



Союз медицинских
работников
Санкт-Петербурга
и Ленинградской области



КОМИТЕТ
ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНИЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНИЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ



XIV ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ «ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»

XIV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Здоровье и образ жизни учащихся
в современных условиях: взгляд врача и педагога»

Посвящается Всемирному Дню Учителя

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

03–04 ОКТЯБРЯ 2022

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ XIV ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА
«ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»
XIV ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ:
ВЗГЛЯД ВРАЧА И ПЕДАГОГА».**

Санкт-Петербург, 3-4 октября 2022 г. – СПб., 2022. -282с.

ОРГАНИЗАТОР ФОРУМА

- Союз медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона

НАУЧНЫЙ СООРГАНИЗАТОР

- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

- Правительства Санкт-Петербурга
- Законодательного собрания Санкт-Петербурга
- Комитета по образованию Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Правительства Ленинградской области

ПРИ УЧАСТИИ:

- ФГБОУ ВО Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена
- ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования»
- ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России
- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
- ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России»
- ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ
- Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья»

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ:

д.м.н. проф. Булатова Е. М., д.м.н. проф. Кельмансон И. А.;
к. псих. н., доц. Котова С. А., к. пед. н., доц. Колесникова М. Г.

Материалы, опубликованные в данном сборнике, представлены в авторской редакции. Оргкомитет Форума не несет ответственности за содержание тезисов.

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», www.pediatrinya-spb.ru

Типография ООО «ИТЦ «Символ», Санкт-Петербург,
пр. Обуховской Обороны, д. 199



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

XIV ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА

**«ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА:
ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»**

XIV ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
**«ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ:
ВЗГЛЯД ВРАЧА И ПЕДАГОГА»**

**3 - 4 октября 2022
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СИСТЕМЕ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Аболишина Е. С., Садовникова Л. Г.

Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад «Кудесница» Петроградского района, Санкт-Петербург

kydesnica-kamen@mail.ru

e.s.abolishina@mail.ru

14

ЗНАЧЕНИЕ ЙОГИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОЙ ТЕАТРАЛЬНОЙ СТУДИИ

Абросимова А. Е., Андреева Н. П.

РГПУ имени А. И. Герцена, Санкт-Петербург

nat-saa@mail.ru

22

О ВОЗМОЖНОМ ПРОЕКТЕ «ЗДОРОВАЯ ШКОЛА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ, МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ»

Алексеев С. В.

Институт общего образования СПб АППО

alekseev_sv2004@mail.ru

26

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Алиев А. Л., Абдуллаев Д. Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Андижанский государственный медицинский институт.

a.doniyor1989@gmail.com

32

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Алиев А. Л., Камалов Э. С., Абдуллаев Д. Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Институт иммунологии и генома человека АН РУз

Андижанский Государственный Медицинский Институт

a.doniyor1989@gmail.com

33

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ахрарова Н. А., Маликова А. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

aminamalikova0103@icloud.com

akhharova.nigora@mail.ru

34

ПОДДЕРЖКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СЕМЬЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Белова² М. Б., Цыганкова¹ Н. И., Эрлих¹ О. В., Завалишина¹ Е. В.

1 - ГБУ ДПО «Академия постдипломного педагогического образования», Санкт-Петербург

2 - ГБДОУ № 18 Московского района, Санкт-Петербург

mgkolesnikova@gmail.com.....36

ОСОБЕННОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ РЕЧИ

Богормистрова В. А., Свобода П. Н., Морозова Т. Г., Шестакова В. Н.,

Сосин Д. В., Удовенко А. А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Смоленск

vebogormistrova@gmail.com47

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Богормистрова В. А., Удовенко А. А., Чижова Ж. Г., Шестакова В. Н., Сосин Д. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Смоленск

vebogormistrova@gmail.com.....50

ОСОБЕННОСТИ РАБОЧЕЙ ПАМЯТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗНОЙ ГРУППОЙ ЗДОРОВЬЯ

Василева¹ И. К., Дунаевская² Э. Б.

1 - ГБОУ СОШ № 500 Пушкинского района, г. Санкт – Петербург

2 - Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,

Санкт-Петербург

dorogaZelvira@yandex.ru.....53

МОДЕЛИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ СРЕДЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Велюго¹ И. Э., Максименко² К. Н.

1 - Государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования. ГБУДППО ЦПКС Адмиралтейского района

2 - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А. И.

Герцена», Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение школа

№ 231 Адмиралтейского района

irvel@mail.ru.....58

ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Головки П. С.

ГБОУ СОШ № 358 Московского района Санкт-Петербурга

polinasergeeva@yandex.ru.....62

ДЕТИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА, ЦЕЛИАКИЕЙ, ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гордиенко Н. В., Романова А. В.

ГБДОУ детский сад № 104 комбинированного вида

Невского района, Санкт-Петербург

docng@mail.ru.....68

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «БУДЕМ ЗДОРОВЫ – ВМЕСТЕ!» КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРИМОРСКОГО РАЙОНА

Демидова С. П., Мазур О. И.

ГБУ ДППО ЦПКС «Информационно – методический центр»

Приморского района, Санкт-Петербург

svе.demidova@yandex.ru.....70

УРОКИ ЗДОРОВЬЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ КАК ВОЗМОЖ- НОСТЬ УГЛУБЛЕННОГО ИЗУЧЕНИЯ УЧЕНИКАМИ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Деркунская¹ В. А., Ефимова² Н. И.

1 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

2 - ГБУСОШ № 160 Красногвардейского района, Санкт-Петербург

vderkunsкая@yandex.ru.....75

МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ОТ ДВУХ МЕСЯЦЕВ ДО ПОЛУТОРА ЛЕТ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ КАК УСЛОВИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ И РАННЕЙ ПОМОЩИ

Деркунская¹ В. А., Кернер² О. А.

1 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

2 - ГБДОУ № 62 Приморского района, Санкт-Петербург

vderkunsкая@yandex.ru.....81

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРА- НЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ В ДОО

Деркунская В. А., Ахтырская Ю. В., Кернер О. А., Янковская В. М.

РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение № 62

Приморского района, Санкт-Петербург

vderkunsкая@yandex.ru.....85

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ С РАЗ- НЫМ ОПЫТОМ ПОГРУЖЕННОСТИ В ЦИФРОВУЮ СРЕДУ

Долженко К. И., Микляева А. В.

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена,
Санкт-Петербург

a.miklyaeva@gmail.com89

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Емельянцева А. А.

МАОУ «Лицей № 17», Северодвинск, Архангельская область

emelyantsevaaa@lyceum17.ru96

ПЕРВОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ «ПЕРИНАТАЛЬ- НОЙ РЕВОЛЮЦИИ»: ИСТОРИЧЕСКАЯ РОЛЬ И КЛИНИКО-Э- ПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Завьялов^{1 2} О. В., Игнатко^{1 3} И. В., Пасечник² И. Н., Бабаев⁴ Б. Д.

1 - Перинатальный центр городской клинической больницы имени С. С. Юдина,
Москва

2 - Центральная государственная медицинская академия Управления Делами
Президента Российской Федерации, Москва

3 - Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

4 - Российская медицинская академия непрерывного профессионального образова-
ния Минздрава России, Москва

Oleg.zavyaloo@mail.ru99

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЖИМА DUORAP В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ЧЕМ ОБУ- СЛОВЛЕНА КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧ- НОГО ВЫБОРА?

Завьялов^{1 2} О. В., Пасечник² И. Н., Игнатко^{1 3} И. В., Бабаев⁴ Б. Д.

1 - Перинатальный центр городской клинической больницы
имени С.С. Юдина, Москва

2 - Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Прези-
дента Российской Федерации, Москва

3 - Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

4 - Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования Минздрава России, Москва

Oleg.zavyaloo@mail.ru105

СОВРЕМЕННЫЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧ- НОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Завьялов^{1 2} О. В., Пасечник² И. Н., Игнатко^{1 3} И. В., Бабаев⁴ Б. Д.

