

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК УКРАИНЫ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СВЯЗИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ВИТИ НТУУ “КПИ”
Научно-исследовательская лаборатория **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**
Кафедра “Применения средств радиосвязи” ВИТИ НТУУ “КПИ”
Кафедра “Применения средств специальных телекоммуникационных систем”
ИССЗИ НТУУ “КПИ”

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Алтайская государственная педагогическая академия» (ФГБОУ ВПО «АлтГПА») *Кафедра социальной педагогики и педагогических технологий*
Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Благовещенский филиал Московской академии предпринимательства при Правительстве Москвы» (НОУ ВПО БФ МосАП) *Кафедра мировой и региональной экономики.*
Кафедра Менеджмента, маркетинга, торгового дела и предпринимательства

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Первого Международного научно-практического симпозиума
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАУКЕ И ОБРАЗОВАНИИ



посвящен
7 мая День Радио

Секция:
Медицинские науки

Киев, 7 мая 2012

Уважаемые коллеги!

Оргкомитет благодарит всех студентов, бакалавров, специалистов, магистров, аспирантов, докторантов, научных, педагогических и научно-педагогических работников, которые активно приняли участие в организованном Первом Международном научно-практическом симпозиуме «**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАУКЕ И ОБРАЗОВАНИИ**», посвящен 7 мая День Радио, организованный авторским коллективом учебных и научных заведений НТУУ «КПИ», г. Киев, Украина.

Голова оргкомитету

Козубцов Игорь Николаевич, к.т.н., профессор РАЕ, заслуженный работник науки и образования РАЕ, ведущий научный сотрудник НИЛ №43 НЦЗИ ВИТИ НТУУ «КПИ», Украина, г. Киев

Заместители головы оргкомитету

Ильинов Михаил Дмитриевич, к.т.н., доцент, Преподаватель кафедры «Применения средств радиосвязи» ВИТИ НТУУ «КПИ», (Украина, г. Киев).

Мазор Сергей Юрьевич, к.т.н., Доцент кафедры «Применения средств специальных телекоммуникационных систем» ИССЗИ НТУУ «КПИ», (Украина, г. Киев).

Мараховский Леонид Федорович, д.т.н., профессор, Профессор кафедры Государственного экономико-технологического университета транспорта, (Украина, г. Киев).

Масесов Николай Александрович, к.т.н., Слушатель Национального университета обороны Украины, (Украина, г. Киев).

Раевский Вячеслав Николаевич, к.т.н., с.н.с., Доцент кафедры «Применения средств радиосвязи» ВИТИ НТУУ «КПИ», (Украина, г. Киев).

Президиум организационного комитета:

Ананьин Валерий Афанасьевич, д.ф.н., профессор, Профессор кафедры ВИТИ НТУУ «КПИ», (Украина, г. Киев).

Беззубко Лариса Владимировна, доктор наук по государственному управлению, профессор, Донбасская национальная академия строительства и архитектуры, (Украина, г. Макеевка).

Бершадский Александр Моисеевич, д.т.н., профессор, Профессор кафедры, Пензенский государственный университет (Российская Федерация)

Васильев Константин Александрович, к.т.н., Старший преподаватель кафедры №33 ВИТИ НТУУ «КПИ», (Украина, г. Полтава).

Гиенко Любовь Николаевна, к.п.н., доцент, Доцент кафедры социальной педагогики и педагогических технологий, ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная педагогическая академия» институт психологии и педагогики, (Российская Федерация).

Длугопольский Александр Владимирович, к.е.н., доцент, Доцент кафедры Экономической теории, Тернопольский Национальный экономический университет, (Украина, г. Тернополь).

Кайдаш Иван Никифорович, к.т.н., с.н.с., Ведущий научный сотрудник НИО №13 НЦЗИ ВИТИ НТУУ «КПИ», (Украина, г. Киев).

Кочетова Жанна Юрьевна, к.х.н., Старший преподаватель, Военный авиационный инженерный университет (Российская Федерация г. Воронеж);

Латышева Инна Валентиновна к.геогр.н., доцент, Доцент ФГБОУ ВПО Иркутский государственный университет, (Российская Федерация)

Макухин Владимир Леонидович, к.т.н., Старший научный сотрудник, ФГБУН Лимнологический институт СО РАН, (Российская Федерация)

Мельников Александр Григорович, к.гос.упр-я, Директор Международно-правового департамента Администрации Государственной пограничной службы Украины, (Украина, г. Киев).

Москалева Людмила Юрьевна, д.п.н., доцент, Заведующий кафедры социальной педагогики и дошкольного образования Мелитопольского государственного педагогического университета им. Богдана Хмельницкого, (Украина, г. Мелитополь).

Новикова Ирина Викторовна заведующая кафедры мировой экономики Благовещенского филиала Московской академии предпринимательства (Российская Федерация)

Потемкин Владимир Львович, к.геогр.н., доцент, Старший научный сотрудник, ФГБУН Лимнологический институт СО РАН, (Российская Федерация)

Стахов Алексей Петрович, д.т.н., профессор, академик Академии инженерных наук Украины, (Канада).

Стеценко Ирина Александровна, д.п.н., доцент, Декан факультета информатики и управления ФГБОУ ВПО «ТГПИ имени А.П. Чехова» (Российская Федерация).

Сухорукова Людмила Николаевна д.п.н., профессор (Российская Федерация).

Таршилова Людмила Сергеевна, к.э.н., доцент, Руководитель отдела системы менеджмента качества и инноваций. Западно-Казахстанский аграрно-технический университета имени Жангир хана (Казахстан).

Тен Евгения Петровна, к.п.н., Доцент кафедры профессиональной педагогики и инженерной графики Республиканское высшее учебное заведение «Крымский инженерно-педагогический университет» (Украина, г. Симферополь).

Черномаз Павел Алексеевич, к.геогр.н., доц, Доцент кафедры международных экономических отношений, ХНУ имени В.Н. Каразина, (Украина, г. Харьков).

Чупров Леонид Федорович, к.псих.н., профессор РАЕ, Главный редактор Электронного научного журнала «Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири», (Российская Федерация, Хакасия, г. Черногорск).

Шептенко Полина Андреевна – к. пед. н., профессор кафедры социальной педагогики и педагогических технологий ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная педагогическая академия» институт психологии и педагогики, (Российская Федерация).

Міждисциплінарні дослідження в науці та освіті: Медичні науки [Текст] / Збірник праць Першого Міжнародного науково-практичного симпозиума (7 травня 2012 р.): під ред. С.В. Форманчук [Електронний ресурс]. Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – №1 Sp. – Режим доступа URL: <http://www.es.rae.ru/mino/157> (дата звернення: 7.05.2012).

Междисциплинарные исследования в науке и образовании: Медицинские науки [Текст] / Сборник трудов Первого Международного научно-практического симпозиума (7 мая 2012 г.): под ред. С.В. Форманчук. [Электронный ресурс]. Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – №1 Sp. – Режим доступа URL: <http://www.es.rae.ru/mino/157> (дата обращения: 7.05.2012).

В СООТВЕТСТВИИ С ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ от 20 Июня 2011 г. N 475 к опубликованным работам, отражающим основные научные результаты диссертации, ПРИРАВНИВАЮТСЯ работы, опубликованные в материалах всесоюзных, всероссийских и международных конференций и симпозиумов, в электронных научных изданиях <http://правительство.рф/gov/results/15694/> См. п.10 Постановления

© НЦЗИ ВИТИ НТУУ «КПИ»

© МАН

© РАЕ

© Авторский коллектив

Содержание

О НЕОБХОДИМОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	6
К ПРОБЛЕМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ	13
ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТІВ СЕРІЇ OHSAS 18000 ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЗАХВОРЮВАННЯМ ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЇ БУДІВЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ	28
СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ШКОЛЬНИКОВ В АДМИНИСТРАТИВНЫХ ОКРУГАХ Г. ЕРЕВАНА РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ....	32
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ	35
Библиографическая ссылка	39
Информационные партнеры.....	39
Об электронном научно-техническом журнале "Междисциплинарные исследования в науке и образовании"	40

Медицинские науки

О НЕОБХОДИМОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

к.т.н., проф. РАЕ Козубцов И.Н.,¹ Форманчук С.В.²

¹ Научный центр связи и информатизации ВИТИ НТУУ „КПИ”

² Медицинская служба ВИТИ НТУУ „КПИ”

г. Киев, Украина

Постановка проблемы, связь с важными научными или практическими заданиями. В эпоху глобальных перемен, которые проходят в Украине и в странах бывшего СССР, актуальным является внедрение в высшую школу перспективных принципов усовершенствования системы подготовки и аттестации научных (НК) и научно-педагогических (НПК) кадров высшей квалификации в контексте Болонского процесса [1]. Они нацелены на формирование единственного европейского исследовательского и образовательного пространства [2].

На конференции Европейской ассоциации университетов в Маастрихте участниками отмечено на необходимость формирования нового поколения исследователей, которые способны работать в специализированных и междисциплинарных областях знаний.

На семинаре (Зальцбург, 2005 г) участниками рассматривалось новое направление развития научных исследований и подготовки специалистов для общества, которые должны отвечать требованиям междисциплинарной учебы и развитию универсальных навыков.

Эти и другие рекомендации по реформированию системы высшего образования Украины инерционно находят отражения в реформировании отрасли медицинских наук. Отметим существенное реформирование первичной медико-санитарной помощи и скорейшее внедрение семейной медицины в Украине. Создания для этого соответствующих условий является одним с приоритетных направлений организационной работы в области охраны здоровья в Украине. Качество оказываемых медицинских услуг и профессионализм врача во многом зависит от обучающей системы подготовки врачей, участников учебно-воспитательного процесса (самых обучаемых, научно-педагогических и научных кадров) и учебно-материальной базы.

Анализ последних исследований и публикаций. Понимание необходимости реформирования в отрасли здравоохранения Украины на основе богатого международного опыта проявилось еще в советские времена: в 1988 г. во Львове был начат эксперимент из внедрения семейной медицины в систему здравоохранения, и только в 1997 г. он был распространен на всю Украину. В процессе его обобщения разработана Концепция реформирования первичной медико-санитарной помощи населению, модели организации первичной медико-санитарной помощи на принципах общей практики – семейной медицины, пакет

инструктивно методических материалов, проектов нормативно правовых документов и статистических форм, необходимых для регламентации и характеристики внедрения семейной медицины в практику здравоохранения [3]. Правовой основой этого процесса стали [4-7].

Становление семейной медицины как научного направления в Украине осуществилось только в 2010 г отдел медицинских и аграрных наук вынес на рассмотрение президиума ВАК Украины постановление с предложением внести изменения к Перечню специальностей, за которыми осуществляют защиты диссертаций на получение научных степеней кандидата наук и доктора наук, присуждения научных степеней и присвоения ученых званий и включить в Перечень новую специальность 14.01.38 – общая практика семейная медицина.

В свете реформ остается, не освещен вопрос необходимости формирования междисциплинарной научно-педагогической компетентности врача общей практики – семейной медицины.

Формулировка цели статьи. Целью статьи является рассмотрение вопроса необходимости формирования междисциплинарной научно-педагогической компетентности врача общей практики – семейной медицины.

Изложение основного материала исследования. В мире еще не существует всеобъемлющей и универсальной, идеальной системы здравоохранения. Однако следует констатировать, что в Украине в настоящее время сформировалось социальный заказ общества на создание в структуре первичного звена здравоохранения врача особенной категории. Врач, который бы мог играть роль авторитетного профессионала на первичном уровне. Врач, который бы удовлетворял медицинские потребности широкого диапазона, то есть семейного врача.

Большое количество врачей, развитие узкоспециализированной медицинской помощи постепенно привели участкового врача к ощущению уменьшения своей личной ответственности за здоровье конкретного больного и членов его семьи. Без специализации прогресс в медицине невозможен. В то же время “узкая” специализация ведет до потери врачом ощущения уважения к его личному врачебному мышлению. В конечном итоге, образовалась такая ситуация, что в ближайшем окружении человека, который стал пациентом, нет врача, который несет ответственность, как за его здоровье, так и за здоровье членов его семьи в течение всей жизни.

Это, возможно, привело к первоочередному заданию, которое решаются в течение последних лет, и определило последующее развитие семейной медицине. Так за данными источника [8] состоянием на 1 января 2008 г. создано 111 заведений первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины, в которых функционирует 195 врачей общей практики – семейной медицины. На данное время каждый третий житель Черкасской области обслуживается врачами общей практики – семейной медицины. За период 2001-2006 лет для работы в заведениях общей практики – семейной медицины подготовлено 209 врачей общей практики – семейной медицины и переподготовлено 455 помощников врачей общей практики – семейной медицины. В 2007 году на базе Запорожского государственного медицинского университета последипломного образования прошли курсы специализации общей практики – семейной медицины 6 врачей. В

январе 2008 года на базе Кировоградской областной больницы закончили учебу на выездных курсах специализации 18 врачей общей практики – семейной медицины.

Динамика количество посещений, нагрузка на одного семейного врача на примере Черкасской области представлено на рис. 1.

