 25% врачей, занятия спортом – 17,5%. Врачи используют известные им привычные стереотипные способы снятия напряжения. Спортом занимаются молодые медики, а вот в остальных способах выявленных возрастных закономерностей не выявлено. Из опрошенных врачей никто не общался с

психологом или психиатром по личным вопросам. Они сами привыкли контролировать ситуацию и считают, что умеют справляться с ней.

Психологический дебрифинг (специально разработанная процедура, которая предполагает выражение переживаемых эмоций в группе людей, которые переживают сходный опыт) не доказал своей эффективности – данные китайских авторов [6]. Наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей, оказавшихся на передовой во время эпидемии COVID-19, должно быть психологическая компетентность (информирование о том, что с ними происходит), неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической помощи.

Ниже мы высказываем предположения о том, что конкретно может быть сделано для сохранения психологического благополучия специалистов, которые лечат пациентов в условиях пандемии:

1. Врачи, медсестры и санитары должны быть уверены в том, что средств индивидуальной достаточно и сейчас, и в будущем.
2. Медицинским работникам должна быть известна информация о проявлениях острого и посттравматического стресса. Они также должны быть информированы о повышении вероятности моральной травматизации в условиях пандемии и тех чувствах, которые переживают люди после моральной травмы при неблагоприятных исходах у пациентов, встрече с неблагодарностью, грубостью.
3. Следует поощрять неформальное общение между сотрудниками. Врачи, медсестры и санитары должны иметь перерывы в работе для общения с коллегами, что обеспечивает возможность выражения эмоций (в противовес их подавлению, которое усиливает дистресс), получения поддержки, снятия напряжения.
4. Формирование убеждений о ценности заботы о себе в условиях, когда ситуация требует полной самоотдачи. Здесь речь идет об усилении представлений о том, что внимание к себе и своим потребностям делает человека более устойчивым и сильным и расширяет его возможности помочь другим.
5. Переживание тревоги, напряжения и усталости являются «нормальными» чувствами в «ненормальной» ситуации. Медики должны иметь оперативный доступ к получению психологической и в некоторых случаях и психиатрической помощи, если негативные эмоции носят стабильно интенсивный характер или приводят к нарушению сна, аппетита, соматическим симптомам.

Если эмоциональное выгорание связано с длительной работой в условиях хронического профессионального стресса, то ПТСР, на наш взгляд, состояние, требующее неотложной помощи и легко переходящее в затяжную форму с тяжелыми последствиями для психики специалиста – от психосоматических расстройств до суицидальных проявлений. В конце концов, эпидемии когда то заканчиваются, а последствия тяжелой профессиональной травмы остаются на длительное время и снижают качество жизни специалиста, а в итоге – влияют на качество оказания помощи.

Список литературы

1. Сорокин М.Ю. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением – COVID-19: данные онлайн-опроса / М.Ю. Сорокин, Е.Д. Касьянов, Г.В. Рукавишников [и др.] // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2020. № 3. С. 77–84.
2. Овсяник О. А. Социально-психологические особенности адаптации врачей к возникновению пандемии // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2020. № 4. С. 75–81.
3. Shuai L. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak / L.Shuai, YC Lulu, YT Zhang [and other]. *Lancet*. – Vol. 7 (4). –2020 – P. 17-18.
4. Чулкова В.А. Заболевание с витальной угрозой и экстремальная ситуация, психологический кризис / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева / Учебник «Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психологическая травматизация и ее последствия» / под ред. Н.С. Хрустальной. – СПб.: Изд-во СПбГУ.– 2014 – С. 223-271.
5. Ульянова О.А. Социально-психологические риски для человека и общества в условиях пандемии // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. 2020. № 2 (52). С. 46–54.
6. Xiang Y.-T. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. In: *The Lancet Psychiatry*, 2020, no.
7. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8) (accessed: 07.12.2020).

ПЕДИАТРИЯ ЕГИПТА В ДРЕВНОСТИ И СОВРЕМЕННОСТИ

Ханнаалла Джессика Э. В. З., Богданова Е.Н., Шапошников Г.Н.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Резюме. В данной статье рассматриваются исторические аспекты развития педиатрии в Египте, описаны рациональные, мифические и умозрительные методы лечения. Проведен системный анализ развития детского здравоохранения в современном Египте. Выделены основные направления деятельности органов государственной власти в сфере охраны здоровья детей Египта, а также проводится анализ статистических показателей уровня рождаемости детского населения в данной стране.