1 - Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С.Юдина, Москва	
2 - Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва	
3 - Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва	
4 - Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва	
<i>Oleg.zavyaloo@mail.ru</i>	110

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ У ПОДРОСТКОВ

<i>Загашева¹ М. В., Сухова² К. Ю., Лялина² И. Н.</i>	
1 - Санкт-Петербургский государственный институт культуры, Санкт-Петербург	
2 - Лицей №126, Санкт-Петербург	
<i>mz1975@mail.ru</i>	115

ПРОБЛЕМНАЯ ОЗАБОЧЕННОСТЬ И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ ИЗ ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ

<i>Знова Е. Г., Пежемская Ю. С.</i>	
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург	
<i>pjshome@mail.ru</i>	125

ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГРАМОТНОСТИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

<i>Иванова О. А., Буракова М. А.</i>	
ГБОУ СОШ № 81 Калининского района, Санкт-Петербург	
<i>otia2103@mail.ru</i>	131

РАЗРАБОТКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧАТ-БОТА «ПРОФНАСТАВНИКОНЛАЙН» В РАМКАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ НАСТАВНИЧЕСТВА СЕМЬИ ОУ, РЕАЛИЗУЮЩЕГО АООП ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

<i>Иванова О. В., Максименко К. Н., Никитина Е. С., Лапихина Л. А.</i>	
Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение № 231 Адмиралтейского р-на, Санкт-Петербург	
<i>Xenia.maximenko@yandex.ru</i>	135

ТРАНСГЕНЕРАЦИОННАЯ ПСИХОТРАВМА ПРИ СОЗАВИСИМОСТИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

<i>Игнатьев¹ П. Д., Заширинская² О. В.</i>	
1 - Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург	
2 - Санкт-Петербургский государственный университет, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург	
<i>zaoks@mail.ru</i>	139

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ПРИЧИНА СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦИИ

Игнатьев¹ П. Д., Защиринская^{1 2} О. В.

1 - Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

2 - Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург

zaoks@mail.ru.....145

РИСКИ ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Каменская В. Г., Татьяна Е. В.

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический
университет им. И.А. Герцена»

kamenskaya-v@mail.ru

tatianinaelena@mail.ru.....151

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕСОВЕРШЕН- НОЛЕТНИХ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Карпатенкова О. В.

Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей ГУМВД
по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Санкт-Петербург

karpat-08@mail.ru.....158

ОБРАЗ ТЕЛА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Киричик¹ Е. С., Сомова² Н. Л.

1 - Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина, Областной центр
медицинской реабилитации «Тонус» для детей с психоневрологическими заболева-
ниями г. Бреста, Республика Беларусь

2 - Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

kirichikelena@yandex.ru.....164

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА СО СТАРШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ 15-18 ЛЕТ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ БУЛЛИНГА

Коновалова¹ Е. И., Котова² С. А.

1 - Русская христианская гуманитарная академия, Санкт-Петербург

2 - ФБГОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

sa-kotova@yandex.ru.....170

ПОВЫШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Кот¹ Т. В., Ковальская² В. А.

1 - Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического
образования, Санкт-Петербург

2 - гимназия № 426, Санкт-Петербург

tvkot2010@mail.ru.....174

МЕТАПРЕДМЕТНЫЙ КОНЦЕПТ СОВРЕМЕННОГО ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Котова С. А.

Санкт-Петербург, ФБГОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена

sa-kotova@yandex.ru 177

КОНКОРДАНТНОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ И ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА УЧЕНИКОВ

Красновский В. Н.

Военно-космическая академия имени А.Ф. Можайского,

г. Санкт-Петербург

krasnovskiy@bk.ru 180

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКА В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Крылова М. А., Якимов Ю. М.

Санкт-Петербургский государственный экономический

университет (СПбГЭУ)

Krulova72@mail.ru 186

ПОДХОДЫ К ПРОЕКТИРОВАНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА ПЕДАГОГА

Кураченков А. С., Марущак И. А., Бузырева Е. Г.

ГБОУ гимназия № 295 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга

marushak.irina@bk.ru

buzireva79@mail.ru 192

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ АКТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Латухина Н. И., Ивлева С. А.

Отделение дошкольного образования ГБОУ школа № 100

Калининского района, Санкт-Петербург

100ds.natali@mail.ru

svetlana.1973@mail.ru 195

НАСТАВНИЧЕСТВО В ШКОЛЕ КАК ПРАКТИКА ЗДОРОВЬЕСОЗИДАНИЯ

Лубенникова С. А., Кузьмина С. А., Шмакова С. В.

ГБОУ школа № 482 Выборгского района, Санкт-Петербург

vip.lubenikova@mail.ru 203

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации
Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург
nisheva@rambler.ru 210

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ МАСКИ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г.,
Бочкова М. Е., Писаревская А. В.*
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации
Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург.
nisheva@rambler.ru 211

ПОВЫШЕННАЯ ЧАСТОТА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛТУХОЙ НОВОРОЖДЕННЫХ В АНАМНЕЗЕ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.,
Писаревская А. В.*
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации
Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург
nisheva@rambler.ru 213

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ТВОРЧЕСКОЙ САМОРЕАЛИ- ЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ДЕТСКОМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЛАГЕРЕ

Нужнова Н. М.
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
г. Санкт-Петербург, Россия
nuznova@mail.ru 214

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА 18 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Панахова Т. Т.
Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан
panahovatahira@yahoo.com 221

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПЕДАГОГОВ В ПРОЦЕССЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Парфенова О. А.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург
ninmesharra@yandex.ru 223

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

*Писоцкая Ю. В., Устюжанина Д. В., Мартиросян Е. А., Аширова Л. Э.,
Богачева С. М.*

Кафедра педиатрии №2 Кубанского государственного медицинского университета,
Краснодар

ms.pisotskaya2017@gmail.com227

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЕМЬИ И ШКОЛЫ В УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КРУЖКА СПОРТИВНО-БАЛЬНОГО ТАНЦА)

Привалов К. А.

Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования
Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов

kostus2004@list.ru 231

ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА ПОДРОСТКОВ С РАЗНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Романова1 А. И., Дунаевская2 Э. Б.

1 - МБОУ СОШ «Бугровский ЦО 2», Санкт-Петербург

2 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

doroga2elvira@yandex.ru 233

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИ- ЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ

Ткаченко П. Г.

АНО «Центральный научно-исследовательский институт судебной экспертизы»,
г. Москва

forensicmedpsy@yandex.ru236

АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Устюжанина Д. В., Писоцкая Ю. В., Аширова Л. Э., Мартиросян Е. А., С.М. Б.

Кафедра педиатрии №2 Кубанского государственного медицинского университета,
Краснодар

lili.colin@mail.ru246

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Хайрова1 О. В., Дунаевская2 Э. Б.

1 - ГБОУ №370 Московского района, Санкт-Петербург

2 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

doroga2elvira@yandex.ru 251

РЕСУРСЫ МУЗЫКАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ ПЕДАГОГОВ, ПРЕПОДАЮЩИХ ПРЕДМЕТЫ ХУДОЖЕСТВЕН- НОГО ЦИКЛА

Чи Ч., Кондратьева П. А., Андреева Н. П.

Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена,
Санкт-Петербург
nat-saa@mail.ru.....257

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Шарапова Г. М., Шаджалилова М. С., Касимов И. А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан
Dr-gulbahor@mail.ru.....262

ФЕНОМЕН АЛЕКСИТИМИИ У ЖЕНЩИН И КОММУНИКАТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С НОВОРОЖДЕННЫМ

Шкуротенко О. С., Защирина О. В.
Санкт-Петербургский государственный университет
Российский государственный университет им. А. И. Герцена
zaoks@mail.ru.....264

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СРЕДА И ПРАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ – РЕСУРСЫ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Гущина Э.В.¹, Коробицына Т.В.², Григорьева Ю.В.²
1-ГБУ ДПО Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического
образования, elviga.eco@gmail.com
2-ГБОУ СОШ № 71 Калининского района, Санкт-Петербург,
school071@yandex.ru.....269

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ПРОФИЛАК- ТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Колесникова М. Г., Цыганкова Н. И.
ГБУ ДПО Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического
образования.....276

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СИСТЕМЕ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Аболишина Е. С., Садовникова Л. Г.

Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад «Кудесница» Петроградского района, Санкт-Петербург

kydesnica-kamen@mail.ru

e.s.abolishina@mail.ru

В настоящее время пристальное внимание уделяется оказанию превентивных мер помощи детям раннего возраста. В первую очередь это связано с тем, что всё новые исследования подтверждают информацию об увеличении количества новорожденных с особенностями здоровья. Согласно статистическим данным (А.А. Баранов, О.В. Князева, Е.А. Морозова, М.А.Уткузова), общая заболеваемость новорожденных составляет 42%, родовые травмы влияют на состояние около 50% детей, физиологическая незрелость составляет 74%, а неврологическая патология – до 86%. В исследованиях, литературе отмечается, что в современном поколении значительное количество детей отстает от своего паспортного возраста (Д.И. Фельдштейн, И.Ю. Троицкая, Ю.А. Разенкова): наблюдается более позднее появление речи, не в полной мере овладение игровой деятельностью, низкий уровень психологической готовности к дошкольному, а затем и к школьному обучению (Е.П. Фуреева, Е.А. Стребелева) [3].

Академик А.А.Баранов в аналитической статье «Состояние здоровья детей в Российской Федерации» отмечает, что на протяжении последних лет ежегодно 35-37% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности; не менее 9-10% младенцев рождаются недоношенными, с низкой массой тела. Увеличивается количество детей, имеющих нарушения не только моторного, но и психического, прежде всего, речевого развития [1].