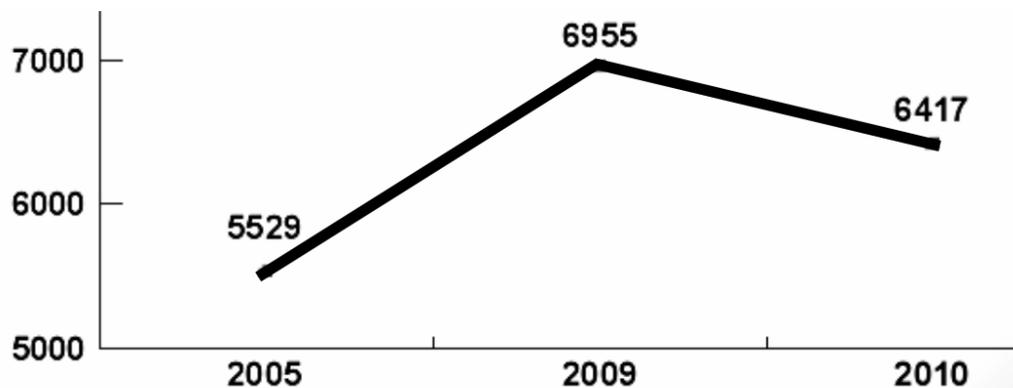


Рис. 1. Динамика количество посещений, нагрузка на одного семейного

Количество населения, которое обслуживается семейными врачами на примере Черкасской области представлено на рис. 2.

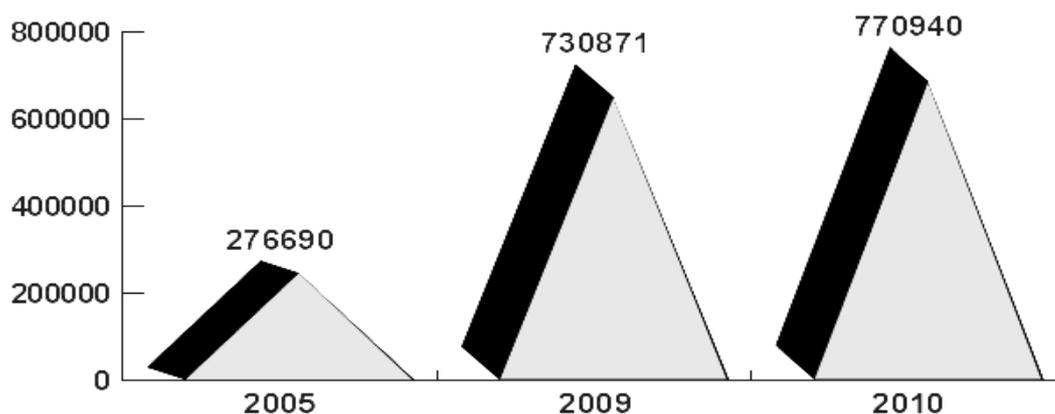


Рис. 2. Количество населения, которое обслуживается семейными

Удельный вес населения, которое обслуживается семейными врачами на примере Черкасской области представлено на рис. 3.

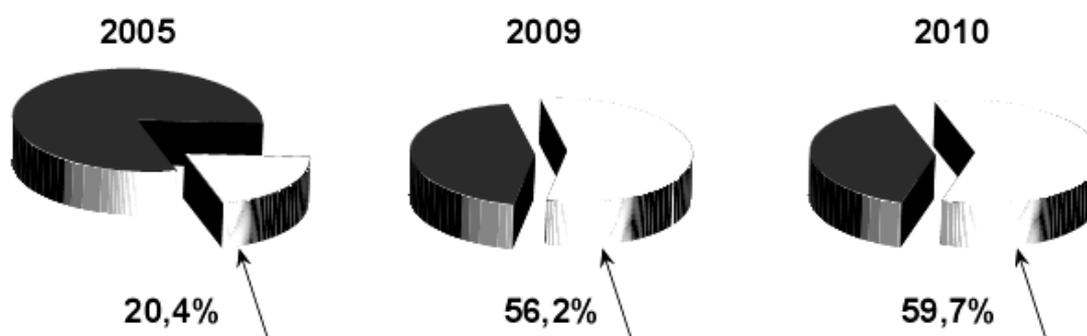


Рис. 3. Удельный вес населения, которое обслуживается семейными врачами

Рассмотрим каким компетентным принципам должен соответствовать, врач общей практики – семейной медицины:

продолжительность и непрерывность наблюдения, многопрофильность первично медицинской помощи;

отношение к семье, как к единице медицинского обслуживания;

профилактическая направленность, как основа деятельности семейного врача;

экономическая эффективность и целесообразность помощи;

координация медицинской помощи;

ответственность пациента, членов его семьи и общества за сохранение и улучшение его здоровья.

Продолжительность помощи это намного больше, чем медицинское обслуживание одного и того же пациента в течение длительного времени. Понятие продолжительности включает сложную совокупность взаимоотношений между системой семья – врач – другие специалисты, работающими в сфере здравоохранения, к которым приходится обращаться семейному врачу за помощью и советом.

Непрерывность отношений – это больше, чем сумма отдельных консультаций, однако их эффективность теснейшим образом связана с качеством медицинских рекомендаций. Непрерывность наблюдения существенно улучшает показатели выявления психологических проблем пациента, снижает потребность в неоправданных дополнительных услугах относительно лабораторных и инструментальных методов обследования и, как следствие, способствует уменьшению стоимости медицинских услуг. Благодаря этому семейный врач может постоянно следить за состоянием здоровья членов семьи, заводить паспорта на каждого из ее членов с указанием факторов риска, наследственности, условия жизни и труда. Что уникально позволит врачу применять превентивные меры на раннем этапе патологических изменений.

Профилактическая направленность – важен принцип семейной медицины.

Семейный врач чаще других специалистов должен использовать рациональную, как с медицинской, так и с экономической точки зрения обоснованную тактику, по отношению к необходимым лабораторным и инструментальным методам исследования и рекомендовать необходимость применения специализированных технологий лечения.

Интеграция новых знаний и умений в процесс предоставления медицинской помощи человеку от рождения до завершения ее жизненного пути повышает качество семейной медицинской практики. При этом пациенты выигрывают от более целостного подхода к их здоровью и более широким возможностям относительно получения своевременной адекватной помощи на местном уровне.

Рассмотрев компетентные принципы, которые обрисовываются перед врачом общей практики – семейной медицины, становится понятные очевидные вещи о необходимости реформирования медицинского образовательного процесса. Безусловно, следует учитывать европейские рекомендации [1, 2], которые нацеленные на формирование междисциплинарной компетентности врачом общей практики – семейной медицины. Это как ни как наиболее подходит к врачу общей практики – семейной медицины. А приведенная статистика на рис. 1-3, наочно

подтверждает региональную актуальность и возрастающий спрос на врачей общей практики – семейной медицины среди населения Украины.

Рассмотрим основные знания, которыми должен обладать врач общей практики – семейной медицины. Врач общей практики – семейной медицины должен знать:

основы законодательства о здравоохранении;

нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;

основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения;

теоретические основы, принципы и методы диспансеризации;

организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины;

основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии;

правовые аспекты медицинской деятельности;

общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;

этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний;

правила оказания неотложной медицинской помощи;

основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;

основы санитарного просвещения;

правила внутреннего трудового распорядка;

правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

По своей специальности врач общей практики – семейной медицины должен знать:

современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

содержание и разделы общей врачебной практики (семейной медицины) как самостоятельной клинической дисциплины;

задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение службы общей врачебной практики (семейной медицины);

действующие нормативно-правовые и инструктивно-методические документы по специальности;

правила оформления медицинской документации;

порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;

принципы планирования деятельности и отчетности службы общей врачебной практики (семейной медицины);

методы и порядок контроля ее деятельности.

Совокупные знания требуют от врача общей практики – семейной медицины должен обладать многостороннюю развитость, междисциплинарной подготовленностью. Учитывая, что уже достигнута критическая степень размежевания официально предоставляемых знаний с реальностями современного мира. Это связано с тем, что человек прерывает образовательный процесс после окончания ВУЗа. Между тем жизнь приносит много проблем, которые требуют научно-методического осмысления – проще говоря, необходим непрерывный образовательный процесс (пусть с меньшей интенсивностью). Разрыв в образовании удаляет человека от «интеллектуальных корней». Он деградирует, провоцирует к возникновению жизненных и профессиональных ошибок. Сталкиваясь с реальностью, человек видит условность и сомнительность многих сведений, взятых в ВУЗе. Грамотно переосмыслить их в контексте возникающих проблем он часто не имеет возможности. Все это непосредственно связано с отсутствием у обучения умения передавать знания окружающим. Все требует формирования междисциплинарной научно-педагогической компетентности у врача общей практики – семейной медицины.

Решение сложных жизненных вопросов потребует у обучаемых научно-педагогической компетентности, алгоритм самоорганизации ее должен сформировать педагог на предметах по специальности и на первых же занятиях.

Философия подготовки врачей общей практики – семейной медицины должна учитывать требования, выдвинутые в работе [9], а подготовка научно-педагогических работников в интернатуре должна осуществляться по предложенной программы подготовки ученых к научно-педагогической деятельности в ВУЗ только с корректировкой на медицинский ВУЗ [10]. Изменениям модели содержания кандидатских экзаменов [11] способствует повышению уровня и требований к будущим специалистам – врачам общей практики – семейной медицины. Уходя от идеализирований системы обучения к реальной следует учесть психофизиологическую особенность мозга человека будь-то научно-педагогического работника (который обучает врачей общей практики – семейной медицины) и самого же обучаемого (будущего врача общей практики – семейной медицины). Не маловажную роль играет свойство запоминания и извлечения информации с мозга [12]. Это свойство должно объективно использоваться при отборе абитуриентов на специальность врач общей практики – семейной медицины, а также при формировании учебных групп для обеспечения максимально эффективного обучения.

Выводы из данного исследования. Таким образом, можно сделать вывод о том, что Система здравоохранения выигрывает от превращения медицинского обслуживания в экономически более рациональное, а государство выигрывает от укрепления и повышения потенциала общественного здоровья.

Семейная медицина, бесспорно, имеет право на существование и является единственным залогом повышения качества предоставления медицинской помощи населению, повышения авторитета и социального статуса врача, который принимает решение посвятить свою профессиональную деятельность именно этому разделу здравоохранения.

Литература

1. Козубцов І.М. Національні особливості та перспективні принципи удосконалення систем підготовки і атестації вчених в контексті Болонського процесу [Електронний ресурс] // Научный электронный архив академии естествознания. – Режим доступа URL: <http://www.econf.rae.ru/pdf/2011/11/754.pdf>.
2. Бедный Б.И., Миронос А.А. Подготовка научных кадров в высшей школе. Состояние и тенденции развития аспирантуры: Монография. Нижний Новгород: Изд-во ННГУ, 2008. - 219 с. - ISBN 978-5-91326-100-7.
3. Поживілова О.В. Запроваджено нову спеціальність 14.01.38 - загальна практика-сімейна медицина. [Електронний ресурс] – Доступ з мережі http://www.confcontact.com/20101224/5_pozhivil.php.
4. Постановление Кабинета Министров Украины от 20.06.2000 г. № 989 “О комплексных мероприятиях по внедрению семейной медицины в систему здравоохранения”.
5. Приказ МОЗ Украины от 11.09.2000 г. № 214 “О внедрении плана поэтапного перехода к организации первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины” .
6. Кризина Н.П., Кондратюк Н.Ю., Слабкий Г.О. Розвиток сімейної медицини в Україні у 2006 – I півріччі 2009 р. // Україна. Здоров'я нації, 2009. - № 3 (11). – С. 38 - 41.
7. Латишев Є.Є. Моніторинг розвитку сімейної медицини як складова частина технології управління первинною ланкою охорони здоров'я / Є.Є. Латишев // Формування системи сімейної медицини в Україні. – К., 2005. – С. 31 – 38.
8. Здоров'я Черкащини – Офіційний сайт Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської облдержадміністрації [Електронний ресурс] – Доступ до мережі <http://www.zdrav.ch.ua/docs/porady/simejna.pdf>.
9. Козубцов І.М. Філософія формування міждисциплінарної науково-педагогічної компетентності вчених // Международный научно-методический семинар „Наука и образование”. Секція проблем образования. 13 – 20 декабря 2011 г., г Дубай (ОАЭ) – Хмельницкий: Хмельницкий национальный университет, 2011. (укр., рус., англ.). – ISBN 978-966-330-070-2. – [Електронний ресурс] – Режим доступа: http://www.iftomm.ho.ua/docs/Program_semin_2011.pdf.
10. Козубцов И.Н. Содержание программы подготовки ученых к научно-педагогической деятельности в высшем учебном заведении. [Електронний ресурс] // Научный электронный архив академии естествознания. – Режим доступа URL: <http://www.econf.rae.ru/pdf/2011/10/636.pdf>.
11. Козубцов І.М. Оцінка адекватності моделі змісту кандидатських іспитів // Гуманізація навчально-виховного процесу : збірник наукових праць / [За заг. ред. проф. В.І. Сипченка] – Вип. LVIII. – Ч.ІІ Слов'янськ: СДПУ, 2011. – С. 44 – 53.
12. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведения: Пер. с англ. М.: Мир, 1988. – 248 с. – ISBN 5-03-001258-3.