Ключевые слова: болезни Древнего Египта, педиатрия, народная медицина, государственные органы и концепции развития детского здравоохранения в Египте, современная медицина в Египте.

PEDIATRICS IN ANCIENT AND MODERN EGYPT

Hannaalla Jessica Emeil W.Z., Bogdanova E.N., Shaposhnikov G.N.

Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. This article examines the historical aspects of the development of pediatrics in Egypt, describes the rational, mythical and speculative methods of treatment. A systematic analysis of the development of child health care in modern Egypt has been carried out. The main directions of the activities of state authorities in the field of child health care in Egypt are highlighted, and the analysis of statistical indicators of the birth rate of the child population in this country has been carried out.

Keywords: diseases of Ancient Egypt, pediatrics, folk medicine, state bodies and concepts of development of children's health care in Egypt, modern medicine in Egypt

The history of Ancient Egypt has more than three millennia: from the end of the 4th millennium BC, when the first ancient Egyptian city-states appeared in the lower reaches of the Nile River, until 395 AD, when, after the collapse of the Great Roman Empire, Ancient Egypt became part of Byzantium. In the history of Ancient Egypt, there are 4 main eras, the last of them, the period of the New Kingdom (16th -9th centuries BC), remains the heyday of ancient Egyptian culture, including the art of healing. It was at that time that most of the medical papyri were written - the

main source on the history of ancient medicine of this civilization. Today, many Egyptian doctors seek to revive the practices and historical traditions of their ancient predecessors.

The purpose of the article is to show the development of diagnostics and treatment of childhood diseases in ancient and modern Egypt, to identify the factors of maternal and child mortality in Egypt, focusing on how they were adapted to the unique context of the historical tradition of healing and the culture of Egypt.

The main method used to analyze the problems of healing in Ancient Egypt was historical ideography, which made it possible to describe the rational, speculative and mythical practices of folk and traditional healing. To analyze the current state of child health care, factors of maternal and child mortality in Egypt, literature reviews, policy documents of sectoral strategies, as well as the method of mathematical correlations of quantitative data from demographic surveys, routine data systems, and international databases were used. For the convenience of presentation, the article is divided into two parts: the first part is devoted to the peculiarities of the treatment of childhood diseases in Ancient Egypt, describes the anatomical and physiological concepts in Ancient Egypt, provides an overview of the practices of treating childhood diseases, and the second part discusses the development of child health care in modern Egypt and analyzes the current state of pediatrics in this country.

Research results and discussion. Ancient Egypt

The healing of Ancient Egypt has a long history. During this time, it did not undergo any major changes, nevertheless, it remained advanced for its time. Medical papyri remain one of the main sources on the history of healing in Ancient Egypt. Currently, science knows more than a dozen papyrus scrolls that contain medical texts and descriptions of various diseases. They also contain descriptions of treatments, with lists of prescriptions. Several medical papyri are devoted to the description of childhood diseases and contain information about helping a sick child (first of all, these are the papyri of Ebers, Hirst and Brugsch). The oldest surviving treatise on pediatrics is the Brugsch papyrus, written around the 15th century BC. It contains information about childhood diseases and sanitary measures to maintain the health of mothers and children.

The Ebers papyrus, dedicated to the treatment of internal diseases and medicines. It was discovered in 1872 in Thebes and named after the scientist Georg Ebers who studied it. This papyrus is glued together from 108 sheets of papyrus, reaches a length of 20.5 meters and is called "The Book of Preparation of Medicines for All Parts of the Body." Descriptions of diseases indicate a well-developed observation and ability to use various diagnostic techniques. This treatise also contains about 900 prescriptions of medicines for the treatment of various diseases of

the digestive system, respiratory tract, ear, throat and nose, eyes, skin, helminthic infestations and many other diseases [1].