Среди причин нарушений речевого развития детей можно отметить также изменившиеся условия их воспитания. Известно, что с младенчества мамино постоянное присутствие, ее тепло, грудное вскармливание, пеленание, мамин голос были одним из важнейших условий погружения ребенка в родную речь, появления у него доверия в окружающему миру, т.е. условием для нормального психо-речевого развития. В современном мире многие дети с младенчества слышат механический голос планшета; памперс заменил овладение горшком, тем самым тормозя созревание нервной и выделительной систем; вместо игры в «ладушки» дети перебирают кнопки

смартфонов, например, смотрят мультфильмы с минимумом речи и быстрой сменой ярких картинок.

Ранний возраст (от одного до трех лет) является уникальным периодом в развитии ребенка, стратегически важным для последующего развития. Именно в этом возрасте закладывается от 40 до 60% информации об окружающем мире, происходит основная закладка высших психических функций. Именно в этот период должны быть созданы оптимальные условия для развития ребенка. Новообразования раннего возраста складываются как кирпичики в пирамиду, они являются основой для новых образований, стимулируют развитие функций, активно взаимодействуют между собой. Вершиной сложившихся психических функций является речь [2].

Многочисленные исследования (Е.Л. Гончарова, И.А. Лазарев, С.Б. Лазуренко, М. Guralnik, R.B. Darling, J. Darling и др.) подтверждают, что раннее начало медико-психолого-педагогической помощи детям приводит к принципиально иным результатам, в сравнении с теми, которые достигаются при традиционном возрасте начала коррекционной работы.

Именно поэтому актуальным направлением становится оказание ранней помощи не только в медицинских учреждениях, но и в других организациях, оказывающих помощь детям (О.Г. Приходько, С.Ю. Шерстобитова) [8]. Одним из важнейших векторов работы в этом направлении стало развитие системы оказания превентивной логопедической помощи, позволяющее минимизировать или устранить воздействие неблагоприятных эндогенных и экзогенных факторов на развитие речи. Важность этого направления обусловлена тем, что речь ребенка является одним из первых критериев, свидетельствующих о проблемах и задержках в развитии (А.В. Запорожец, А.Р. Лурия, Г.А. Мишина, Ж. Пиаже, С.Л. Рубинштейн, В. Штерн).

Наше учреждение, ГБДОУ детский сад «Кудесница» Петроградского района Санкт-Петербурга, имеет уже столетнюю историю оказания помощи детям с нарушениями слуха и речи, а также десятилетие работы подразделения для детей с нарушением речи раннего возраста. Дети попадают в наше подразделение, пройдя психолого-медико-педагогическую комиссию, с заключением «задержка речевого развития».

Понятие «задержка речевого развития» – это констатация речевого неблагополучия, которое может иметь различные причины и прогноз: отсутствие или задержка речи может быть при речевых синдромах, сенсорной недостаточности, (снижении слуха, зрения), интеллектуальном снижении, темповой задержке, педагогической запущенности и т.п.

В возрасте до трех лет патологический комплекс еще не сформировался, не ясен патологический механизм дефектного развития. Благодаря пластичности нервной системы ребенка еще есть шанс для благополучного развития [4, 5].

Условно мы можем выделить следующие подгруппы детей с признаками речевого дизонтогенеза [7].

1 подгруппа – это дети при норме слуха с редкими скудными звуко-комплексами, которые используют неречевые звуки в виде вокализаций, эмоциональных восклицаний, криков, возгласов. Понимание обращенной речи развивается замедленно: дети понимают небольшое количество слов с опорой на конкретную бытовую ситуацию. Понимание слов требует многократного повторения, слухо-речевая память формируется с трудом. Часто у них отмечается расторможенность, что проявляется в виде эмоционально-двигательного возбуждения выраженной степени. Игровая деятельность развивается замедленно: ребенок проявляет интерес к игрушкам поверхностно, выполняет примитивные манипуляции.

2 подгруппа наиболее многочисленная – эти дети владеют малым количеством слов простой слоговой структуры типа «мама-папа», могут повторить общепринятые слова за взрослым, но слухо-речевая память формируется замедленно, требует многократного повторения; речевая продукция в основном в виде лепета. Лепет бывает эмоциональный, выразительный, часто сопровождается жестами. Малыш обижается, когда его не понимают. Понимание обращенной речи развивается активнее – малыш окликается на свое имя, понимает бытовую фразу типа «вымой руки, пойдем обедать», знает названия частей лица, тела, знает названия игрушек, простых картинок, но не любит слушать сказки, книжки. Дети часто избирательны к игрушкам, к одежде, к еде, возможны игры с простым сюжетом. При этом такие дети эмоционально возбудимы, наблюдаются частые истерики «на ровном месте».

3 подгруппа – эта группа детей, у которых речь в виде протофразы, т.е. ребенок говорит на своем языке, непонятном для окружающих. Он активно общается со взрослыми, но звукопроизношение грубо нарушено, в речи полиморфные нарушения звуков не только по физиологическому возрасту. Ребенок воспроизводит слоговые структуры из 2-3 слогов, не воспроизводит окончаний слов, слова употребляет без падежных окончаний в начальной форме. Речь малыша мало понятна для окружающих, хотя родители догадываются, о чем малыш говорит, так как высказывания чаще соответствуют простой ситуации. Эти нарушения в звуко-слоговой структуре носят постоянный характер: ребенок дефектно воспроизводит и первые слова, и новые. Малыш не слышит своих ошибок, не слышит собственную речь и речь окружения.

Родители в этом случае просят логопеда поставить быстрее звуки, не учитывая, что звук – это не только артикуляция, которая развивается от простого к сложному, но и фонематическое восприятие звуков. Показателем речевого развития является развитие фразовой речи. В целом игровая, познавательная деятельность этих детей без грубых нарушений, соответствует возрастной норме.

Независимо от происхождения этих нарушений речевого развития, логопеду следует контролировать развитие таких детей, направлять на консультацию к медицинским работникам, объяснять родителям, что не следует уповать на возраст трехлетия, поскольку в три года перед ребенком будут уже другие задачи, для решения которых необходимо базовое речевое развитие – начало формирования лексики и фразы. Ранняя помощь с учетом возможностей детской нервной системы при совместных усилиях медиков и педагогов облегчает патологический процесс в будущем и является залогом успешной коррекции.

Традиционная логопедическая работа – это анализ уже сложившегося дефектного комплекса. Необходимо провести анализ всей системы речевой деятельности, определить первичные и вторичные нарушения. Хорошо известны направления и приемы логопедической работы с детьми старшего возраста с тяжелыми нарушениями речи, где речевое недоразвитие уже сложилось, поэтому идет работа над постановкой звуков, фонематическим восприятием и анализом звуков, работа над лексикой, грамматическими категориями, связной речью.

Работа с детьми в раннем возрасте имеет много особенностей, как в диагностике, так и в коррекционной работе. У всех на слуху выражение «запуск речи»: чаще всего речь идет об отдельных приемах, которые дают быстрый результат. На своем опыте мы можем утверждать, что работа с неговорящими детьми раннего возраста – это длительная методическая кропотливая работа, требующая постоянного детального внимательного подхода для стимуляции речевой деятельности.

Особенностью групп раннего возраста для детей с нарушениями речи является пролонгированный диагностический этап. В зависимости от полученного результата выстраивается дальнейший, наиболее актуальный и эффективный коррекционный маршрут ребенка с определением необходимого типа учреждения. В дополнение к традиционной диагностике в нашем учреждении используется схема первичной диагностики ребенка с задержкой речевого развития, в которой мы оцениваем следующие параметры.

1) Способ передвижения. У ребенка раннего возраста активно развивается схема тела, формируется центр тела, точка опоры стопы, ребенок учится

ходить вертикально в большом пространстве (локомоторные функции), формируется механизм гравитационной уверенности. Дети неловкие, часто оступаются, ударяются, им легче бежать, нежели спокойно стоять, идти, т.к. в беге легче удержать равновесие, однако бег неритмичный, дети быстро устают. Основная группа детей, попадающих в наше учреждение, изначально ходят с поддержкой за руку. В этой ситуации надо разобраться, понять – ребенок не хочет или не может ходить. Если не хочет – необходимо научить, а если не может – важно обратиться за помощью к медикам.