УДК 377

К ПРОБЛЕМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

к.т.н., доц., с.н.с., заслуженный деятель образования Украины, Калошин В. Ф.

Старший научный сотрудник Института профессионально-технического образования НАПН Украины

Введение. Перед вами, уважаемые коллеги, статья, о психическом здоровье учащихся. Актуально ли это? Да, если учесть кризисное состояние нашего общества, наличие неопределенности и беспокойства значительной части населения, отсутствие безопасности, большое количество стрессов, явную невротизацию и психопатизацию определенного числа взрослых имеющих детей, которые впитывают в себя все тревоги и напряжения родителей. В больших городах распадается практически каждый второй из вновь заключенных браков. А за этим стоит психическая травматизация детей, различные нарушения в развитии их характера и формировании личности [7]. В целом, психологи называют 21 век - **веком тревоги**. И все это приводит к тому, что мы **чрезмерно нервничаем, что негативно сказывается как на качестве нашей жизни, так и на состоянии здоровья.**

Нервы” – мы слышим это везде. Врач говорит своему пациенту: “Это ваши нервы”. Чувствительные женщины жалуются на свои нервы. Днем за днем вы слышите людей, имеющих нервное расстройство. Вы слышите родителей, которые говорят о детях: “У него нервы, я не могу его наказывать”. Или же они говорят о себе: “Не выдержали нервы, вот я и наказал своего ребенка”. Вы видите проявление “нервов” везде – на улице, на работе, в театре, в школе, в институте и особенно дома, в вашей собственной семье.

Миллионы людей имеют нервную силу (выражение П.Брегга) ниже нормальной и, как следствие, испытывают беспокойство, которое делает их жизнь ужасной, а их больными. Поль Брегг пишет, что **“половина больничных коек страны занята людьми, страдающими нервными расстройствами”**.

Лучшие авторитеты по психическому здоровью говорят, что если количество психических заболеваний будет расти такими темпами, то **меньше чем через 100 лет не будет никого, кто бы позаботился о психическом здоровье, потому что каждый будет жертвой какого-либо расстройства (психосоматической болезни)**. Устрашающая перспектива – не так ли? Медицинские исследования подтверждают это. В настоящее время не хватает психиатров и психотерапевтов, чтобы контролировать, а главное лечить, эти психические заболевания.

В таких условиях многие люди ведут себя неадекватно, невротически. И, пожалуй, поэтому чаще всего сегодня слышится вопрос: «Почему?»

Но в особо сложной ситуации находятся школьные педагоги, которые этот вопрос задают себе помногу раз на день. Почему, несмотря на все старания, дети не хотят учиться (только 10% имеют интерес к учебе), а некоторые из них явно сопротивляются учению? Как вытерпеть, вынести иногда открытое хамство учеников? Почему с каждым годом они становятся все сложнее и сложнее? Почему трудными теперь являются не только ребята из неблагополучных семей, а из вполне

хороших, с довольно высоким уровнем дохода?

Однако многочисленные реформаторы школы как будто не слышат этого вопроса и активно спорят по поводу того, сколько и каких языков должен знать ребенок, зачем-то удлиняют время его обучения в школе, вводят 12-цати бальную систему оценивания, защищают толстые диссертации по этому поводу. Но ведь разве не все равно, какими и в каком количестве знаниями будет владеть ученик на выходе из школы, если в душе его не будет мира, если он не будет способен жить счастливо и развиваться, принося радость окружающим и стране в целом?!

На самом деле все прекрасно понимают, как ответить на этот вопрос. Наше общество пребывает в состоянии глубокого социально-экономического, духовно-нравственного кризиса. Но проблемы, вызванные им, по-разному переживаются различными людьми. У одних они приводят к асоциальному поведению, у других - к ухудшению состояния здоровья. И современная медицина утверждает, что многие хронические заболевания имеют психогенную основу. Сам факт психологической обусловленности большинства заболеваний сегодня не вызывает сомнений. *Специалисты расходятся лишь в количественных оценках: одни называют 50%, другие 70%, а ведущий канадский психиатр Ганс Селье считает психосоматическими 100% заболеваний, включая и инфекционные (поскольку воздействие на психику негативных мыслей, чувств, эмоций снижает сопротивляемость организма, делая его практически беззащитным) [10].*

И действительно, мы видим рост заболеваемости у разных категорий населения и в различных возрастных группах. Но есть люди, у которых те же ситуации пробуждают скрытые ранее ресурсы, духовное совершенствование и успешную самоактуализацию. Поэтому с особой остротой встает вопрос о том, что позволяет человеку в современных условиях не только сохранить здоровье и душевный комфорт, но и пребывать в активной созидательной позиции?

Сущность психического здоровья. В жизни человека есть то, без чего не бывает ничего. Это здоровье. Здоровье бывает физическое – красота, пластичность, гибкость тела; физиологическое – нормальное функционирование внутренних органов: сердца, желудка, печени и т. д.; и наконец психическое, которое отражает состояние психики человека в ее многогранном проявлении [9]. Именно оно, психическое здоровье, позволяет человеку не просто выстоять в трудной ситуации, но использовать ее для личностного роста, развития. Однако при всей значимости психического здоровья, необходимости его для здоровой, успешной и счастливой жизни, оно чаще всего остается без внимания. То же самое относится и к детям. В современных условиях принято акцентировать лишь проблему сохранения физического здоровья: с момента рождения на ребенка заводится медицинская карта, он регулярно наблюдается в медицинских учреждениях. *К сожалению, и душевные, психологические трудности также часто пытаются лечить лекарствами.* К примеру, иногда приходится наблюдать подростка с явными психологическими проблемами, которого по своему неведению мать ведет к врачу. А врач отправляет его на анализы. Вместо того, чтобы разобраться с проблемами, которые волнуют ребенка (для этого нужен врач психотерапевт, которого «днем с огнем не найти»).

Итак, психическое здоровье детей долгое время оставалось вне внимания

взрослых. И его сохранение конечно же является важнейшей задачей как школы, так и родителей, и конечно же всего нашего общества.

Понимая важность этой задачи, обратимся к рассмотрению содержания этого понятия.

Прежде всего, необходимо соотнести его со смежными понятиями: здоровьем в целом и психическим здоровьем.

Основываясь на существующих определениях здоровья, можно понимать его как динамическое равновесие организма с окружающей природой и социальной средой, при котором человеком полноценно выполняются социальные функции. Тогда психическое здоровье как элемент здоровья в целом нужно рассматривать как совокупность психических характеристик, обеспечивающих это динамическое равновесие и возможность выполнения социальных функций [9]. Имеется в виду то, что психически здоровый человек будет в целом адаптирован к социуму и может успешно функционировать в нем. Американский психолог А. Маслоу, полагает, что психически здоровый человек – это прежде всего человек счастливый, живущий в гармонии с самим собой и социумом, не ощущающий внутреннего разлада.

Исходя из этих рассуждений, психическое здоровье можно определить как динамическую совокупность психических свойств, обеспечивающих:

а) гармонию между различными аспектами внутри человека и между человеком и обществом;

б) возможность полноценного функционирования и развития в процессе жизнедеятельности.

Ключевое слово, характеризующее психическое здоровье, — это гармония как человека с самим собой, так и между человеком и окружающей средой: другими людьми, природой, космосом.

Можно ли составить обобщенный портрет психически здорового человека? Психологи гуманистического направления обращались к выделению основных характеристик такого человека. Известный американский психолог К. Роджерс утверждал, что сущность природы человека конструктивна и ориентирована на движение вперед к определенным целям, она реалистична и заслуживает доверия. По его мнению, человек активен, ориентирован на отдаленные цели, которые способен достигать, важно лишь дать человеку возможность раскрывать свои врожденные возможности, чтобы его развитие было оптимально и эффективно.

Здоровый человек способен реализовать свой потенциал, использует все свои способности и таланты, движется в направлении полного осознания себя и сферы своих переживаний. В этой связи К. Роджерс выделил пять основных характеристик здоровой личности [6].

- Открытость переживанию, т.е. способность слушать себя, осознавать свои мысли и чувства.

- Экзистенциальный образ жизни, предполагающий тенденцию жить полно и насыщенно в каждый момент существования, так, чтобы каждое переживание воспринималось как свежее и уникальное, отличное оттого, что было ранее.

- Организмическое доверие, то есть способность личности принимать во внимание свои ощущения, рассматривать их как основу для принятия решения, а не социальные нормы или суждения других. Таким образом, по мнению Роджерса,

организмическое доверие есть достоверный источник информации, позволяющий решать, что делать и как поступать.

- Эмпирическая свобода, то есть внутреннее чувство ответственности за свою жизнь, осознание множества возможностей выбора и способность сделать свой личный выбор, зависящий исключительно от самого человека.

- Креативность, то есть богатые творческие возможности, которые находят свое применение в различных сферах.

Основываясь на взглядах К. Роджерса, других психологов гуманистического направления можно заключить, что обобщенная модель психического здоровья должна включать аксиологический, инструментально-технологический и потребностно-мотивационный компоненты [6].

Аксиологический компонент содержательно представлен ценностями «Я» самого человека и «Я» других людей. Он предполагает осознание человеком ценности, уникальности себя, окружающих, идентификацию как с живыми, так и неживыми объектами, единство со всей полнотой мира. Из этого вытекает наличие позитивного образа «я», т.е. абсолютного принятия человеком самого себя и других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных особенностей и т.п. и как вытекающего из этого глубокого убеждения о ценности человеческой жизни как своей, так и чужой. Безусловной предпосылкой этого является личностная целостность, а также умение принять свое «темное начало» и вступить с ним в диалог. Кроме того, необходимым качеством является умение разглядеть в каждом из окружающих «светлое начало», даже если оно не сразу заметно, по возможности взаимодействовать именно с этим «светлым началом» и дать право на существование «темного начала» в другом так же, как и в себе.

Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать сознание на самом себе, внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Этому соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего поведения, так и поведения окружающих.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии, самоизменении и личностном росте. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свою жизнь и становится «автором собственной биографии», «режиссером своей судьбы».

Важным для оценки психического здоровья есть критерии, по которым оно оценивается. Для их выяснения воспользуемся результатами, которые получены в исследовании [9]. В нем приняли участие девять преподавателей психологии (доктор медицинских наук и восемь кандидатов психологических наук), которые по роду своей деятельности имели непосредственное отношение к проблеме психического здоровья. Им предложили в свободной форме выразить свое представление о критериях психического здоровья. Всего преподаватели назвали 45 критериев, а в содержательном плане они распределились так: адаптивность (9

выборов), гармония души и тела (4), адекватное восприятие мира и отношения к нему (4), самореализации, самоактуализации (3), следование христианским заповедям (3), адекватная самооценка (2), адекватная реакция на ситуацию (2), контроль над эмоциями (2), чувство удовлетворенности, надежды и счастья (2). По одному выбору пришлось на такие критерии, как общительность, целостность восприятия мира, гармоничность отношений с окружающей средой, оптимистичность, способность самоуправления поведением и др.

Влияние психического здоровья на жизнь школьников. Однако, если психическое здоровье — необходимое условие полноценного функционирования и развития, то необходимо определить, насколько оно взаимосвязано с физическим здоровьем. Здесь нужно отметить, что само использование термина «психическое здоровье» подчеркивает неразделимость телесного и психического в человеке, необходимость и того, и другого для полноценной жизни, наличия удовлетворенности ею. Более того, в последнее время выделилось такое новое научное направление, как психология здоровья — «наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития» (В. А. Ананьев). В рамках этого направления подробно рассматривается влияние психических факторов на сохранение здоровья и на появление болезни. И само здоровье понимается не как самоцель, а как условие для самоосуществления человека на Земле, выполнения своей необходимой миссии. Поэтому, опираясь на положения психологии здоровья, можно предположить, что именно психическое здоровье является предпосылкой здоровья физического. Имеется в виду, что если исключить влияние генетических факторов или катастроф, стихийных бедствий и т.п., *то психически здоровый человек, вероятнее всего, будет здоров и физически.*

Следующая важная проблема, которая обычно интересует педагогов и родителей, насколько взаимосвязаны психическое здоровье и успеваемость в школе. Основываясь на результатах современных исследований, можно говорить о сильной зависимости между нарушениями психического здоровья и учебной успешностью. Действительно, отставание в успеваемости, а также недисциплинированность чаще всего являются выражением бессознательных конфликтов или проявлением невротических образований, повышенной тревожности, возникновение в учеников обученной беспомощности. В целом, можно говорить о специфических причинах снижения успеваемости для каждого из вариантов нарушения психического здоровья.

Так, у детей с защитной агрессивностью внутреннее напряжение может обусловить повышенную двигательную активность, склонность к нарушениям дисциплины. Такие дети вызывают недовольство учителя, отторгаются им. Поэтому причиной снижения успеваемости является, прежде всего, отсутствие эмоционального контакта с педагогом. Учащиеся с наличием выраженных страхов будут, как правило, пребывать в ситуации постоянного напряжения, что обусловит повышенную утомляемость и снижение работоспособности.