Researchers of healing in Ancient Egypt O.A. Jarman and G.L. Mikirtichan identified several groups of diseases characteristic of childhood: ear diseases, colds, eye diseases, bronchopulmonary diseases, dental diseases, including teeth eruption in infants, urinary and stool retention, dermatological diseases and described in detail the methods of their treatment. At the same time, these researchers noted that we struggle to understand many diseases and the drugs for their treatment, since the descriptions of diseases in medical treatises do not give us a clear nosological picture. [2]

The Egyptians were well aware of the symptoms of childhood diseases: the papyri describe a prolonged cry that could accompany abdominal pain, ear pain with otitis media, cough, runny nose, redness of the eyes, etc. Children suffered from diseases of the urinary system, convulsive syndrome, skin rashes and diseases associated with food poisoning and parasitic infections. There are descriptions characteristic of the clinical picture of congenital heart defects. The same treatment was used in both adults and older children, but in smaller doses. The Egyptians attached great importance to the correctness of the ratio of the components in the medicine. Medicines were used internally and externally. The Egyptians believed that the medicine taken by a nursing mother could pass through the milk to the baby. There was also a known method when the medicine was smeared on the nipples of a nursing woman, and when sucking along with milk, it entered the child's body. Along with recommendations for treatment, spells and prayers were a necessary component of treatment [3].

An important place in the diagnosis and treatment of childhood diseases was determined by the anatomical and physiological concepts in Ancient Egypt. Although the embalmers of Egypt knew well how the human organs are arranged and where they are located, they never examined the internal structure of the body and did not share their knowledge of anatomy with doctors. It was believed that these two professions are completely different and have nothing to do with each other. It is for this reason that the Egyptians had a poor idea of the anatomical structure of a person and did not know the functions of many organs. Despite the fact that the Egyptian doctors understood the work of the cardiovascular system, that is, they approximately understood the work of the heart. The doctors of Ancient Egypt considered this organ to be the center of emotions and intellect, the organ of thinking, and the brain was a useless organ. When the embalming process took place, the heart remained intact, while the brain was removed from the body of the deceased - pulled out through the nose [4].

The information of the ancient Egyptians about the vital activity of the organism was based on the idea of 4 basic elements of the world - water, earth, air and fire. During the period of the conquests of Alexander the Great and the spread of Greek culture in Asia Minor, a synthesis of Egyptian and Greek healing began to form rapidly, and the completed Greek Egyptian anatomical and physiological concept was formed. It should be noted that during the Hellenistic period, during the reign of the Greek dynasty of the Ptolemy in Egypt, autopsies began to be carried out in the city of Alexandria, Greek doctors laid the foundations of descriptive anatomy. This contributed to the concretization of the concept of the vital activity of the human body. In fact, Egyptian doctors adopted the Greek anatomical and physiological concept during the Hellenistic period: the humoral theory of 4 fluids, the doctrine of the elements and natures of the human body, three pneuma (special vital warmth), which dispersed throughout the body through veins, arteries and nerves. Health was defined as a balance of fluids and elements and pneuma, and illness was defined as their imbalance. The ancient Egyptians believed that the body was composed of a system of channels, or "metu". Scientists note that the Egyptians believed that bodily fluids could enter this system, including feces. This would have a negative effect, and enemas became an important method of treatment for many diseases, including malaria and smallpox. The heart was the center of 46 canals, visible as a variety of tubes. However, the Egyptians, like the Greeks, did not understand that these channels have different functions [5]. In this concept, rational, speculative and mythical moments, real and fantastic ones, merged, but it satisfied the needs of doctors and the population of that time.

These ideas also determined the nature of the treatment, which consisted in removing any liquid or element with the help of bloodletting, emetics, laxatives, diuretics or diaphoretic drugs, gastric lavage, etc. Based on the anatomical and physiological concept and demonic ideas about the causes of diseases, the treatment was carried out in a complex manner, together with empirical medicine, spells were used, which played the role of a kind of "psychotherapy". Doctors and parents referring to Isis and other gods who overcome diseases and death.