2) Мелкая моторика. Известный исследователь детской речи М.М. Кольцова указывает, что движения пальцев рук в ходе развития человека оказались тесно связаны с речевой функцией; есть все основания рассматривать кисть руки как орган речи – такой же, как артикуляционный аппарат. Ручная моторика развивается поэтапно – от хватательного рефлекса до тонких движений руки, удерживающей ручку: к двум годам формируется «кинжальный» захват, уже должен быть «пинцетный» и «щипковый» захваты. Если соблюдена последовательность в развитии мышц руки, то не будет трудностей в графомоторике, в овладении бытовыми навыками [5]. У детей с задержкой речевого развития ведущая рука еще не сформировалась. Захват ложки, карандаша не сформирован, часто отмечается отсутствие отведения большого пальца – ребенок зажимает палец в кулак. Мышцы кистей работают замедленно, пальцы у детей в кругообразном положении, а не в параллели, как должно быть в норме. Такой предварительный анализ навыков очень важен для подбора материала по мелкой моторике на занятии.

3) Оценка характера действия с предметами. Младенческая реакция любопытства, любознательности переходит к трем годам в устойчивый познавательный интерес. В норме ребенок с удовольствием манипулирует новыми игрушками, выполняет разнообразные действия. Однако есть дети, которые замедленно овладевают предметными манипуляциями: они долго выполняют однотипные действия, их трудно переключить. Такие дети нуждаются в постоянной поддержке.

4) Сенсорное развитие.

В норме зрительное внимание в этом возрасте неустойчивое, поверхностное. Чтобы помочь ребенку сконцентрировать взгляд на предмете, он должен быть расположен на уровне глаз на расстоянии 1 м.

Основная группа детей с задержкой речевого развития имеет нормальное развитие слуха, однако, слуховое восприятие, как на речевые, так и на бытовые звуки, у таких детей снижено: дети слабо выделяют источник звука, многие не дифференцируют бытовые шумы, не все откликаются на имя, в

период адаптации у многих детей отмечаются реакции типа гиперактузии, выражена утомляемость слухового анализатора.

В раннем возрасте дети, как правило, любят тактильные прикосновения, поглаживания. В период адаптации, когда ребенку тревожно в новой обстановке, именно тактильный контакт помогает снять у ребенка мышечное напряжение, скованность. Но отмечаются дети, которые не любят, когда к ним прикасаются: новые мышечные ощущения их пугают, им требуется длительное привыкание. В то же время тактильные ощущения необходимы для стимуляции артикуляционного праксиса, поэтому используются специальные упражнения на касание лица руками для формирования тактильно-мышечных ощущений.

5) Импрессивная речь. В самом начале работы с ребенком необходимо определить, есть ли у него реакция на имя, выполняет ли ребенок действия по слову, знает ли названия игрушек и бытовых предметов (это уже хороший показатель развития пассивной речи). Если у ребенка сформировалась ориентировочная реакция на звук и нет четкой реакции на имя или на простые вопросы «где мама?», то эти дети требуют более тщательной дифференциальной диагностики.

6) Экспрессивная речь. Среди поступающих в наше подразделение детей есть несколько категорий. Во-первых, это дети, у которых нет речи и речевого подражания, со слов мамы лепет редкий, однообразный; эти дети требуют к себе постоянного внимания. Во-вторых, группа детей, способных к интонационной окрашенной лепетной речи и во время манипуляций с предметом, и во время обращения к взрослому; это основная группа наших детей. Третья группа – дети, у которых сформировалось до 10 слов простой слоговой структуры, звукоподражаний, и с года словарь не увеличивается, не сформировался так называемый «словесный взрыв».

7) Особенности контакта. В первую очередь мы обращаем внимание на то, устанавливает и поддерживает ли ребенок контакт, смотрит ли в глаза взрослого. Особого внимания требует ребенок, не устанавливающий зрительный контакт и не реагирующий на незнакомого взрослого как на «чужого».

8) Эмоциональная сфера в период адаптации. Необходимо отслеживать эмоциональную ситуативную сферу ребенка. Основная группа детей с задержкой речевого развития раннего возраста адаптируются 2-3 месяца. Дети могут плакать в первое время, но могут включить познавательный интерес, заинтересоваться сверстниками, взрослыми, включиться в игровую ситуацию. В период с двух до трех лет коммуникативная деятельность переходит на стадию эмоционально-ситуативного сотрудничества: если сложится

общая коммуникация, на ее базе сложится речь, т.к. речь – это общение (М.И. Лисина). Если ребенок не может адаптироваться свыше 6 месяцев и проявляет «патологическую» фиксацию на негативе, то этому ребенку мы можем помочь только совместно с медиками.

В первую очередь, в работе необходимо установить эмоциональный контакт. В этом возрасте все дети неусидчивые, гиперактивные, импульсивные, расторможенные, легко переходят от плача к смеху и наоборот. Малыш не воспринимает и не понимает отрицательную частицу «не» (не делай, не ходи). Нестабильность психических функций объясняется несбалансированным физиологическим процессом: возбуждение преобладает над торможением. Поэтому на занятиях необходимо сразу заинтересовать ребенка игрушкой, экспрессией, эмоциональным восклицанием, мимикой. Дети эмоционально открыты, доверчивы и в общение вступают без затруднений. Последовательность педагогических действий следующая: эмоциональный контакт, общий контакт, речевой контакт. Положительные эмоции – гарантия успешного занятия.

Также необходимо обязательно опираться на подражательную деятельность, поскольку дети овладевают окружающим миром через подражание: одиночные движения, ряд движений доступны ребенку. Двигательные упражнения необходимо сочетать с речевыми знаками: звуки, слоги, простые фразы; на занятиях необходимо сочетать эмоции, движение, речь. Такой комплекс ребенок запоминает с удовольствием.

Интерес сопровождается произвольным вниманием. Неустойчивое, поверхностное внимание малышей необходимо удержать и перевести его в более длительную реакцию. И вновь эмоции, простые движения, ритмичный текст позволяют добиться устойчивого произвольного внимания.

Речь с движением направлена на развитие следующих компонентов:

- *слухоречевое внимание;*
- *тренировка темпа, ритма, выразительности речи;*
- *сочетание речи с движением;*
- *развитие речевого дыхания;*
- *формирование словаря;*
- *стимуляция начала словесного периода, речевой памяти;*
- *закрепление положительных эмоций;*
- *формирование произвольного внимания.*

Обязательными приемами обучения в раннем возрасте являются эмоциональное наполнение занятий, формирование активной речевой подражательной деятельности, стимуляция подражательной деятельности по всем анализаторам, развитие понимания обращенной речи с опорой на простую ситуацию, на простые тексты, стимуляция двигательной активности в сочетании с речевым сопровождением, активизации познавательной деятельности.

Благодаря такой комплексной работе, попадая в логопедическую группу для детей раннего возраста с нарушениями речи, дети из группы риска получают возможность достичь того уровня развития, который недостижим при более позднем начале обучения.

Однако, несмотря на успешные результаты, есть еще много задач, которые требуется решить в данном направлении работы. Важным этапом нашей многолетней работы является создание системы помощи детям раннего возраста с проблемами в развитии в условиях образовательных организациях, основанной на межведомственном взаимодействии с организациями здравоохранения для оказания комплексной всесторонней помощи ребенку и семье.

Литература:

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // [Электронный ресурс]<https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-zdorovya-detey-v-rossiyskoj-federatsii/viewer>, 2012
2. Белогай К.Н., Сони́на Н.А. Речевое развитие ребенка в период раннего детства и его взаимосвязь с различными факторами // Современные проблемы психологии личности: теория и практика. [Электронный ресурс] https://psyjournals.ru/bozhovich/issue/30148_full.shtml
3. Информационно-методические материалы по ранней помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья / Составитель Ю.А. Разенкова. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО », 2016
4. Климченко О. Г. Влияние моторного развития на речь ребенка в раннем и дошкольном возрасте // Молодой ученый. 2021. № 11.1 (353.1). С. 68-70
5. Ньюкиктьен Ч. Детская поведенческая неврология. – М.: Теревинф, 2018
6. Саскинд Д. Тридцать миллионов слов. Развиваем мозг малыша, просто беседуя с ним. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018

7. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис, 2007

Шерстобитова С.Ю. Комплексное сопровождение детей 2–4 лет с речевыми нарушениями: диагностика, планирование, рекомендации, конспекты занятий, лингвистический материал. – Волгоград: Учитель, 2009

ЗНАЧЕНИЕ ЙОГИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОЙ ТЕАТРАЛЬНОЙ СТУДИИ

Абросимова А. Е., Андреева Н. П.