У многих детей посещение школы вызывает различные формы страха. Прав был В.А. Сухомлинский: «Странные с первого взгляда заболевания — школьные неврозы, или дидактогении. Их парадоксальность заключается в том, что они бывают только в школе — в том святом месте, где гуманность должна стать важнейшей чертой, определяющей взаимоотношения между детьми и учителями».

По подсчетам психологов непреодолимый страх перед школой имеют 40% учащихся [11].

У школьников с деструктивной агрессивностью и различными формами страха можно наблюдать трудности при ответах у доски, на контрольных мероприятиях. Но более всего им мешает страх допустить ошибку, который может приводить к резкому их увеличению, снижению темпа деятельности, появлению лени защитного характера, снижению работоспособности и т.п.

Учащиеся с наличием демонстративной агрессивности вырабатывают стереотип поведения, направленный на получение преимущественно негативного внимания. Они мешают вести уроки, вызывают недовольство учителя, что неминуемо ведет к снижению учебной мотивации. А дети со страхом самовыражения на уроках периодически «уходят в себя» и просто не слышат часть учебного материала. Понятно, что вероятнее всего это также приведет к снижению их успеваемости.

Очень убедительно, доказал связь психического здоровья, на примере возникшей у учеников обученной беспомощности, и их успеваемостью известный американский психолог М.Зелигман: «И вновь и вновь мы обнаруживаем, что пессимисты останавливаются ниже своего потенциала, а оптимисты превосходят его» [4].

Из сказанного можно также сделать вывод о взаимосвязи психического здоровья и нарушений поведения учащихся. Действительно, склонность к постоянному нарушению правил общественной жизни присуща детям с существенными нарушениями психического здоровья. Таким образом, можно сделать вывод, что сохранение психического здоровья учащихся является необходимой предпосылкой физического здоровья, школьной успешности и социальной адаптированности.

Каждый родитель и педагог хочет, чтобы ребенок в будущем был счастливым, по возможности чуточку счастливее, чем он сам. Именно поэтому делается упор на хорошее здоровье, высокую успеваемость, адекватное поведение. Попробуем обосновать взаимосвязь между психическим здоровьем и жизненным счастьем. Эта проблема особенно остра в государствах постсоветского пространства. По результатам публикаций и многих опросов, проведенных за десятилетний период, складывается весьма удручающая картина социального самочувствия и настроений в стране. Причем данные всех этих опросов, несмотря на некоторые расхождения в формулировках вопросов, практически совпадают друг с другом. **На протяжении последних лет число неудовлетворенных жизнью устойчиво удерживается на уровне 73-75%, в то время как прекрасное настроение отмечают только 1% опрошенных, и только 13,8% россиян считают себя счастливыми людьми [6].** Это катастрофически малая цифра. Однако можно предположить, что этот показатель характерен так же и для украинцев.

Но каковы же оптимальные условия развития психически здорового ребенка? В последнее время психолого-педагогическая литература активно утверждает тезис о необходимости полного эмоционального комфорта везде: от школы до дома. Но это абсолютно неверно. Так известный русский психолог И. В. Дубровина также приводит доказательства положительной роли трудных ситуаций,

препятствий в развитии. Препятствия вызывают активность человека, порождают потребность искать и находить способы овладения ими, вырабатывать стратегии преодоления.

На самом деле трудные ситуации воздействуют на детей двояко. Действительно, вызывая возникновение отрицательных эмоций, они могут приводить к разрушению деятельности, серьезному нарушению социальной адаптации, негативному влиянию на личностное развитие. В то же время они способствуют развитию воли, накоплению опыта преодоления препятствий, мотивируют к саморазвитию.

Но нужно иметь в виду, что всякая трудная ситуация, принеся страдание, только тогда имеет смысл, когда она делает человека лучше, т.е. имеет развивающее и обучающее значение.

Однако, говоря о необходимости напряжения, нужно помнить, что оно не должно быть бесконечным и должно чередоваться с состояниями расслабления. Опасную для психического здоровья школьников роль чрезмерной умственной нагрузки настойчиво подчеркивали врачи, начиная с XIX века и вплоть до наших дней. Так, В. А. Сухомлинский писал, что ребенок должен знать, что такое трудности. Ни в коем случае нельзя, чтобы все давалось учащимся легко. Но навыки напряженного умственного труда должны прививаться детям постепенно, не допуская переутомления. Важно также обратить внимание на сам переход от напряжения к расслаблению. Резкий переход, уменьшение напряжения может переживаться как апатия, скука, тоска, т.е. также не вполне желателен. В свете сказанного необходимо упомянуть теорию информационных неврозов, согласно которой важный фактор невротизации — это информационные перегрузки мозга в сочетании с постоянным дефицитом времени. Если к ним присоединяется высокий уровень учебной мотивации, не позволяющий уклоняться от высоких нагрузок, невротизирующее действие нагрузок усугубляется.

Итак, можно сделать вывод, что наличие в жизни ученика трудных ситуаций, вызывающих напряжение, является одним из важнейших педагогических условий становления психического здоровья. Необходимо иметь в виду, что трудность ситуации и вызываемое напряжение должны соответствовать возрастным и индивидуальным возможностям учеников.

При этом задача взрослых — не помощь в преодолении трудных ситуаций, а помощь в поиске их смысла и обучающего воздействия.

Следующим важным условием становления психического здоровья учеников является наличие у них в целом положительного фона настроения.

Как известно, хорошее настроение повышает эффективность решения человеком тех или иных проблем и трудных ситуаций. Но настроение учеников во многом определяется настроением окружающих их взрослых. Поэтому особое значение приобретает личность взрослого: родителя или педагога. У них должна присутствовать ориентация на жизнь. Иными словами, взрослые должны иметь такие качества, как жизнелюбие, жизнерадостность и чувство юмора, только тогда можно говорить об оптимальных условиях становления психического здоровья детей.

Неотъемлемая составная часть продуктивного общения — разностороннее использование педагогом приемов комического. Как известно, остроумие, веселость

педагога заряжают детей оптимизмом и жизнестойкостью, снимают перенапряжение, вызывают эмоциональную разрядку. Можно отметить психотерапевтическую функцию комического, эффективность его применения в конфликтных ситуациях, возможность эмоционального насыщения материала. Более того, юмор имеет тесную взаимосвязь с саморегуляцией. Человек с чувством юмора реалистично оценивает ситуацию и не считает сложившиеся обстоятельства (даже носящие стрессогенный характер) причиной потери душевного равновесия. Необходимо уточнить, что чувство юмора не предполагает легкомыслие: в системе ценностей человека с чувством юмора превалируют ценности более высокие, общечеловеческого плана. *Сказанное позволяет заключить, что необходимыми условиями формирования психического здоровья школьников являются доминирование у педагогов оптимизма и эффективное использование ими приемов комического в педагогическом процессе.*

Вернемся к вопросу о необходимости положительного фона настроения у учащихся. Говоря о нем, нельзя не коснуться таких характеристик, как способность самого подростка быть счастливым и оптимистическое мировосприятие, которые напрямую связаны с проблемами психического здоровья.

По мнению исследователей, формирование способности быть счастливым как черты характера должно начинаться еще в детстве. Для этого родителям необходимо воспитывать у детей, прежде всего, установку для радостного восприятия жизни, учить находить разнообразные источники нахождения положительных эмоций (преимущественно не материальные) и, конечно, самим быть счастливыми людьми. *У ребенка, выросшего среди счастливых родителей, на 10-20% больше шансов самому стать счастливым.*

Однако вернемся к обсуждению проблемы оптимизма. Утверждая необходимость для психологически здорового человека такого качества, как оптимизм, мы будем иметь в виду способ объяснения и описания неудачи, заключающийся в ее адекватном описании, отсутствии самообвинений и неправомерном ее обобщении (к примеру, везде, всегда, на всю оставшуюся жизнь). Многие исследователи полагают, что оптимизм напрямую связан с физическим здоровьем. Оказывается, что люди, которые с оптимизмом относятся к неприятным событиям в молодости, оказываются существенно более здоровыми в зрелости.

Каким образом способствовать формированию у детей оптимизма? Возможно, через постоянную фиксацию на положительных изменениях, которые относятся как к сфере учебной, так и вне учебной деятельности. Как справедливо отмечают многие педагоги, намеренное фокусирование даже на незначительных признаках прогресса любого человека помогает созданию положительной атмосферы, способствует обращению людей к собственным, ранее не проявлявшимся ресурсам, развитию веры в себя и свои силы.

Таким образом, наличие трудных ситуаций, разрешаемых подростком самостоятельно или с помощью взрослых, в целом положительный фон настроения и фиксация на прогрессе подростка с анализом причин этого прогресса могут, по нашему мнению, рассматриваться как основные педагогические условия становления психического здоровья.

Но для полноты освещения условий есть необходимость привести мнение А.

Адлера о социальном интересе как обязательной характеристике здоровой личности. Под социальным интересом понимается способность интересоваться другими людьми и принимать в них участие. Социальный интерес проявляется в способности ценить жизнь и принять точку зрения другого. *В свете изложенного становится понятной необходимость создания условий для формирования у детей и учеников всех видов социального интереса.*

Но необходимо помнить, что выделенные условия можно рассматривать только в вероятностном плане. С большой степенью вероятности ребенок вырастет в таких условиях психически здоровым, при отсутствии их - с теми или иными нарушениями психического здоровья. До сих пор современная наука знает больше о причинах психических нарушений, чем о причинах психического здоровья.

Таким образом, психическое здоровье необходимо ребенку и в настоящем, и в будущем. Поэтому важно особым образом организовать работу, направленную на профилактику нарушений психического здоровья учащихся и коррекцию уже имеющихся.

Состояние психического здоровья школьников. В целом, в настоящее время наше общество далеко от духовной, в данном случае — психической культуры. Более того, посмотрите, какие пропагандируются фильмы, реклама, кто достигает иной раз власти, и станет ясно, что спасение утопающих - дело рук самих утопающих. Если государство не (может осуществлять социальных функций по психической защите и развитию наших детей, если в иных школах уже действует уголовный беспредел, а в детских садах — «детская дедовщина», то мы можем помочь своим детям хотя бы тем, что приобретем необходимые знания и попытаемся применить их для решения проблем их психического развития. Время не ждет. Ребенок вырастает, и вместе с ним растут его обиды, разочарования, страхи и конфликты. Задумаемся над приведенными ниже цифрами, а перемножить их на количество детей в городах, селах, стране каждый и сам сможет. Раньше об этих данных вслух нельзя было говорить, не то что печатать

Итак, проведенная в [7] исследования позволили получить следующие данные: в возрасте одного - трех лет заметно нервный каждый четвертый ребенок, без особых различий по полу. В дошкольном возрасте нервным определяется каждый третий мальчик, и каждая четвертая девочка.

В младшем школьном возрасте - наибольшие показатели нервности: до 46% у мальчиков и 37% у девочек. В более старшем возрасте показатели нервности такие же, как и в дошкольном возрасте. По оценке учителей, наибольшие показатели нервности у мальчиков восьми, девяти и двенадцати лет. В двенадцать лет больше всего и нервных девочек; так что этот возраст, предшествующий подростковым сдвигам в развитии, требует особого внимания родителей, педагогов и психологов. Заметна повышенная возбудимость и агрессивность именно в этом критическом для дальнейшего формирования характера возрасте. Уместно спросить: а что же понимается под понятием нервность? Это комплекс характеристик повышенной, заметной внешне возбудимости и раздражительности, двигательного беспокойства, неустойчивого настроения и т. д. То, что процент нервности наиболее высокий в первых классах, говорит о сложном комплексе вызывающих ее причин. Одна из главных - односторонняя левополушарная методика обучения, рассчитанная только

на будущих лингвистов, математиков, и инженеров и не учитывающая гуманитарную, правополушарную направленность будущих практических специалистов типа изобретателя Эдисона, а также музыкантов, художников и врачей. Немалое значение имеют и перегрузки большим количеством непродуманно сменяющих друг друга уроков, завышенные требования не в меру самолюбивых и тщеславных родителей, нередко заставляющих ребенка учиться одновременно в двух школах. И проблемы социально-психологической адаптации тоже играют не последнюю роль: нет контакта, общения со сверстниками, нервно расстроенный ребенок не принят, изолирован или отвергнут.

Да и родители должны лучше находить общий язык с ребенком. Все это как нельзя лучше пригодится в школе. Меняться, конечно, нужно не только детям и родителям, но и учителям, нередко обнаруживающим авторитарный стиль руководства детьми, излишне оценочное суждение об их возможностях а то и сразу списывающим их в классы выравнивания, компенсирующего обучения, где им, как «гражданам второго сорта», и надлежит оставаться до конца если не дней, то хотя бы школы. К сожалению, пока имеет место не психологический подход к преподаванию школьных дисциплин, а технократический, именно предметный, будь то даже язык и литература. К тому же учителями сейчас все больше становятся специалисты, вообще не имеющие педагогического образования. Как раз они склонны «натаскивать» перспективных, с их точки зрения детей, но только не систематически развивать индивидуальные умения и способности всех своих подопечных. Оставляет желать лучшего и нервное состояние самих учителей, нередко испытывающих большую нагрузку и нервно-психическое напряжение от неумения вовремя расслабляться, вести себя гибко, ситуативно и доброжелательно (более 80% учителей находится в тревожном состоянии. При этом стратегия психологической защиты имеет такой характер. 50% - миролюбие, 42% - избегание и только 8% способны к активной защите своего достоинства. Причина: неуверенность в себе, недостаточная компетентность [11]). В итоге, только в объединении психологических и педагогических усилий школы и семьи можно найти приемлемый способ решения проблемы нервных расстройств у детей.