Many medical practices were effective, and doctors' advice for staying healthy included washing and shaving the body, including under the armpits, as this will help prevent infections. The pharmaceuticals of the ancient Egyptian medical priests included antacids, copper salts, turpentine, alum, astringents, alkaline laxatives, diuretics, sedatives, antispasmodics, calcium carbonate and magnesia. The dosage of drugs was prescribed with particular care in medical papyri, indicating the way in which the drug should be taken orally (for example, with wine or food) [6]. At the same time, many methods were ineffective or harmful - in particular, many drug prescriptions

contained manure, bat meat, fermentation and mold products. Some molds were bactericidal, but they also contain harmful bacteria that posed a threat of infection. [7]

Ancient Egypt developed on the synthesis of Greek and Egyptian cultures, became one of the foundations of the treatment of childhood diseases in Byzantium and the entire Arab East in the Middle Ages. And today, Egyptian doctors are striving to revive the pharmacy based on the traditional prescriptions of the ancient Egyptian papyri. Moreover, even today, many practices of treating childhood diseases of ancient Egypt are widespread in rural areas of the country and, especially, in the poor regions of southern Egypt.

Development of children's healthcare in modern Egypt.

Egypt is one of 10 low-and middle-income countries. One of the most populous countries in North Africa, Egypt is a desert plateau divided by the Nile valley. The country is formed of two distinct regions: Upper Egypt in the south is predominantly rural and has had historically poor health outcomes; Lower Egypt in the north, including cities such as Cairo and Alexandria, is more urbanized and affluent. Around half of Egypt's population of 86 million (2019) is below 15 years of age and less than 4% is above 60 years of age. The majority of young people in Egypt live in poor regions, where health outcomes and access to jobs and education are lower. The Egyptian economy relies on four main sources of income: tourism, remittances from citizens working abroad, revenues from the Suez Canal, and oil. The share of the population living below the poverty line has steadily risen since 2000, particularly among rural inhabitants. Economic growth remains stagnant and unemployment and inflation high. These trends highlight long-term economic inequality between rural [8].

However, over the past 5 years, Egypt has recorded important achievements in improving child and maternal survival and health in to achieve Millennium Development Goals (MDGs): reduce child mortality (UMR) and to reduce maternal mortality (MMR).

In 2014, Egypt hosted the International Conference on Population and Development in Cairo. Reducing maternal mortality has also been a key goal of the national five-year plans of the Ministry of Health and Population (MoHP) and women's and children's right to health is enshrined in Egypt's new constitution.

Between 2014 and 2019, the under-5 mortality rate declined from 108 to 27 child deaths per 1,000 live births; slightly more than half of these deaths occurred in the first month of the child life [9].

In 2019, around 90 percent of mothers underwent antenatal care checks during pregnancy, 83 percent of them having had antenatal care on a regular basis. Among all births, 92 percent

were attended by a skilled birth attendant and 87 per cent took place in a health facility. As for the immunization rate, 92 per cent of children aged 18-29 months were fully immunized in 2019; the children had received complete vaccination against tuberculosis, measles, diphtheria, pertussis, tetanus and polio. Key accomplishments include a dramatic reduction in rates of chronic malnutrition, the elimination of polio in 2016, and the establishment of a national community health worker program. Impressive declines in MMR and UMR in Egypt may also be due in part to rapid improvements in sectors outside of health such as better access to running water and sanitation [10].

Although Egypt has a sufficient number of health providers, the health workforce is distributed unequally, with a particularly low level of providers in rural Upper Egypt. Overall coverage of births attended by skilled health workers is around 80%, compared to just over 40% between 2014 and 2019. However, the poorest rural residents still have just over 60% of births attended by skilled staff, compared to over 90% in wealthy urban parts of the country. Poor quality obstetric care has also been a major bottleneck to reducing the number of maternal deaths. For example, maternal hemorrhage remains a leading cause of death among women in Egypt, despite significant achievements over the past 20 years. Management of maternal hemorrhage requires appropriately equipped facilities with the correct blood type, supplies and equipment as well as a skilled birth attendant. Although institutional deliveries in Egypt increased by more than 80% between 2014 and 2019, blood shortages in 2019 were still among the most frequent avoidable health facility factors, contributing to 16% of maternal deaths and playing an especially important role in deaths from hemorrhage [11].

This resulted in a number of efforts to improve the quality of delivery care, including the National Child Survival Project (2002-2006), the Mother Care project (2006-2008), the Healthy Mother/Healthy Child Project (2014-2019) and the UNICEF project (2019 to present). These have successfully reduced maternal mortality, particularly in poorer Upper Egypt. The UNICEF project is establishing perinatal care centres in Upper Egypt, targeting two million children under 5 and their mothers. The project supports the national integrated management of neonatal and childhood illnesses and includes training for nurses, paediatricians and obstetricians on clean delivery and neonatal resuscitation. The MoHP implemented an integrated set of interventions as a part of the Healthy Mother/Healthy Child Project (2014–2019) to improve the quality of obstetric and emergency care; for instance, competency-based training was conducted to improve skills of health personnel and to train nurses in midwifery skills.