РГПУ имени А. И. Герцена, Санкт-Петербург
nat-saa@mail.ru

По данным ВОЗ, все большее количество детей и подростков в настоящее время снижает свою двигательную активность, приобретая расстройства опорно-двигательного аппарата. Как следствие, педагоги и медики отмечают снижение показателей здоровья и качества жизни у детей и подростков России. Эта проблема наблюдается и у воспитанников детских театральных студий. Поэтому кафедра театрального искусства РГПУ им. А.И. Герцена, студенты и педагоги, а также руководители учебных практик провели включенный педагогический эксперимент по разработке и внедрению в практику обучающих программ детских театральных студий фрагмент, связанный с повышением жизнестойкости воспитанников, с укреплением их физического здоровья. Необходимо заметить, что во время поиска информации об опыте использования здоровьесберегающих технологий в работе детских театральных студий на территории Российской Федерации, необходимых материалов обнаружено не было. С аналогичной ситуацией мы столкнулись и во время поиска методической литературы и источников, регламентирующих по данному критерию занятия по сценическому движению в детской и подростковой среде. Однако, о необходимости таких занятий говорил еще К. С. Станиславский, создавая систему воспитания актера [1] и заботясь о развитии физического аппарата участников студий.

Современные педагоги и родители все большее внимание обращают на физическое развитие, повышение двигательной культуры детей и подростков. «Движение есть жизнь, уменьшение же подвижности означает снижение жизненных процессов», – писал в начале прошлого века В.В. Горшневский [2]. Огромное значение физическому воспитанию отводил и П.Ф. Лесгафт. В современном образовании РФ приняты и действуют программы

физического развития согласно ФГОС в средней и высшей школе, в дополнительном образовании и в системе развития физкультуры и спорта. В ходе данного исследования нами была сделана попытка соединения физического развития детей и подростков с развитием психоэмоциональным. Мы стремились продуцировать синергетический эффект развития физического развития и эмоционально-волевой сферы. Мы исходили из того, что занятия в театральной студии наиболее благоприятны, так как в программе обучения включено сценическое движение, пластика, режиссура – пантомима и хореография, иногда даже программы дополняются сценическим фехтованием и акробатикой.

Система подготовки воспитанника театральной студии строится следующим образом. Пластическое развитие участников является базовой компонентой обучения театральным дисциплинам и представляет собой 1-ый этап физических занятий. На 2-ом этапе полученные знания и приобретенные умения применяются и на других занятиях и на репетициях спектаклей. Физическое развитие участников становится условием создания пластического рисунка роли, использования различных движущих элементов, присущих тому или иному художественному образу. В свою очередь уровень развития актерского мастерства, чувство эмпатии, умение погружаться в предлагаемые обстоятельства солидаризируются с пластическим развитием участников студии и в общем сплав дополняют развитие творческих способностей.

На первый план в обучении сценическому движению детей и подростков выходит задача по формированию устойчивой эмоциональной сферы, телесной координации, музыкальности, артистичности. Стало ясным, что элементы йоги, обеспечивающей способность к внутренней центрации, регуляции различных систем организма могут быть востребованы в программе подготовки юных актеров. Включенные в программу занятий, эти упражнения органично воздействуют на развитие двигательного аппарата, слуховой, зрительной и мышечной координации у участников театральной студии. В ходе апробации программы отмечалось также улучшение показателей общего самочувствия и эмоционального тонуса детей, минимизировались проблемы психического и психологического характера. Методическим подспорьем в разработке программ сценического движения с элементами йоги стали издания О.В. Ильинской, О.Б. Казак, Т.А. Ивановой, А. Эллсуорт [3, 4, 6]. Как отмечалось выше, потенциал методической литературы по данной теме пока не велик, поэтому о данных исследованиях можно говорить, опираясь только на эмпирические данные. Однако в списке источников написания данной обучающей программы не могут не быть использованы уже

апробированные результаты деятельности в данном направлении различных структур системы дополнительного образования.

В списке литературы программы также представлены методические работы в области развития пластики и сценического движения у актеров под авторством: В.А. Занкиной, Б.Г. Голубовского, Т.А. Григорьянц, Н.Г. Морозовой, Н.В. Карпова, С.Д. Черкасского. Основу данных исследований заложили К. С. Станиславский, Н.В. Демидов, М.А. Чехов и последователи Станиславского разных лет.

Программа учебного предмета «Сценическое движение с элементами йоги» – тренировочная дисциплина, позволяющая открыть и развить не только двигательные способности у участников, но и научить тело реактивности, выносливости, пластичности и выразительности. Развитые двигательные способности становятся базой для повышения рейтинга в группе сверстников, оказывают большое влияние на развитие эмоциональной культуры детей и подростков.

Задачи программы для подростков авторы видят следующими. В воспитании:

1. *Способствовать воспитанию личности, способной к активной жизненной позиции и к творчеству.*
2. *Создавать условия для повышения общей культуры участников студии;*
3. *Готовой к коллективному взаимодействию и сотрудничеству;*
4. *Обладающей потребностью в самовыражении, самосовершенствовании.*

В развитии:

1. *Способствовать раскрепощению физического и духовного потенциала ребенка, совершенствованию физических навыков и умения владения своим телом;*
2. *Расширять физические возможности собственного тела, развивать умение сосредотачиваться и расслабляться; возможности самоконтроля и сдерживания;*
3. *Активизировать творческие способности ребенка.*

Для педагогов – это приобретение опыта создания индивидуального трафика подготовки будущего актера, определение комплекса упражнений, необходимых для работы над пластическим выражением художественного

образа, освоение критериев и методов контроля за динамикой воспитанника.

Прогнозируя результативность программы, среди ожидаемых результатов на первый план мы выносим навыки, которые смогут помочь адаптироваться и социализироваться ребенку в условиях современной жизни, и в первую очередь, в умении правильно двигаться, быть органичным, и через тело выражать свою эмоцию и мысль.

Подобные занятия, обогащенные такими сложными задачами, продуктивно воздействуют на творческое начало ребенка, работают с сознанием и подсознанием, высвобождая энергию для вдохновенного созидательного актерского труда. Именно это качество определял Станиславский, говоря о нахождении ответа «на вопрос, который еще в 1906 году так мучил его при осознании невозможности для актера определить средства выражения от реальности своего физического тела. Йоги описывают вдохновенное состояние сознания, когда ученик прозревает истину, что сознание не только существует отдельно от материального тела, но и переживает его» [5, с. 91]. Более того, ситуацию преодоления различных физических и психических барьеров Станиславский определяет так: «Когда актер попадает в состояние «Я есмь» тогда душевный и физический аппарат артиста работает на сцене нормально, по всем законам человеческой природы, совершенно так же как в жизни, невзирая на ненормальные условия публичного творчества» [5, с. 91] (цитируется по полному собранию сочинений К.С. Станиславского: в 9 т. Т. 2. С. 439).

Отметим, что еще в исследовании С.Д. Черкасского содержится сравнение положений системы Станиславского с книгами йога Рамачараки. В послесловии к изданию говорится: «Выявлены и детально проанализированы элементы Системы, имеющие связь с учением йоги, - освобождение мышц, общение, лучеиспускание и лучевосприятие, излучение праны, внимание, видения. Особое внимание уделено структуре бессознательной деятельности человека, включая его сверхсознание.

Результаты работы выходят за рамки проблем театральной педагогики и могут прояснить фундаментальные проблемы развития человека во многих сферах творческой деятельности, равно как и важнейшие вопросы современных психофизических практик общего самосовершенствования человека» [5].

«Сила воздействия на зрителя заложена в умении раскрепостить весь свой организм», – сказал Станиславский [5, с. 91]. Именно этой заповеди и отвечает предложенная программа.

Литература:

1. Станиславский, К. С. Работа актера над собой. – М.: Искусство, 1985. – 373 с.
2. Горшневский, В. В. Культура тела. Двигательные средства физической культуры. М.: Наркомздрав. 1927. 321 с. С илл.
3. Иванова Т.А. Йога для детей. Парциальная программа кружковой работы для детей дошкольного возраста. ФГОС. – СПб.: Детство-Пресс, 2015. - 192 с.
4. Ильинская, О. В., Казак О. Б. Детская йога. – М.: Эксмо, 2011. – 208 с.
5. Черкасский, С. Д. Станиславский и йога. Изд-во РГИСИ. СПб. 2018. 110 с.
6. Элсуорт А. Наглядная йога. 50 базовых асан с анатомическими иллюстрациями. – М.: Эксмо, 2020. - 160 с.

О ВОЗМОЖНОМ ПРОЕКТЕ «ЗДОРОВАЯ ШКОЛА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ, МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ»

Алексеев С. В.

Институт общего образования СПб АППО

alekseev_sv2004@mail.ru

В 2022 году Форум педиатров проходит уже в 14 раз, и ежегодно идея «здоровье человека: глазами педагога и врача» реализовывалась в формате проблемных дискуссий и семинаров по актуальным проблем современного мира и образования. В разные годы среди векторов проблемных дискуссий были : здоровье человека и окружающая среда; качество образовательной среды и качество образования ; цифровая трансформация образования, безопасность и здоровье человека и др. В настоящее время нами разработан и предлагается к реализации пилотный междисциплинарный проект «Здоровая школа как междисциплинарный результат педагогики, психологии, медицины и экологии».