Нельзя не отметить, что число нервных нарушений уменьшается по мере приближения к выпускным классам школы. Однако некоторые специалисты, наоборот, считают, что оно не уменьшается, а возрастает. Все дело в том, что, начиная с тринадцати лет, можно скорее говорить о тех или иных нарушениях в формировании характера, чем о нервности как таковой. И действительно, мы видим к пятнадцати годам расцвет характерологических нарушений, или акцентуаций характера, как их еще называют. В старших классах школы происходит как бы известное «остепенение», и нервности вроде меньше, и характер ребенка, оказывается, не такой уж плохой. Но и здесь есть подводные течения, главное из которых — появление психосоматических расстройств: скрыто растет артериальное давление или снижается до степени гипотонии, появляются боли в сердце, отмечаются функциональные нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, дискинезия желчевыводящих путей, гастрит и колит, а иногда и просто дисфункция кишечника. Все это развивается на нервной почве. И причина тому - стресс. Иногда самочувствие бывает столь плохим, а настроение таким неважным, что уже не до

учебы, лишь бы сохранить остатки работоспособности [6]. Жизнь же впереди, и работать еще надо, а об учебе вспоминать пока не хочется (только около 6% выпускников – здоровые).

Состояние здоровья людей (85% болезней возникают на нервной почве) требуют более серьезно отнестись к распространенному выражению, что «все болезни от нервов», и разобраться, как влияют мысли, эмоции, чувства, слова на состояние здоровья человека.

Древние о психическом здоровье. Что интересно, об этом влиянии знали уже давно. Так, еще в старину врачи замечали, что болезнь чаще возникает у людей злых, мрачных, завистливых. Негативные мысли, эмоции и переживания, омраченную невежеством нездоровую жизнь считали на Древнем Востоке основной причиной болезни и преждевременной смерти.

Великий римлянин, классик античной медицины К.Гален ещё во втором веке нашей эры утверждал, что в борьбе за здоровье на первом месте – умение владеть своими чувствами.

Примерно 2500 лет назад Гиппократ учил, что состояние здоровья является доказательством того, что человек достиг состояния гармонии как внутри себя, так и со своим окружением, и все, что оказывает влияние на мозг, воздействует на тело. И только сейчас мы снова возвращаемся к этой идее. Ах, как был прав М. Твен, сказав, что «древние украли все наши идеи».

А ведь медицинской науке потребовалось 25 столетий, чтобы осознать эту великую истину. У нас только сейчас начинает развиваться новая отрасль медицины - психосоматическая. Эта медицина лечит одновременно и душу и тело.

Медицина, в основном, ликвидировала многие инфекционные заболевания, но не может справиться с психическими и физическими расстройствами, вызванными не микробами, а негативными мыслями, эмоциями (психическими вирусами). Количество жертв этих эмоциональных расстройств увеличивается с катастрофической скоростью.

Поэтому, действительно, ***самой большой проблемой, с которой мы сталкиваемся, и которая влияет на всю нашу жизнь и наше здоровье - это выбор правильного умонастроения.*** Если мы способны сделать этот выбор (управление своими мыслями), мы окажемся на пути к решению многих проблем, в том числе и здоровья.

Великий философ Марк Аврелий выразил эту мысль в девяти словах: "Наша жизнь есть то, что мы думаем о ней".

В самом деле, если мы думаем о счастье, мы чувствуем себя счастливыми. Если нас посещают печальные мысли, мы грустим и чувствуем себя плохо. Если мы думаем о болезнях, вполне возможно мы заболеем. Если мы думаем о неудачах, в чем-то наверняка потерпим фиаско.

Наше умонастроение оказывает почти неправдоподобное влияние на состояние нашего организма.

Великий французский философ Монтень сделал девизом своей жизни следующие слова: "Человек страдает не только оттого, что происходит, сколько оттого, как он оценивает то, что происходит". А наша оценка того, что происходит, всецело зависит от нас: смотреть на происходящее оптимистически или

пессимистически.

Зная влияния мыслей на состояние человека, Сенека советовал преодолевать болевые ощущения следующим образом: "Берегись усиливать свои боли и ухудшать свое положение жалобами. Боль легко перенести, если не увеличивать ее мыслью о ней, если же наоборот, ободрять себя, говоря: это ничего или, по крайней мере, - это не беда, нужно уметь терпеть, это скоро пройдет, - то боль становится легкой постольку, поскольку человек себя в это уверит".

Влияние негативных мыслей на здоровье человека отражено и в Библии. Вам, наверное, известно, что когда Христос сказал: "Любите врагов ваших", он проповедовал не столько правильные этические принципы. Он также проповедовал принципы медицины XXI века. Слова Христа: прощайте "до семижды семидесяти раз" помогут многим уберечься от повышенного кровяного давления, сердечных болезней, язв желудка и многих других заболеваний.

Наши враги, наверное, потирали бы руки от радости, если бы знали, что наша ненависть к ним изматывает нас, делает нас измученными и нервными, портит нашу внешность, приносит нам заболевания, сокращает жизнь. Не так ли?

Даже если мы не можем любить врагов, давайте, по крайней мере, любить себя настолько, чтобы не позволять врагам нашим управлять нашим счастьем и здоровьем. Как сказал Шекспир: "Не слишком разжигайте печь для своих врагов, иначе вы сгорите в ней сами".

В Индии много столетий назад возникла "раджа-йога", цель которой развитие и управление разумом, мыслями. "Раджа" означает "королевский", этим подчеркивается главенствующая функция разума. Йога означает "дисциплина". Раджа-йога – это теория и практика концентрации мышления, творческого подхода к управлению собой, а значит и психическим здоровьем, посредством мысленного контроля. Мысль, сознательная или подсознательная, - главная побуждающая причина всех действий человека. ***Именно отсутствие ответственности за сознательную мысль, непонимание её влияния на организм человека и породила множество психосоматических заболеваний.***

Эпиктет, великий философ – стоик, предупреждал, что следует больше внимания уделять устранению дурных мыслей с головы, чем устранению "опухолей, которые появляются на нашем теле".

Знаменитый канадский психиатр Г.Селье утверждал: «Мрачные мысли и эмоции ослабляют нас, делают больными, а позитивные – делают нас сильными и здоровыми».

Однако, современная медицина чрезмерно увлеклась компьютерами и фармакологическими средствами и поэтому большинство врачей совершает ошибку, о которой говорил еще Платон: «Самая большая ошибка врачей состоит в том, что они пытаются лечить тело человека, не пытаясь вылечить его душу; однако душа и тело представляют собой единое целое и их нельзя лечить порознь».

В противоположность медицине многие оздоровительные и духовные учения, например, П.Иванова, П.Брегга, раджа-йога и др. в качестве основного регулятора состояния тела используют сознательное управление разумом, которое предотвращает человека от "излишних" негативных мыслей и эмоций, а значит и от многих заболеваний.

Однако человечество очень долго пренебрегало опытом и советами древних. А зря. Ведь по данным Всемирной организации здравоохранения количество заболеваний на нервной почве за последние 60 лет возросло в 25 раз.

Последствия этих болезней столь обширны и огромны, что от них начала “страдать” и экономика. Так, например, американские специалисты подсчитали, что **стрессы в целом обходятся экономике США в 150 миллиардов долларов в год!!!** И коль скоро на карту поставлены миллиарды, компании и фирмы начинают принимать соответствующие меры.

Поэтому наверное каждому стоит проникнуться словами великого немецкого философа В.Гумбольдта, что «со временем болезнь будет рассматриваться как извращенное мышление и болеть будет стыдно».

Конечно же, в этих условиях современная педагогика должна всячески содействовать сохранению здоровья детей, а не его ухудшению, как это происходит сейчас. Что же делать?

Здоровьесберегающая педагогика. В связи с этим обратим внимание на здоровьесберегающей педагогике, (согласно терминологии, которая принята в [8]) которую необходимо использовать не только учителям, но и родителям. Ее появление, являющейся естественным продолжением развития гуманистического направления в педагогической науке и практике, продиктовано требованием времени самым серьезным образом обратить внимание на здоровье подрастающего поколения.

Ее основы были заложены в трудах выдающихся педагогов-гуманистов Я.А. Коменского, И.Г. Песталоцци, А. Дистервега. Сущность гуманистического подхода заключается главным образом в том, что к ребенку следует относиться не как к телесному организму с духовной «надстройкой», приобретенной в процессе социализации, а как к духовной индивидуальности, в которой изначально заложен личностный потенциал, ожидающий своего развития. В этом контексте задачей образования является прежде всего создание условий, обеспечивающих раскрытие личностного потенциала учащегося, что, в свою очередь, соответствует базовому принципу гуманистической и здоровьесберегающей педагогике - принципу природосообразности. По мнению А. Дистервега, принцип природосообразности - высший принцип всякого воспитания: «Воспитатель собственно не воспитывает ребенка, он только устраняет от него вредные влияния, укрепляет добрые побуждения, которыми его снабдила мать-природа, и старается предоставить случаи к естественному проявлению, к природосообразной деятельности» [2].

В основе здоровьесберегающей педагогике лежит принцип сотрудничества, что предполагает взаимное уважение и взаимную заинтересованность, поиск способов конструктивного взаимодействия, при котором сохраняется здоровье не только учащихся, но и всех субъектов образовательного процесса. Ни дети, ни педагоги, ни родители не должны жертвовать своим здоровьем ради достижения формальных показателей успешности в обучении. Для осуществления педагогом конструктивного взаимодействия необходимо осознание им ценности и уникальности своей собственной жизни и жизни другого человека.

Между педагогом и учащимся в общении не должно быть панибратства и «заигрываний». Разумная субординация способствует эффективной организации

учебно-воспитательного процесса, передачи опыта, знаний и умений. Педагогу не следует решать проблемы за учащегося, гораздо важнее поддерживать его в поиске собственных решений, способствуя тем самым «моральному закаливанию» своего воспитанника [3].

Здоровьесберегающая педагогика предполагает педагогизацию среды, в которой осуществляется жизнедеятельность учащегося. «Не только педагогическая система должна быть открыта для окружения, но и сама социокультурная среда должна быть открыта для нее, а, следовательно, должна быть изучена и понята ею» [4]. Один из важных факторов педагогизации среды - профессиональная деятельность педагога, классного руководителя, способствующая комфортности отношений учащегося в семье. При этом обязательным условием является позитивное отношение педагога к родителям, избегание позиций осуждения в общении, проявление такта, терпимости, уважения к семейному укладу жизни и традициям.

Здоровьесберегающая педагогика призвана обеспечить связь знаний в области сохранения здоровья с повседневной жизнедеятельностью учащихся. Воспитание у ребенка бережного отношения к себе, своей жизни, своему организму - важнейшая составляющая здоровьесберегающей педагогики. Практика показывает, что учащиеся непросто побудить заниматься здоровьем, осознанно выстраивать здоровый образ жизни. Однако это нужно делать каждому учителю. Для этого современному педагогу необходимо владеть здоровьесберегающими технологиями, собственным примером показывать, что у здорового человека выше качество жизни, оптимистичнее настрой, успешнее самореализация в обществе.

В качестве таких технологий можно предложить учителям реализовывать в учебном процессе педагогику сотрудничества, педагогику оптимизма и успеха, которые прошли проверку временем и показали отличные результаты.

Здоровьесберегающая педагогика включает знания новых научных подходов в поддержании здоровья. Исследуя ту или иную оздоровительную систему, педагогу следует задуматься над вопросами: «Как предлагаемый комплекс мер будет способствовать развитию учащегося?», «На какие ценности эта система ориентирована?», «Сохраняется ли свобода выбора ученика?» и т.д. Используя традиции и поддерживая новаторство, педагогу необходимо быть осторожным, деликатным и предусмотрительным во введении различных оздоровительных приемов. Здесь, как и в медицине, основным принципом является постулат «не навреди». Педагог ответственен за экологичность применяемых им методов работы.

Осуществление здоровьесберегающей педагогики предполагает конкретность. Как правило, современный педагог активно использует в педагогической практике специальные технологии, способствующие реализации здорового образа жизни. Ставя оздоровительные цели, педагог определяет пути их достижения, выстраивает систему собственной деятельности и деятельности ученика. В связи с этим необходимо понимание педагогом и учащимися значения применения здоровьесберегающих техник, осознанное выполнение которых - неременное условие их эффективности.

Нередко здоровьесберегающая педагогика понимается только как набор техник, приемов, ориентированных на поддержание физического здоровья. Хотя физическая

составляющая и является важным компонентом в здоровьесбережении, основу здоровьесберегающей педагогики составляет философия жизненного оптимизма, особого рода построенная ментальность, провозглашающая каждого человека «микрокосмом», неиссякаемым источником саморазвития. Именно при наличии такой философии возможен истинный интерес к жизни, ее проявлениям. Философией здорового образа жизни следует овладеть педагогам и научить этому учащихся [5].