Political and economic crises may also have an impact on the relative costs and access to essential care, thus the current period of political transition in Egypt may create further challenges to reducing mortality among women in children in the near future. However, compared with other middle-income countries in the Middle East and North Africa, Egypt had the highest financial share of health expenses borne by households and the lowest share borne by government.

As a result of an increase in the total population, those between 0 to 19 years have increased further from 13.5 million in 1960 to 38.2 million in 2019, which is expected to increase to 50.9 million in 2050, the accumulative effect creates demand for healthcare facilities and services relating to mother and childcare (obstetrics, gynaecology, paediatrics, etc.), alongside the common prevailing communicable and some non-communicable diseases. Consequently by 2050, around 85 million will be born in Egypt, increasing demand for mother and childcare related services and facilities [12].

Results:

Despite demonstrable success to date, Egypt faces a number of constraints and ongoing challenges that if addressed, could help to of that have contributed to reductions in maternal and child mortality in Egypt. These include: reducing socioeconomic disparities, particularly between Upper and Lower Egypt; strengthening gender equality; improving the nutritional status of children; increasing financing for the health sector to reduce out of pocket expenditure and expand health insurance.

Effective governance improves health outcomes and, conversely, poor governance contributes to poor health outcomes. Some improvements in Egypt's governance indicators were noted between 1996 and 2014, however, recent dramatic changes in the political landscape have led to deterioration across all three indicators of governance between 2014 and 2019 – control of corruption, rule of law and political stability, and absence of violence. However the new constitution commits the state to guaranteeing a sufficient allocation of public spending to health, and the provision of improved health care and education services to be free for those who are unable to pay. New institutions and accountability mechanisms for health will be needed.

List of literature:

- 1 Medicine in Ancient Egypt. (электронный ресурс): Режим доступа: <https://scicenter.online/istoriya-meditsinyi-scicenter/meditsina-drevnem-egipte-136067.html> //, (дата обращения 27.03. 2021.)
2. Jarman O.A., G.L. Ideas about diseases and treatment of children in Ancient Egypt. // Russian Journal of Pediatrics, 2015. No. 1 p. 56 -58.
3. Jarman O.A., G.L. Ideas about diseases and treatment of children in Ancient Egypt. // Russian Journal of Pediatrics, 2015. No. 1 p. 55.

4. Medicine of Ancient Egypt: hygiene, magic, scalpel. (электронный ресурс): Режим доступа: <https://severnymayak.ru/2017/02/18/medicina-drevnego-egipta-gigiena-magiya-i-skalpel/> Accessed on March (дата обращения- 27.03. 2021)
5. Medicine of Ancient Egypt. // (электронный ресурс): Режим доступа: <https://yandex.ru/turbo/medicalinsider.ru/s/news/kakojj-by-la-drevneegipetskaya-medicina/> (дата обращения 30.03. 2021)
6. Istrian medicine. Egypt <https://habr.com/ru/post/403361/> (дата обращения - 27, 2021)
7. Medicine of Ancient Egypt // <https://ageiron.ru/byit-proshlogo/vrachevanie-v-drevnem-egipte>. (дата обращения 27.03. 2021)
8. Success factors for women’s and children’s health: multisector pathways to progress. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2019. <http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/> (accessed 1 June 2019).
9. Suggested citation: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Success factors for women’s and children’s health: Egypt 2017.
10. Suggested citation: Egypt Demographic and Health Survey 2014 MoHP (2014) Maternal Mortality Bulletin <https://www.unicef.org/egypt/health>.
11. Egypt: Post 2015 National Consultations. Geneva: World Foundation of United Nations Associations; 2018. <http://www.worldwewant2018.org/Egypt2018> (accessed 6 May 2018).
12. The Arab Millennium Development Goals Report: Facing challenges and looking beyond 2019. New York: United Nations, League of Arab States; 2019. http://www.escwa.un.org/divisions/div_editor/Download.asp?table_name=divisions_other&field_name=ID&FileID=1559 (accessed 5 May 2019).