Педагогический вектор проекта ориентируется на исследование и поиск технологий, методик формирования социального здоровья, здорового образа жизни (ЗОЖ), «полезных привычек».

Психологический вектор нацелен на формирование психического здоровья, стрессоустойчивости в современном ВУКА (БАНИ)-мире, ЗОЖ. Несколько лет тому назад ученые усиленно пытались выработать стратегические документы развития образования в ВУКА-мире (ВУКА- образование), в котором ключевыми эффектами являются нестабильность, неопределенность, сложность и неоднозначность. Сегодня мы уже говорим о трансформации ВУКА-мира в БАНИ-мир. В статье Facing the Age of Chaos («Встреча с эпохой хаоса», 2020г.) профессор Калифорнийского университета Жаме Кассио (Jamais Cascio) предложил термин – БАНИ –мир. Представляется перспективным проектирование концепции БАНИ-образования, в котором эффекты хрупкости, беспокойства, нелинейности, непостижимости будут доминировать. Несомненно, и образование в этом хрупком, беспокойном, нелинейном и непостижимом мире должно ориентироваться на гуманистическую парадигму образования и гуманитарные механизмы ее реализации. Хотелось бы предложить еще одну модель будущего, условно обозначенную как «6+1». Модель «6 + 1» представляет собой целостное единство шести ключевых принципов (гуманитарности, экологичности, наукообразности, культуросообразности, неопределенности и технологичности) и системообразующего вектора – вектора безопасности, пронизывающего все обозначенные принципы.

Медицинский вектор предполагает ориентацию на физиологию человека, профилактику болезней, ЗОЖ, первую помощь себе и другим.

Экологический вектор учитывает состояние окружающей среды, качество используемых продуктов и пропаганда экологической продукции, здоровье среды, ЗОЖ.

Единство всех векторов – формирование, а скорее, воспитание здорового образа жизни, культуры устойчивого развития- нового понятия , учитывающего все рассмотренные аспекты.

Несколько слов о проблеме здоровья населения Санкт-Петербурга в целом и результатах реализации педагогического, психологического, медицинского и экологического аспектов в системе образования. В 2018 году в Санкт-Петербурге было проведено социально- педагогическое исследование отношения различных категорий населения города (школьники, студенты, взрослые) к реализации 17 Целям устойчивого развития, выдвинутых в 2015 году ООН. Наиболее востребованными (с точки зрения жителей Санкт-Петербурга) целей устойчивого развития оказались цели №3- «Хорошее здоровье и благополучие всех людей», №6 «Чистая вода и санитария», №4 «Качественное образование», и №1 «Ликвидация нищеты».

Педагогический аспект обращения образования к проблеме здоровья обучающихся имел всплеск в работах валеологической направленности (В.В.Колбанов, Л.Г.Татарникова, Л.В.Макарова, З.И. Тюмасова, М.Г.Колесникова и др.); в настоящее время – это исследования в области воспитания культуры здоровья, ЗОЖ (С.В.Алексеев, Ф.Ф.Харисов, Л.Г.Буйнов и др.). В Санкт-Петербурге разработана Концепция здоровьесозидающего образования и реализуется городская программа «Здоровье в школе». Во всех образовательных организациях города функционируют службы здоровья, направленные на оздоровление образовательной среды и формированию культуры здоровья, ЗОЖ обучающихся. Создан научно-методический комплекс по здоровьесбережению в образовании [2, 3, 6]. Ежегодно проходят всероссийские конференции «На пути к безопасной, экологической и здоровой школе», семинары, панельные дискуссии, вебинары, разрабатываются видеуроки и видеолекции по пропаганде ЗОЖ. Организуются конкурсы «Школа здоровья» и «Учитель здоровья»; педагогики Санкт-Петербурга регулярно становятся лауреатами и победителями всероссийского конкурса «Учитель здоровья». Это учителя:

- Батурина О.А., учитель ИЗО ГБОУ Гимназия № 171 Центрального района – лауреат (г. Ижевск, 2012 г.);
- Печникова В.С., учитель истории ГБОУ Лицей № 179 Калининского района - абсолютный победитель (г. Ульяновск, 2013 г.);
- Шушаков М.А., учитель обществознания ГБОУ Лицей № 179 Калининского района - абсолютный победитель (г. Саратов, 2015 г.);
- Петруль А.Н., учитель английского языка ГБОУ Вторая Санкт-Петербургская гимназия - лауреат (г. Ростов-на-Дону, 2016 г.);
- Шеверева Ю.Н., учитель английского языка ГБОУ средняя школа №235 им. Д.Д. Шостаковича Адмиралтейского района – лауреат (г. Воронеж, 2017 г.);
- Ефимов С.В., учитель английского языка ГБОУ средняя школа №129 Красногвардейского района – абсолютный победитель (г. Томск, 2018 г.);
- Максименко К.Н., тьютор, педагог-психолог ГБОУ школы №231 Адмиралтейского района – лауреат (г. Челябинск, 2019 г.);
- Семенов И.С., учитель китайского языка, истории и обществознания ГБОУ СОШ №619 Калининского района – лауреат (Санкт-Петербург-Сыктывкар, 2020 г.);

- Никитин П.В., учитель музыки ГБОУ средняя школа №235 с углубленным изучением отдельных предметов им. Д.Д. Шостаковича Адмиралтейского района – абсолютный победитель (Санкт-Петербург-Сыктывкар, 2021 г.).

Интересно отметить, что все они являются учителями гуманитарного цикла (ИЗО, история, обществознание, иностранные языки, музыка, психология). Можно предположить, что здоровьесберегающие и здоровьесозидающие образовательные технологии это гуманитарные технологии- технологии человекоцентрированные. Жаль, что среди победителей всероссийского конкурса «Учитель здоровья» пока нет учителей естественнонаучных дисциплин (например, биологов!) , учителей физической культуры, педагогов-организаторов ОБЖ.

Психологический аспект представлен в работах по исследованию безопасности образовательной среды (И.А.Баева [1] , С.В.Тарасов и др.), психологии устойчивого развития (В.И.Панов, Д.С.Ермаков и др.), изучению проблемы благополучия человека (О.А.Елисеева , Р.М.Шамионов и др.) и др. Цели устойчивого развития напрямую или опосредованно связаны с благополучием человека, в том числе детей и подростков. Субъективные и объективные оценки благополучия детей рассматриваются как основания для разработки интегральных показателей. Если объективные оценки в большей степени представлены в статистических материалах по социально- экономическому развитию страны, то оценки субъективного благополучия в основном присутствуют в результатах научных исследований. Под субъективным благополучием, Р.М. Шамионов рассматривает эмоционально-оценочное отношение человека к своей жизни, своей личности, взаимоотношениям с другими и процессам, имеющим важное значение с точки зрения усвоенных нормативно-ценностных и смысловых представлений о «благополучной» внешней и внутренней среде, выражающейся в удовлетворенности ею, ощущении счастья [4]. Влияние цифровизации на благополучие детей и подростков представлено в работе [5], а именно :

- Воспроизводство и усиление социального неравенства вследствие цифрового неравенства – один из вероятных механизмов влияния цифровизации на благополучие детей.

- Влияние цифровых технологий на благополучие детей нелинейно.

- Влияние цифровых технологий на благополучие детей неоднородно.

- Вместо запретительных мер необходимо развитие «цифровой резильентности»: помощь семьи и педагогов в том, чтобы дети безопасно осваивались в цифровом пространстве, были осведомлены о потенциальных

рисках и способах совладания с ними, о защите персональной информации и т.д.

– Цифровые технологии и цифровые следы открывают уникальные возможности для мониторинга благополучия детей, которые пока также почти не используются.

Медицинский аспект представлен на конференции «На пути к безопасной, здоровой и экологической школе» в рамках XII международного петербургского образовательного форума в материалах Е.М.Булатовой; первичная заболеваемость подростков (15-17 лет) за 1991-2019гг. выросла в 2,4 раза; к сожалению по этим данным нельзя констатировать серьезных позитивных изменений в области здоровья подрастающего поколения ; цифры скорее говорят об обратной тенденции.

Экологический аспект в образовании можно определить в рамках отчета Комитета по природопользованию, охране окружающей среды и обеспечению экологической безопасности в 2020 году <http://www.infoeco.ru/index.php?id=48> .В рамках реализации Концепции непрерывного экологического просвещения на территории Санкт-Петербурга, направленной на формирование экологической культуры

и организацию системной, систематической работы по экологическому просвещению со всеми группами населения Санкт-Петербурга, проводятся эколого-просветительские мероприятия. В течение года на всех информационных ресурсах Комитета (Экологический портал, группа «ВКонтакте», «Инстаграм») проводилось регулярное размещение новостных сообщений и обновление материалов, направленных на пропаганду экологических знаний. Создано пять анимированных роликов, посвященных различным аспектам охраны окружающей среды. Все материалы доступны на Экологическом портале Санкт-Петербурга infoeco.ru, а также в социальных сетях - https://vk.com/videos-183309263?section=album_1. Во всех экологических мероприятиях непосредственно или опосредованное рассматривались проблемы влияния качества окружающей среды на здоровье человека.