Здоровьесберегающая педагогика исходит из триединства физического, психического и духовно-нравственного здоровья. Физическое здоровье поддерживается занятиями физкультурой, спортом, гимнастическими упражнениями, соблюдением режима и т.п. Психическое - через работу со своими эмоциями, обретение внутреннего равновесия, совершенствование взаимоотношений, развитие интереса к своему внутреннему миру. Гораздо сложнее категория духовно-нравственного здоровья. Реализация этого аспекта здоровья предполагает наличие определенной жизненной позиции. Как известно, формальное объяснение норм морали малоэффективно. Истинно нравственные поступки не могут быть основаны на принуждении, а развитие нравственных качеств человека тесно связано с совершенствованием его духовности.

Таким образом, реализация различных аспектов здоровьесберегающей педагогики, оздоровление самих участников образовательного процесса и взаимодействие между ними будут способствовать новому качеству образования, требованиям новой системы отношений и ценностей, укреплению психического здоровья школьников. Конечно же, одновременно с этим крайне важно активно повышать, в целом, психологическую культуру всех членов нашего общества. И это нужно делать без промедлений.

Литература

1. Песталоцци И.Г. Избранные педагогические сочинения в 3-х томах. Т. 1. М., 1961.
2. Дистервег А. Избранные педагогические сочинения. - СПб., 1985.
3. Каптерев Л.Ф. Избранные педагогические сочинения / Под ред. А.М. Арсеньева. М., 1982.
4. Беляев В.И., Мухин М.И. Гуманизация образования: концептуальные основы. М., 2003.
5. Шепель В.М. Как жить долго и радостно. М., 2006.
6. Хухлаева О.В. Как сохранить психическое здоровье учеников. – М.: Сентябрь, 2003. – 176 с.
7. Захаров А.И. Неврозы у детей. – СПб.: Дельта, 1996, - 480 с.
8. Башмакова Е.А. Реализация здоровьесберегающей педагогики в образовательном процессе //Среднее профессиональное образование №3, 2007 С. 45-47.
9. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. -353 с.
10. Все болезни от нервов. /Авт.-составитель Калошин В.Ф. К.:Гнозис, 2003, - с.48.

11. Курганский С.А. Факторы воздействия специфики крайнего Севера на школьников. //Народное образование. -2007. №2, С.210-218.

12. Зелигман М. Как научиться оптимизму: советы на каждый день. – М.: Вече, 1997. – 432 с.

УДК 66

ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТІВ СЕРІЇ OHSAS 18000 ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЗАХВОРЮВАННЯМ ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЇ БУДІВЕЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ

Соболь Є.В.

студент гр. МО-15 а

Інститут економіки, менеджменту і права в будівництві
Донбаська національна академія будівництва і архітектури

Науковий керівник – к. е. н., доцент Я.І. Жеребйов

Професійна захворюваність акумулює категорію хвороб, що виникають внаслідок впливу на організм людини несприятливих факторів виробничого середовища, а також самого трудового процесу. Стан професійної захворюваності – невід’ємна частина показника соціально-економічного, технічного, культурного, морального розвитку держави, її трудового потенціалу. Окрім шкоди державі, професійні захворювання є серйозним бар’єром для ефективної діяльності підприємства, що має додаткові витрати. При таких умовах надзвичайно актуальним завданням постає вироблення нових, адекватних часу, підходів до вирішення цієї проблеми.

Головна мета національної політики в сфері охорони та гігієни праці - підвищення рівня охорони праці та виробничої гігієни, а також запобігання нещасним випадкам і травматизму, що викликані виробничо-господарською діяльністю та пов’язаними з нею факторами. Значна увага приділяється цим питанням в різних міжнародних документах. Так, в Європейській соціальній хартії та додаткових протоколах сформульовані вимоги про необхідність дотримання прав найманих працівників на безпечні, здорові умови праці та на участь у визначенні, поліпшенні умов праці та виробничого середовища на підприємстві, проголошуються обов’язкові заходи, спрямовані на усунення або зменшення ризиків на робочому місці [1].

За даними Держкомстату України, 24,7% робітників працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормативам за тими чи іншими параметрами. За цим показником найбільш небезпечними є умови праці на підприємствах вугільної промисловості (74,1%), металургії (59,6%), газової (55,6%), нафтовидобувної (50,6%), хімічної та нафтохімічної промисловості (43, 2%). На половині виробничих об’єктів України періодично реєструвалися підвищені параметри професійної шкідливості, на 30% підприємств таке перевищення має стійкий характер. Основні причини цього - недосконалість виробничих технологій, машин і механізмів

(близько 60% випадків) і відсутність або неефективність засобів індивідуального захисту (30%) [1].

За 9 місяців 2011 року до робочих органів виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України надійшло 10149 повідомлень про нещасні випадки на виробництві, в яких постраждало 10455 осіб, у т.ч. 1287 - зі смертельним результатом, і 4024 повідомлення про професійні захворювання [2].

До найбільш травмонебезпечних галузей та видів робіт відносяться:

- видобуток та збагачення кам'яного вугілля - кількість травмованих складає 34,6% від загальної кількості травмованих по Україні (2962 людини, в т.ч. 106 - смертельно);

- вирощування зернових та технічних культур - 3% (260 осіб, в т.ч. 28 - смертельно);

- будівництво об'єктів - 2,6% (224 особи, в т.ч. - 38 смертельно);

- виробництво чавуну, сталі та феросплавів - 2,4% (207 осіб, в т.ч. - 9 смертельно);

- діяльність лікувальних установ - 2,2% (190 осіб, в т.ч. 1 - смертельно).

Поширеними організаційними причинами, як і в минулому році, стали наступні: а) невиконання вимог інструкцій з охорони праці - 45% від загальної кількості травмованих по Україні (3882 травмовані особи); б) невиконання посадових обов'язків - 8,8% (758 травмованих); в) порушення правил дорожнього руху - 4,8% (417 травмованих) [2].

Найбільш поширеними технічними причинами стали: а) незадовільний технічний стан виробничих об'єктів, будівель, споруд, території - 4,2% від загальної кількості травмованих по Україні (366 травмованих); б) недосконалість технологічного стану засобів виробництва - 2,7% (177 - травмованих осіб).

Поширеною психофізіологічною причиною стало травмування внаслідок протиправних дій інших осіб - 2,4% від загальної кількості травмованих по Україні (212 травмованих) [2].

За 9 місяців 2011 року, порівняно з аналогічним періодом 2010 року, кількість професійних захворювань збільшилася на 7% (з 3689 до 3946).

Найбільшу кількість професійних захворювань зареєстровано в Донецькій (31,8%), Луганській (25,8%), Дніпропетровській (19%) та Львівській (11%) областях. Кількість профзахворювань в цих областях складає близько 87,6% від їх загальної кількості по Україні.

Зростання професійних захворювань відзначається у Львівській області - на 39,5% (з 311 до 434), в Донецькій області - на 20,4% (з 1042 до 1255), Запорізькій області - на 63% (з 44 до 72), Кіровоградській області - на 47,9% (з 48 до 71), Луганській області - на 1,8% (з 999 до 1017) [1].

Регіональна поширеність профзахворювань залежить від розташування підприємств основних галузей економіки. Вони здебільшого сконцентровані в областях Центрального і Західного Донбасу з великим гірничодобувним комплексом (Донецька, Луганська), на Дніпропетровщині та Львівщині.

Підприємство прямо впливає на розвиток професійних захворювань власних працівників. Профзахворювання впливають на діяльність підприємства, на якість

продукції, що виготовляється. Без сумніву роботодавець зобов'язаний створювати задовільні умови праці і забезпечувати охорону здоров'я та гігієну працівників. Стандарт серії OHSAS 18000 - це інструмент, призначений для підприємств, що планують перехід на сучасний підхід до охорони здоров'я і безпеки праці. Стандарт OHSAS 18001 визначає вимоги до підсистеми менеджменту з охорони здоров'я та безпеки праці [3].

Стандарти даної серії включають вимоги до підсистеми управління професійною безпекою та здоров'ям, що дають організації можливість керувати її професійними ризиками та удосконалювати бізнес.

Необхідність впровадження стандартів серії OHSAS 18000 на підприємствах вітчизняної промисловості пояснюється вимогами міжнародного співтовариства для успішної інтеграції українських організацій в світову економічну систему.

Розглядаючи показники роботи ТОВ «Мактепlobуд», що здійснює свою діяльність в місті Макіївка, яке є одним з найбільш забруднених міст України, можна відзначити успішність та популярність даної організації [4]. Але, якщо детальніше дослідити його документацію, а саме - базу стандартів ТОВ «Мактепlobуд», то можна зробити висновок, що організація абсолютно не турбується про безпеку власних працівників. Маючи справу з будівництвом, а також з монтажем тепло- і газопостачальних систем, що є діяльністю підвищеної небезпеки, організація не має стандартів для регулювання охорони праці та здоров'я працівників. Враховуючи територіальне розташування ТОВ «Мактепlobуд» та особливості його діяльності, впровадження стандартів серії OHSAS 18000 є необхідним.

Реалізація програми щодо впровадження стандартів менеджменту здоров'я та безпеки відкриє нові можливості для підприємства в межах управління охороною праці на виробництві. Серед основних переваг можна виділити наступні:

- зниження випадків летального результату, травматизму, людських втрат і загальної кількості хвороб персоналу;
- скорочення прямих і непрямих витрат бізнесу, включаючи оплату лікарняних або страхівки за станом непрацездатності працівників;
- зміна корпоративної і виробничої культури організації, поліпшення якості робочих місць;
- збільшення рівня сатисфакції персоналу під час виконання власних професійних обов'язків та загального морального стану організації будкомплексу;
- поліпшення привабливості та іміджу підприємства за рахунок низьких показників травматизму;
- управління можливими ризиками та позаштатними ситуаціями, що виникають на виробництві [3].

Окрім перерахованих вище позитивних аспектів, є ще один не менш важливий: привабливість для інвесторів. Інтегровані системи менеджменту дозволяють збільшити гнучкість виробництва, впроваджувати нову техніку, підвищувати якість продукції (послуг) будівельного призначення, змінювати асортимент продукції відповідно до запитів замовників (споживачів) - і все це при постійному зниженні витрат виробництва (собівартості реалізованої продукції будівельного комплексу). Це вже підтверджується практикою низки підприємств України, де така підсистема

застосовується або знаходиться на стадії впровадження. В результаті підприємство забезпечує власну привабливість для інвесторів; підсистема менеджменту, що відповідає світовим стандартам, буде гарантом виключення позапланових і неекономічних витрат, які виникають в результаті аварій, нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також підвищує конкурентоспроможність на ринку.

Підсистема менеджменту охорони здоров'я та безпеки праці інтегрується в загальну систему менеджменту, побудовану на підґрунті ISO 9001, і має ряд спільних процесів із підсистемою менеджменту якості.

Перший крок при впровадженні Системи Професійної Безпеки і Здоров'я за вимогами OHSAS 18001 - прийняття керівництвом моральних зобов'язань. Підприємство декларує власні наміри та пріоритети у сфері безпеки виробництва.

Другий крок - визначення небезпек і оцінка ризиків, пов'язаних з виконанням робіт персоналом.

Реєстри небезпек і ризиків по професіям слугують інформативним і навчальним документом для персоналу. Розроблені для зниження ризику попереджувальні дії повинні знайти відображення в інструкціях з охорони праці. Для цього необхідно визначити всі небезпеки; періодично оцінювати всі ризики, пов'язані з небезпеками; нейтралізувати «суттєві» ризики підприємства; при неможливості ліквідації «суттєвих» ризиків, підприємство повинне ними управляти.

Багатьом підприємствам, і, особливо, пов'язаним з небезпечними умовами праці, при створенні інтегрованої системи менеджменту, що охоплює підсистеми менеджменту якості, менеджменту навколишнього середовища і охорони здоров'я та безпеки праці, у власній діяльності все більше доводиться враховувати ризики, пов'язані з охороною здоров'я і безпекою праці співробітників. Стандарти серії OHSAS 18000 легко поєднуються з іншими міжнародними стандартами, такими як ISO 9000 (менеджмент якості) або ISO 14000 (екологічний менеджмент) [3]. Окрім того, стандарти серії OHSAS 18000 є загально-технічними стандартами, що дозволяє застосовувати їх в будь-якій сфері виробництва та будь-якому секторі економіки. Для того, щоб запроваджені стандарти приносили дійсну користь, а не були черговим позитивним папірцем у послужному списку організації, необхідно залучення всіх співробітників в роботу над безпекою виробництва. Тільки двосторонній підхід до проблеми безпеки та охорони праці, як з боку керівників, так і з боку персоналу, здатний призвести до появи безпечних робочих місць, підвищення культури виробництва, зниження рівня ризиків для здоров'я співробітників і скорочення загальної кількості нещасних випадків на підприємстві.