Подводя итоги, следует обозначить следующее:

– *несмотря на большую работу в рамках указанных направлений окончательные результаты (по показателям здоровья подрастающего поколения!) нельзя назвать положительными;*

– *межведомственное взаимодействие между структурами, ответственными за представленные направления, трудно определить как позитивное и эффективное;*

– предлагается межведомственный (междисциплинарный) проект «Здоровая школа как междисциплинарный результат педагогики, психологии, медицины и экологии», дорожная карта реализации которого требует конкретизации и согласования;

– в преддверии следующего 2023 года- Года педагога и наставника представляется целесообразным усиление деятельности комплексных межведомственных советов по здоровьесозиданию, междисциплинарных клубов наставников и молодежных групп волонтеров.

Литература:

1. Баева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды (теоретические основы и технологии создания) : дисс. ...д-ра психол.наук; 19.00.07, Санкт-Петербург. 2002.386с.

2. Безопасная школа: настольная книга для руководителей и преподавателей образовательных учреждений / С.В. Алексеев и др.; под общей редакцией С.В.Алексеева, Т.В. Мельниковой. СПб.: СПбАППО, 2013. 280с .

3. Здоровая школа: настольная книга для руководителей и педагогов / под редакцией С.В.Алексеева ,СПб.: СПб АППО. 2011.

4. Шамионов Р. М. Субъективное благополучие личности как субъекта социального бытия // Известия Саратовского ун-та. Н. С. Сер.: Философия. Психология. Педагогика. 2014. Т. 14, № 1. С. 80–86.

5. Благополучие детей в цифровую эпоху [Текст] : докл. к XX Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 9–12 апр. 2019 г. / А. А. Бочавер, С. В. Докука, М. А. Новикова и др. ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М. : Изд. дом Высшей школы экономики. 2019. 34 с.

6. На пути к здоровой, безопасной и экологической школе : сборник материалов всеросс.конф. /под редакцией Е.В.Кот, Г.А.Костецкой, М.Г.Колесниковой. СПб.: СПб АППО .2022.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Алиев А. Л., Абдуллаев Д. Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Андижанский государственный медицинский институт.

a.doniyor1989@gmail.com

Цель. Повышение иммунитета при рецидивирующих заболеваниях респираторного тракта у часто болеющих детей (ЧБД).

Материалы и методы. Исследовано 42 ЧБД (3-10 лет) с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), получавших иммунокорректирующую терапию циклофероном. Исследовали температуру, респираторно-катаральные симптомы (РКС), симптомы интоксикации (СИ) (вялость, сонливость, потеря аппетита, быстрая утомляемость, головные боли) в динамике. Циклоферон применялся парентеральной в зависимости от возраста и массы тела (6-10 мг/кг), курсами по базовой схеме.

Результаты. Проведение одного курса циклоферона у ЧБД в период ремиссии выявило снижение температуры до субфебрилитета с отсутствием лихорадочного состояния. Особого улучшения аппетита, физической и психической нормализации не определялось, однако, степень их проявлений значительно улучшилось. В данный период выявлено уменьшение СИ и РКС. Данная методика позволила в достаточной степени уменьшить проявление ОРЗ, со снижением температуры до контрольных, исключить СИ, повысить адаптационные механизмы. В разгар заболевания наблюдалась тенденция к уменьшению содержания иммуноглобулинов всех 3-х классов: IgG до $8,046 \pm 0,218$ при норме $8,2571 \pm 0,393$ г/л и до $9,1853 \pm 0,4034$ при норме $9,3625 \pm 0,4646$. IgA – до $0,6962 \pm 0,0537$ при норме $0,7133 \pm 0,0477$ и до $0,8023 \pm 0,0485$ при норме $0,8362 \pm 0,0395$ г/л. IgM – до при норме $0,0645 \pm 0,403$ и до $0,8876 \pm 0,491$ при норме $0,9143 \pm 0,0468$ г/л.

Выводы. Включение циклоферона в комплексную терапию ЧБД в разгаре ОРЗ сопровождалось отчетливой клинической эффективностью как средство неспецифической профилактики и повышения иммунобиологической резистентности организма.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Алиев А. Л., Камалов З. С., Абдуллаев Д. Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Институт иммунологии и генома человека АН РУз
Андижанский Государственный Медицинский Институт
a.doniyor1989@gmail.com

Целью данного исследования является анализ клинико-иммунологических особенности течения тяжелых пневмоний у детей раннего возраста на фоне острого герпетического стоматита (ОГС).

Материал и методы обследованы 120 детей, из них 50 детей с тяжелой пневмонией на фоне ОГС, в возрасте от 6-ти месяцев до 3 х лет, получавших лечение в стационаре. Контрольную группу составляли 20 практически здоровых детей. Иммунологические исследования включали определения основных параметров клеточного и гуморального иммунитета.

Результаты. Клиническими особенностями пневмоний на фоне ОГС у детей раннего возраста является: острое начало (73,7%), высокая температура (62,2%), наличие длительного сухого кашля (75,5%), тяжелое течение с бронхообструктивным синдромом (39%) на фоне отягощенного преморбидного фона, двусторонний характер поражения легких (65,6%). В анализах крови отмечается умеренный лейкоцитоз (84%) с лимфоцитозом (89%), неэффективность лечения антибиотиками группы пенициллинов и цефалоспоринов являются отличительными особенностями.

При пневмонии на фоне ОГС у детей раннего возраста выявлены значительные изменения в системе иммунитета, проявляющиеся снижением количества CD4+ - хелперов / индукторов, CD8+ - цитотоксических лимфоцитов и иммунорегуляторного индекса CD4+ / CD8+ при увеличением уровня естественных киллеров CD16+, дисиммуноглобулинемией за счет повышения содержания IgM, а также увеличением в сыворотке крови уровня провоспалительных цитокинов TNFα (фактор некроза опухоли) в 3,2 раза, HL - 1β в 3,7 раза, соотношений TNFα / HL - 4 - в 2 раза и HL - 1β / HL4 в 3,4 раза по сравнению с типичной бактериальной пневмонией.

Выводы. Традиционное комплексное лечения не обеспечивает нормализации показателей иммунитета у больных пневмонией на фоне ОГС, и перед выпиской у них сохраняются выраженные изменения иммунологической

реактивности. Это свидетельствует о необходимости дальнейших исследований для оценки возможности применения иммуномодуляторов при терапии.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ахрарова Н. А., Маликова А. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

aminamalikova0103@icloud.com

akhrarova.nigora@mail.ru

Введение. Важную роль в нормальном развитии плода и благополучном исходе беременности играет состояние здоровья беременных. Одним из значимых факторов перинатального риска является анемия беременных женщин. Структура заболеваемости беременных практически не меняется на протяжении десятков лет. Самым распространенным клинико-гематологическим синдромом в период гестации является анемия, сегодня ее считают одной из ведущих причин осложненного течения беременности. В настоящее время доказано негативное влияние анемии у матери на плод: способствует отставанию в росте и развитии, гипоксии головного мозга с необратимыми последствиями, различным аномалиям, риску развития внутриутробной инфекции на фоне сниженной иммунной защиты и др. Особую опасность представляет тяжелая степень анемии беременных, в сочетании с другими факторами риска.

Цель работы: Оценка влияния анемии беременных на становление периода ранней адаптации новорожденных детей и их развитие при анемии матери.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением были 30 новорожденных детей, родившиеся у матерей с анемией беременных (1-группа). Контрольная группа - 15 здоровых детей от матерей без анемии (2-группа).

Результаты. Вес при рождении новорожденных в 1-группе в среднем составил $2870,6 \pm 2,19$ грамм, а у новорожденных во 2 группе составил $3282,6 \pm 3,12$ грамм, что говорит о влиянии анемии на рост и развитие плода. Частота встречаемости транзиторных состояний, признаков физиологической незрелости, а также изменений двигательной активности, сухожильных рефлексов была достоверно выше у детей, матери которых страдали анемией во время беременности. Безусловные рефлексы у новорожденных контрольной группы определялись как живые и стойкие. В то время как у 12 новорожденных 1-группы отмечались нестойкие и быстро исчезающие

рефлексы орального автоматизма. Сомнительные или отсутствие рефлексов автоматической походки, опоры, Бауэра наблюдалось у половины новорожденных.