Список літератури:

1. Литовченко Т. Хворіємо «професійно». - 2003. – [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://tim-lit.narod.ru/PiC/2003/2003-prof-zahv.htm>
2. «Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань України» - [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.social.org.ua/view/2323>
3. OHSAS 18001. Система менеджменту охорони здоров'я і безпеки праці - [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://cnetwork.com.ua/managtools/ohsas18001>

4. Офіційний сайт ТОВ «Мактепlobуд» - [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://makteplobud.narod2.ru/>

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ШКОЛЬНИКОВ В АДМИНИСТРАТИВНЫХ ОКРУГАХ Г. ЕРЕВАНА РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

Манриkyн М.Е.

Кафедра экономики и управления здравоохранения ЕГМУ

Состояние здоровья молодежи является необходимым условием и определяющим моментом благополучия общества и его прогрессивного развития. Молодежь - это динамичная возрастная группа, находящаяся в процессе формирования, легко ранимый с позиции здоровья контингент, нуждающийся в особо продуманной системе наблюдения. Кариес зубов и болезни пародонта — две наиболее распространенные проблемы, связанные с полостью рта. Согласно данным многочисленных исследований, заболеваемость населения земного шара кариесом зубов варьирует в пределах от 90 до 100% [1,2]. В структуре стоматологической заболеваемости особое место занимают заболевания пародонта. В докладе научной группы ВОЗ (2003), основанном на обследовании населения 53 стран, очень высокий уровень заболеваний пародонта попадает на возраст 15-19 лет (55-89%) [3]. В настоящее время положение со стоматологической профилактикой и с пародонтологией находится в неудовлетворительном состоянии в основном из-за нерешенности организационных проблем [4].

По данным литературы, общие и комплексные методы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта позволили обеспечить оптимальный охват различных контингентов населения и получить достаточно существенное (на 45—55%) снижение прироста числа кариозных зубов и увеличение количества неповрежденных секстантов пародонта [5].

Материал и методы.

Было проведено эпидемиологическое обследование 2228 школьников 6,12,15 лет 10 административно – территориальных округов г. Еревана. Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью упрощенного гигиенического индекса Green - Vermillion ОНI-S (1960). Для изучения состояния тканей пародонта использовали пародонтальный индекс ВОЗ СРI, который, по мнению специалистов, является простым и эффективным методом оценки состояния тканей пародонта для планирования объема профилактической и лечебной помощи. Кроме того, применяемые индексы дают возможность сравнивать полученные данные с банком данных во многих странах мира.

Результаты исследования.

Анализируя стоматологический статус школьников в возрасте 12 и 15 лет было выявлено, что уровень личной гигиены полости рта и состояние здоровья десен тесно связаны друг с другом - гингивиты, развивающиеся вследствие низкой гигиены полости рта составляют около 20% от общего числа обследованных.

Распространенность заболеваний пародонта у детей 6 лет в различных

административных округах г. Еревана достоверно определить оказалось невозможным вследствие большого количества исключенных (непрорезавшихся) секстантов – от 0.083 ± 0.02 до 2.05 ± 1.8 ; однако уже в этом возрасте отмечались секстанты с кровоточивостью (до 0.51 ± 0.2) и зубным камнем (до 1.0 ± 0.3).

К 12-летнему возрасту распространенность заболеваний пародонта колеблется в пределах от 17% до 66,8%. В этом возрасте увеличивалось количество секстантов с кровоточивостью и зубным камнем, а у школьников административного округа Арабкир были выявлены секстанты с пародонтальным карманом 4-5мм (1.099% случаев).

Среди 15-летних подростков распространенность патологий достигла 73.1% , количество пораженных секстантов увеличилось от 2 до 6. Особая форма гингивита иногда встречалась у детей в препубертатный и пубертатный периоды: обнаруживалось разрастание тканей десны во фронтальном участке. У девочек максимального пика гингивит достигал в более раннем возрасте, чем у мальчиков. При анализе компонентов индекса СРІ выявлялись секстанты как с кровоточивостью, зубным камнем, так и с пародонтальными карманами 4-5 мм (1.14% случаев). В приведенной ниже диаграмме (рис.1) представлены данные распространенности признаков поражения пародонта у школьников 12 и 15 лет различных округов г. Еревана.

Уровень распространенность заболеваний пародонта у детей школьного возраста в исследуемых группах оценивается как высокий по критериям ВОЗ.

При ситуационном анализе в 2011г. хорошего уровня гигиены полости рта ни в одной возрастной группе выявлено не было.

Гигиена полости рта по индексу Грина – Вермиллиона характеризовалась как удовлетворительная в возрастной группе 6 лет в округах Нор Норк, Канакер – Зейтун, Шенгавит, Ачапняк (от 1.3 ± 0.6 до $1.8 \pm 0,68$), и плохая в округах Арабкир, Аван, Эребуни, Нубарашен, Давиташен, Малатия – Себастья (от 1.95 ± 0.32 до 2.67 ± 0.4).

В возрастной группе 12 лет лишь в трех округах (Нор Норк, Канакер – Зейтун и Шенгавит) гигиена полости рта была на удовлетворительном уровне (1.11-1.53), в остальных округах был зарегистрирован плохой уровень гигиены (1.98-2.67).

Такая же ситуация прослеживалась у подростков: индекс гигиены Грина – Вермиллиона был равен, в среднем, 2.2 ± 1.2 и гигиена полости рта оценивалась как плохая. Была выявлена зависимость стоматологической заболеваемости (заболеваний пародонта) от уровня гигиены полости рта, и соответственно, влияние уровня гигиенических знаний детей от социально-экономического положения их родителей, а также неэффективность проводимых профилактических мероприятий.

Таким образом, профилактические мероприятия, внедренные с 2006г. в Республике Армения, в которые вовлекаются дети 6 и 12 лет, являются недостаточными для предупреждения заболеваний пародонта в подростковом периоде. Поэтому необходимо разработать и внедрить программу профилактики заболеваний пародонта для детей подросткового возраста, которая будет включать организационные мероприятия по гигиеническому воспитанию, организации пародонтологической помощи, а также комплекс конкретных стоматологических мероприятий, нацеленных на снижение распространенности заболеваний пародонта

в данной возрастной группе.

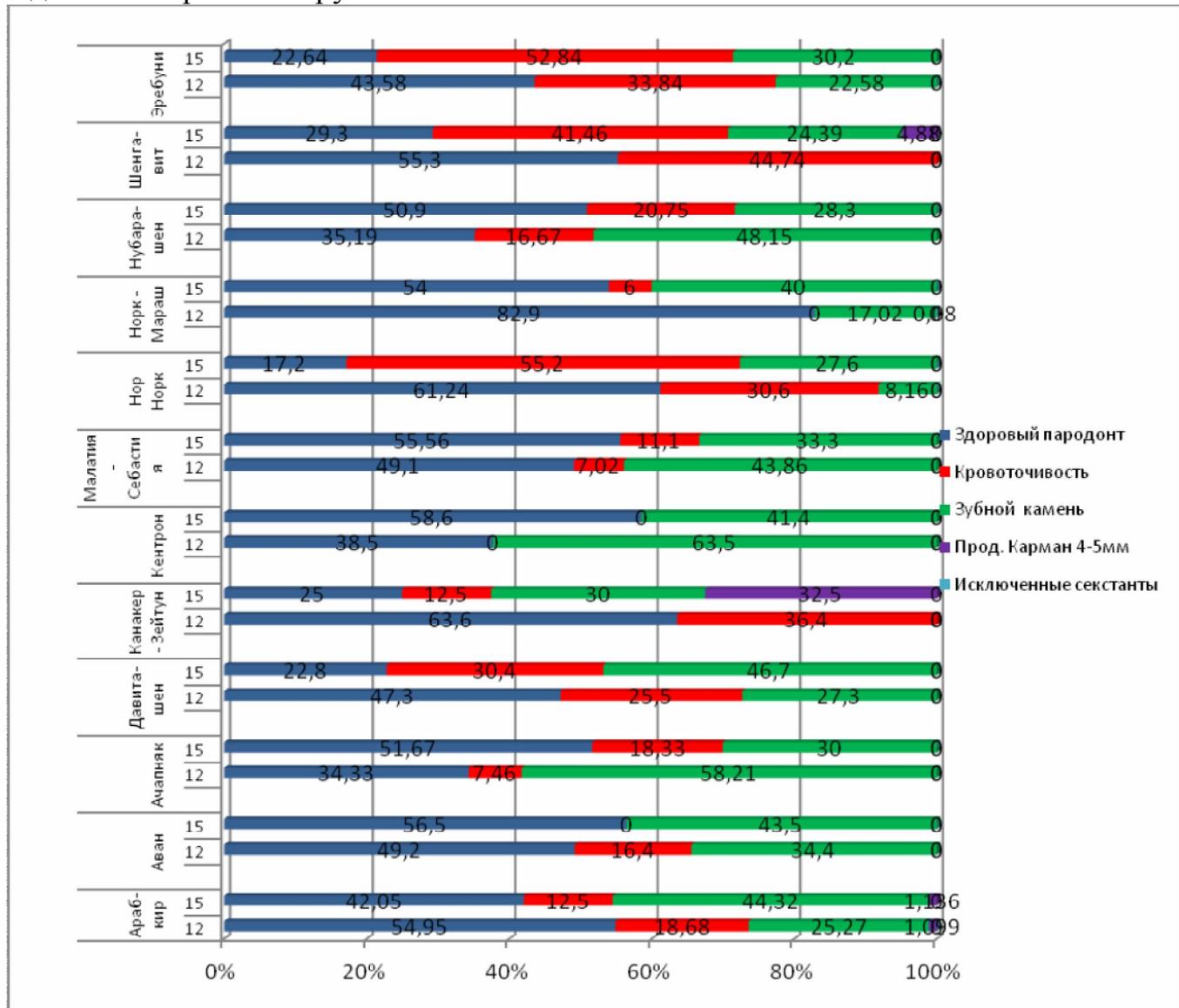


Рис. 1. Распространенность признаков поражения тканей пародонта у школьников 12 и 15 лет г. Еревана

Литература:

1. Алпатова Л.М., Алимский А.В. Эпидемиологическая оценка эффективности проводимых организационных и кариеспрофилактических мероприятий среди дошкольников // Новое в стоматологии.—2001.—№ 5.— С.69—70.
2. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. П/ред. проф. В.К.Леонтьева и проф.Л.П.Кисельниковой. – М., 2010. – 896с.
3. Дмитриева Л.А., Крайнова А.Г. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта // Пародонтология. - 2004. - № 1 (30). - С. 8-15.
4. Леонтьев В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития // Стоматология. - 2002. - № 1.-С. 75-83.
4. Skold U.M., Lindvall A.M., Rasmusson C.G. et al. Caries incidence in adolescents with low caries prevalence after cessation of weekly fluoride rinsing // Acta Odontol. Scand.—2001.—Vol.59, № 2.—P.69—73.

УДК:616.311_036.22_053.2(479.25):616.2+614.1:312

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

Манрикян М.Е.

Кафедра экономики и управления здравоохранения ЕГМУ

Ключевые слова: герпетический стоматит, афтозный стоматит, хейлит, гипоплазия

Среди актуальных проблем современной стоматологии профилактика и лечение некариозных поражений твердых тканей зубов и заболеваний слизистой оболочки полости рта занимают одно из ведущих мест [4]. Некариозные патологии представляют собой наиболее распространенную после кариеса группу заболеваний, которые зачастую приводят к прогрессирующей убыли эмали и дентина зубов, нарушению функции жевания, ведут к косметическому недостатку [1,2,3]. Наряду с этим, эффективность организации стоматологической помощи и ее планирование зависит от изучения распространенности и структуры заболеваемости слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, особенно в пубертатный период, когда происходят процессы формирования и созревания большинства морфологических структур [4,5].

Целью настоящей работы явилось изучение распространенности и структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, а также некариозных поражений твердых тканей зубов у детей Республики Армения для оптимизации действующей программы профилактики с учетом лечебно-профилактических мероприятий для данных заболеваний.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами проведено обследование слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (СОПР) и некариозных поражений твердых тканей зубов у 5870 детей в возрасте 6, 12, 15 лет в 10 регионах и столице Республики Армения. Диагноз устанавливали на основании эпидемиологических данных согласно критериям ВОЗ.

Результаты исследования. При осмотре твердых тканей постоянных зубов у 6-летних детей, проживающих в различных регионах республики обнаружены некариозные поражения в виде гипоплазии. Гипоплазия эмали постоянных зубов была представлена, в основном, пятнами бело-желтого цвета с шероховатой поверхностью, расположенных на резах верхней и нижней челюстях, ближе к режущему краю. Поражения премоляров и моляров выглядели в виде борозд белого цвета. Наибольшая распространенность этой патологии выявлена у детей сельской местности региона Сюник (16,67%). В других регионах это поражения диагностировано в пределах от 1,7% (в регионе Армавир) до 13,3% (в регионе Гегаркуник). В ряде регионов и в г. Ереван эта патология зарегистрирована лишь у небольшого количества детей данного возраста, например, в Ереване, в данной возрастной группе гипоплазия эмали зубов была зарегистрирована в среднем, 2,47%. Однако указанный признак был обнаружен у детей, проживающих в

административном округе Эребуни в 10.3% случаев, Арабкире, Аване и Давиташене в 4.3% случаев, в округах Ачапняк, Малатия - Себастья, Нубарашен и Нор Норк 1.4%, 1.15%, 1.89% и 2.04% соответственно. В округах Кентрон, Нор Норк и Шенгавит данная патология не была диагностирована.

Среди 12-летних детей в различных регионах республики некариозные поражения в виде гипоплазии были выявлены, в среднем, в 7,7% случаев. Распространенность этого поражения наиболее высокой оказалась в сельских местностях регионов Армавир (14,4%), Сюник (13,9%), Гегаркуник (14,3%), Арарат (13,04%) и городских местностях региона Котайк (10,5%), Армавир (13,6%) и Арарат (13,8%). В остальных населенных пунктах признаки гипоплазии диагностированы у 9,5% школьников региона Ширак, у 9,5% школьников городской и 4,2% сельской местностей региона Лори. В городской местности регионов Арагацотн и Вайоц Дзор данная патология не диагностировалась. Самый низкий показатель гипоплазии был выявлен в регионе Тавуш, где ее распространенность была равна соответственно 1,5% и 7,5% в городской и сельской местностях. Среди данной возрастной группы, обследованных в Ереване, гипоплазия была зарегистрирована в среднем в 6.7% случаев в разных округах. Так, признаки гипоплазии были обнаружены у 26.9% школьников административного округа Кентрон, у 13.3% – в административном округе Канакер – Зейтун. Гипоплазия эмали не была диагностирована в административных округах Аван и Нор Норк. Во всех остальных округах ее распространенность колебалась в пределах от 1.8% до 8.96%.

При обследовании 15 летних подростков, было выявлено, что основным видом некариозных поражений тканей зубов также была гипоплазия эмали, распространенность которой была неодинакова в разных регионах. Так, если у школьников этого возраста в сельской местности региона Ширак и городской местности региона Вайоц Дзор эта патология не была диагностирована, то в других регионах ее распространенность колебалась в пределах от 1,4% (в регионе Ширак) до 16,7% (в регионе Лори). В Ереване средняя распространенность гипоплазии эмали в данной возрастной группе составила 4,5%. В разных округах города распространенность гипоплазии колебалась от 2,44% до 18,9%. При обследовании 15-летних наибольший показатель (18.9%) был выявлен в административном округе Эребуни, в административных округах Нор Норк и Кентрон соответственно составил 13,8% и 10,3%. В административных округах Арабкир, Ачапняк, Аван, Канакер- Зейтун, Норк – Мараш и Нубарашен гипоплазия эмали в данной возрастной группе не диагностировалась.

У детей 6 лет, проживающих в различных регионах республики были зарегистрированы различные заболевания СОПР – хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), герпетический стоматит (ОГС или РГС), а также поражения губ в виде атопического хейлита. При обследовании нами выявлено, что распространенность данных заболеваний СОПР варьирует.

Если рассматривать эти заболевания по отдельным регионам, то, например, в Лори ХРАС составил 1,4% (в сельской местности), в Тавуше – 4,8% (в городской местности), в сельской местности региона Арагацотн составил 1,9%, в Арарате – 2,4%. Наивысший показатель ХРАС был выявлен в регионе Гегаркуник – 14,3%. В

регионах Ширак, Котайк, Армавир, Сюник и Вайоц Дзор данная парология не регистрировалась.

Среди детей данного возраста, обследованных в г. Ереван, ХРАС был зарегистрирован у 3,2% детей округа Арабкир, 2,7% в округе Ачапняк, 2,1% – в Аване, 5,66% в округе Нубарашен, 1,3% в округе Шенгаавит и 6,9% у школьников округа Эребуни.

В различных регионах республики, проявления Herpes Simplex на красной кайме губ присутствуют в среднем, у 1,1% детей. Она оказалась наибольшей у школьников 12 лет округа Нубарашен г. Еревана (35,2% в виде хронического рецидивирующего герпеса). В остальных округах Еревана распространенность данного заболевания колебалась от 0 до 15,1%. Несколько меньшие значения были получены при обследовании регионов в целом: проявления данного заболевания колебались в пределах от 1,2% до 5,7%, наибольшие значения ОГС/РГС выявлялись лишь в сельской местности региона Ширак (9,8%).

В регионах республики, где проводилось обследование у 15-летних были зарегистрированы различные заболевания СОПР, которые проявлялись в виде герпетического стоматита, трещин губ и афтозного стоматита. Признаки герпетического стоматита наблюдались у 5,1 % школьников региона Армавир, 3,03% школьников региона Сюник. Схожие данные о распространенности данной патологии получены нами при обследовании в регионах Лори (3,7%), Ширак – 2,6% (в сельской местности), Гегаркуник – 2,1% (в городской местности).

Про обследовании школьников выяснилось, что случаи афтозного стоматита больше встречались в сельской местности региона Армавир – 5,6%, в остальных колебались в пределах от 1,3% (регион Котайк) до 4,2% (регион Армавир – городская местность)

В г. Ереване герпетический стоматит с локализацией на красной кайме губ диагностирован у 12,7% подростков округов Нубарашен и Малатия – Себастья, трещины губ (хейлиты) выявлены у 61,1 % 15-летних подростков, обследованных в округе Нубарашен. В округах Малатия – Себастья, Аван, Эребуни и Ачапняк распространенность хейлитов составила 53,7%, 42,4%, 32,1% и 28,3% соответственно. Данная патология не была зарегистрирована лишь у 15-летних подростков административного округа Нор Норк.

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

заболевания СОПР довольно часто встречаются у детей, причем отмечается неуклонный рост данных заболеваний (от 31,1% в 6- летнем возрасте до 61,1% в 15-летнем);

самым распространенным заболеванием СОПР у детей в пубертатном периоде является атопический хейлит. Отмечается рост данного заболевания в течение всего периода наблюдения;

распространенность хронического герпетического стоматита имеет тенденцию к увеличению в период с 6 до 12 лет;

распространенность хронического рецидивирующего афтозного стоматита, симптоматических глосситов и стоматитов остается примерно одинаковой в течение изучаемого периода.

Результаты исследования могут быть использованы в практической работе для прогнозирования риска возникновения и развития заболеваний СОПР у детей в раннем школьном возрасте и в пубертатный период, а также для создания и проведения комплекса мероприятий по их профилактике. В качестве эффективного лечения и реабилитации больных, страдающих некариозными поражениями зубов, следует считать необходимым обучение гигиене полости рта с правильным подбором средств и последующим контролем качества ухода за полостью рта.

Литература:

1. Денисова Л.А. Акустическая гистология тканей зуба // Стоматология. – 2004. – Т.83, № 1. – С.4 – 8.
2. Максимовский Ю.М. Болезни зубов некариозного происхождения. – М., 2001.
3. Мирзагулов Н.Х., Мирзагулова Э.Н. Кафаров В.Ф., Ахметова Б.Х. Факторы риска в возникновении некариозных поражений зубов и их профилактика // VI международная конференция. – Ставрополь, 2004. – Т.1. – С. 177.
4. Русакова Е.Ю. Стоматологическая заболеваемость и обоснование комплексной программы профилактики у детей Приморского края: автореф. канд. мед. наук.- Новосибирск, 2002. – 16 с.
5. Hotz G.F. Профилактика заболеваний полости рта в Германии. Современное состояние - Новое в стоматологии. – 2002. – № 5.

Summary.

The prevalence of the oral mucosa diseases and non-carious lesions of hard tissues of teeth among children of the Republic of Armenia.

Manrikyan M.E.

YSMU

In this paper the author conducted a discussion of prevalence of oral mucosa and non-carious lesions of teeth to optimize the existing prevention programs, taking into account therapeutic and preventive measures for these diseases.

Библиографическая ссылка

Медицинские науки

Козубцов И.Н., Форманчук С.В. О необходимости формирования междисциплинарной научно-педагогической компетентности у врача общей практики – семейной медицины // Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – № 1 Sp; URL: www.es.rae.ru/mino/157-461 (дата обращения: 28.03.2012).

Калошин В.Ф. К проблеме психического здоровья учащихся // Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – № 1 Sp; URL: www.es.rae.ru/mino/157-638 (дата обращения: 23.04.2012).

Соболь Є.В. Впровадження стандартів серії OHSAS 18000 для запобігання профзахворюванням персоналу організації будівельного комплексу // Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – № 1 Sp; URL: www.es.rae.ru/mino/157-697 (дата обращения: 03.05.2012).

Манрикян М.Е. Состояние тканей пародонта у школьников в административных округах г. Еревана Республики Армения // Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – № 1 Sp; URL: www.es.rae.ru/mino/157-752 (дата обращения: 09.05.2012).

Манрикян М.Е. Распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта и некариозных поражений твердых тканей зубов среди детского населения Республики Армения // Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – № 1 Sp; URL: www.es.rae.ru/mino/157-886 (дата обращения: 09.05.2012).

Информационные партнеры



<http://lomonosov-msu.ru/>



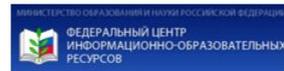
<http://www.msu.ru/>



<http://agora.guru.ru/>



<http://www.osvita.org.ua>



Спасибо, всем кто принял активное участие в информировании!

Об электронном научно-техническом журнале "Междисциплинарные исследования в науке и образовании"

Электронный научно-технический журнал "МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАУКЕ И ОБРАЗОВАНИИ", публикующий статьи по проблемам междисциплинарным исследованиям в различных предметных областях, заявления о новых теоретических и практических результата диссертационных исследований, которые позволят формировать у научных и научно-педагогических работников междисциплинарной научно-педагогической компетентности.

Электронный научный журнал "МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАУКЕ И ОБРАЗОВАНИИ" создан на издательской платформе RAE Editorial System Российской Академии Естествознания (РАЕ), которая первой после развала СССР приступила к формированию единого научно-информационного пространства без границ.

Журнал зарегистрирован на Универсальной издательской платформе Российской Академии Естествознания RAE Editorial System .

Адрес электронной почты: redaktor_mino@mail.ru

Сайт журнала в Интернете: <http://www.es.rae.ru/mino/>

Редакция журнала приглашает к сотрудничеству учёных и разработчиков новых направлений, студентов, бакалавров, магистров, аспирантов, докторантов и всех, кому небезразлично формирование научной точки зрения междисциплинарной научно-педагогической компетентности ученых.

Заинтересованным представленной в журнале информацией, следует обращаться к главному редактору журнала Козубцову Игорю Николаевичу (kozubtsov@mail.ru). По этому же адресу обращаются желающие задать вопросы авторскому коллективу и принять участие в обсуждении публикуемых материалов.

Доступ к журналу бесплатный.

При цитировании ссылка на журнал <http://www.es.rae.ru/mino> обязательна. Перепечатка материалов журнала только по официальному согласованию с редакцией.

Условное обозначение!

sm – семинар;

k – конференция;

sp – симпозиум;

kg – конгресс;

г - рекламное издание.

Учредитель

Междисциплинарная Академия Наук (МАН), Научно-исследовательская лаборатория
"Междисциплинарных исследований"

Главный редактор

Козубцов Игорь Николаевич, кандидат технических наук, профессор Российской Академии
Естествознания, заслуженный работник науки и образования Российской Академии
Естествознания

Заместители главного редактора

Масесов Николай Александрович, кандидат технических наук.

Члены редакционной коллегии

Беззубко Лариса Владимировна, доктор наук по государственному управлению, профессор,
Донбасская Национальная академия строительства и архитектуры;

Стеценко Ирина Александровна, доктор педагогических наук, доцент, Декан факультета
информатики и управления ФГБОУ ВПО «ТГПИ имени А.П. Чехова»;

Москальова Людмила Юріївна, доктор педагогічних наук, доцент, Завідувач кафедри соціальної
педагогіки та дошкільної освіти Мелітопольського державного педагогічного університету ім.
Богдана Хмельницького;

Гиенко Любовь Николаевна, кандидат педагогических наук, доцент, доцент, кафедры социальной
педагогике и педагогических технологий, ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная
педагогическая академия» институт психологии и педагогики;

Кочетова Жанна Юрьевна, кандидат химических наук, старший преподаватель, Военный
авиационный инженерный университет (Российская Федерация г. Воронеж);

Чупров Леонид Федорович, Кандидат психологических наук, профессор РАЕ, главный редактор
Электронного научного журнала «Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири», Россия,
Хакасия, город Черногорск;

Васильев Константин Александрович, к.т.н., старший преподаватель кафедры №33 ВИТИ НТУУ
«КПИ», Украина, г. Полтава;

Кайдаш Иван Никифорович, к.т.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник НИО №13 НЦЗИ ВИТИ
НТУУ «КПИ», Украина, г. Киев;

Куцаев Виктор Владимирович, старший научный сотрудник НИЛ №43 НЦЗИ ВИТИ НТУУ
«КПИ», Украина, г. Киев.

Научное издание

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

**Первого Международного научно-практического симпозиума
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАУКЕ И ОБРАЗОВАНИИ**

Секция: Исторические науки

Секция:

Медицинские науки

Подписано к печати 10.05.2012.

Формат 21х29.7.

Электронное издание.

Гарнитура Times New Roman.

Тираж 4 экз. Заказ 1.