При сравнении показателей анализа крови исследования показали, что содержание гемоглобина в крови у практически здоровых новорожденных, от матерей без анемии в основном не снижалось. Уровень гемоглобина у этой группы в среднем составил $191,5 \pm 5,8$ г/л, эритроцитов - $5,9 \pm 0,2$ млн., лейкоцитов - $14,4 \pm 0,6$ тыс., только у 2-х новорожденных (1,5%) наблюдалась анемия. У новорожденных от матерей с анемией гемоглобин в крови относительно снижен (на $19,2$ г/л) по сравнению с детьми во 2-группе – $172,3 \pm 4,7$ г/л, эритроцитов - $4,7 \pm 0,2$ млн., лейкоцитов - $15,4 \pm 0,6$ тыс. При дальнейшем наблюдении этих детей анемия легкой степени в возрасте до 12 мес диагностирована у 17-детей, что составляет 56,6 % и достоверно выше, чем в контрольной группе (12,3 %).

Наличие геморрагически-ишемических нарушений ЦНС наблюдалось у 37,6%, что в дальнейшем может привести к задержке психомоторного и речевого развития, а в контрольной группе всего у 14,3 % детей. В структуре заболеваний на первом году жизни у исследованных детей в 1-группе преобладали болезни верхних дыхательных путей, в том числе ОРИ, при этом также выявлялись аллергический дерматит, заболевания желудочно-кишечного тракта в виде дисбиоза, синдрома раздраженного кишечника.

Выводы. Таким образом, анемия беременности оказывает влияние на адаптационные возможности новорожденных в раннем неонатальном и постнатальном периодах. Снижение обеспеченности плода питательными веществами при анемии во время беременности на внутриутробном этапе в значительной степени отражается на всем дальнейшем росте, развитии, состоянии здоровья детей.

ПОДДЕРЖКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕ- НИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СЕМЬЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬ- НОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Белова² М. Б., Цыганкова¹ Н. И., Эрлих¹ О. В., Завалишина¹ Е. В.

1 - ГБУ ДПО «Академия постдипломного педагогического образования»,
Санкт-Петербург

2 - ГБДОУ № 18 Московского района, Санкт-Петербург
mgkolesnikova@gmail.com

В настоящее время существует противоречие между поставленными в стратегических документах перед педагогами дошкольных образовательных организаций задачами, ожидаемыми результатами развития детей раннего возраста, и отсутствием (ввиду новизны задачи) системного методологического, методического и технологического обеспечения, позволяющего создавать адекватные организационно-педагогические, методические и психолого-педагогические условия в семье и образовательной организации, обеспечивающие сохранение здоровья и реализацию возможностей раннего развития детей младенческого и раннего возраста. Современные родители все чаще хотят реализовать свои права, предусмотренные №273-ФЗ ст. 67 «Об образовании в Российской Федерации» в части «получения дошкольного образования в образовательных организациях по достижении детьми возраста двух месяцев». Так, согласно статистическим отчетам, в Белгородской области, Краснодарском крае, Курской области, Московской области, Ростовской области, Ханты-Мансийском автономном округе, в среднем 869 семей из 1000 хотят, чтобы их ребенок получал образование в дошкольной образовательной организации, начиная с полутора лет (и ранее). Средняя оценка потребности родителей в организации групп для детей раннего возраста в образовательных организациях показывает более 85%.

Сегодня дошкольные образовательные организации столкнулись с повышенным запросом родителей на организацию вариативных групп для детей раннего возраста, но зачастую оказались не готовыми для решения этой задачи, в том числе, к выполнению задач проектирования образовательной среды, способствующей раннему развитию ребенка раннего возраста. Острой проблемой является подготовка и переподготовка педагогических кадров для работы с детьми до трех лет. Образовательная среда ДОУ будет амплифицировать развитие детей раннего возраста, если педагоги овладеют алгоритмом ее моделирования, и смогут компетентно применять

его в конкретных условиях. Это становится возможным при соблюдении двух взаимодополняющих условий: целевые ориентиры развития детей раннего возраста носят культуросообразный, природосообразный, здоровьесберегающий характер; модель образовательной среды имеет гибкую структуру, что позволяет варьировать ее содержание с учетом особенностей группы детей в образовательной организации: «полного дня», «кратковременного пребывания», «вместе с мамой» и т.д.. В свою очередь педагогический потенциал образовательной среды определяется вектором амплификации развития каждого ребенка с учетом его индивидуальных особенностей и образовательного запроса семьи [7].

Исследование проведено в рамках опытно-экспериментальной работы ГБДОУ Детский сад № 18 Московского района Санкт-Петербурга по теме: «Совершенствование возможностей раннего развития детей в условиях дошкольного образования».

Цель исследования: контент-анализ научной литературы для выявления методов, технологий и направлений, способствующих совершенствованию возможностей раннего развития детей в условиях дошкольного образования и научных исследований, рассматривающие феномен понятия «раннее развитие» детей.

В числе задач исследования: анализ и систематизация методов, технологий и направлений, способствующих совершенствованию возможностей раннего развития детей в условиях дошкольного образования.

Анализ существующих научных трудов, посвященных вопросам раннего развития детей в целом, а также вопросам раннего развития детей в условиях дошкольных образовательных учреждениях показывает, что понятие раннее развитие, хоть и возникло достаточно давно, однако данную проблему нельзя назвать исчерпывающе изученной. Само понятие раннее развитие в различных работах достаточно часто понимается по-разному, и зачастую сводится к механическому научению детей, «наполнению» их знаниями, без учета возрастных и личностных особенностей. Ранний возраст традиционно относят к возрастному периоду от 1 года до трех лет. Именно в этот период закладывается фундамент дальнейшего развития личности, происходит активное эмоциональное развитие ребенка.

В психологии существуют различные концептуальные подходы к проблематике раннего развития ребенка, рассмотрим некоторые из них. Так, в своих работах Л.С.Выготский указывает на то, что развитие человека в старшем возрасте теснейшим образом связано с его ранним развитием. Он утверждает, что любые высшие психические приобретения, которые мы имеем в старшем возрасте, непременно должны были пройти путь

социализации. Всякая высшая психическая функция в развитии ребенка появляется на сцене дважды: сперва как деятельность коллективная, социальная деятельность, то есть как функция интерпсихическая, второй раз как деятельность индивидуальная, как внутренний способ мышления ребенка, как функция интрапсихическая [4]. Л.С. Выготский указывает, что ни одно из специфических человеческих психических качеств – таких, как логическое мышление, творческое воображение, волевая регуляция действий и т.д., не могут возникнуть путем лишь вызревания органических задатков. Для формирования такого рода качеств требуются определенные социальные условия жизни и воспитания. Социальная среда является не просто внешним условием, а подлинным источником развития ребенка, поскольку в ней содержатся все те материальные и духовные ценности, в которых воплощены способности человеческого рода и которыми отдельный индивид должен овладеть в процессе своего развития [5].

Наиболее яркими представителями деятельностного подхода являются Леонтьев А.Н. и Эльконин Д.Б. В своих работах они говорят о том, что в своем развитии ребенок проходит ряд сменяющихся за собой ведущих деятельностей: игровой, обучения и трудовой. И развитие происходит в контексте этого процесса. Эльконин Д.Б. пишет о том, что только собственная деятельность ребенка по овладению действительностью, опосредствованная его отношениями со взрослыми, являющимися носителями всех тех богатств, которые накоплены человечеством, является движущей силой развития ребенка как члена общества, его психики и сознания [16]. По мнению А.Н. Леонтьева развитие ведущей деятельности обуславливает главнейшие изменения в психических процессах и психологических особенностях личности ребенка на любой стадии развития. Общение в своей первичной форме, в форме совместной деятельности, или в форме общения речевого составляет второе обязательное условие процесса усвоения индивидами достижений общественно-исторического развития человечества. У человека биологически унаследованные свойства не определяют его психических способностей. Способности человека не содержатся виртуально в его мозгу. Виртуально мозг заключает в себе не те или иные специфически человеческие способности, а лишь способность к формированию этих способностей. Другое условие – это окружающий человека мир предметов и явлений, созданный бесчисленными поколениями людей в их труде и борьбе [9]. В своих работах Леонтьев говорит о том, что для гармоничного развития и существования человека необходим ряд факторов. С одной стороны, это биологические факторы, то есть то, что заложено в человека при рождении, с другой стороны, социальные факторы – та система социальных отношений, в которых существует человек. И, наконец, последний и самый важный фактор заключается в том, что ребенок должен не просто находиться в социуме, но действовать

в нем, именно деятельность является тем двигателем, с помощью которого происходит развитие. Таким образом, еще один фактор, решающий для развития ребенка, на который обращает внимание отечественная психология – это фактор общения. Так Леонтьев говорит о том, что отношения ребенка к миру всегда опосредствованы отношениями человека к другим людям, его деятельность всегда включена в общение. Общение в своей исходной внешней форме, в форме совместной деятельности или в форме общения речевого или даже только мысленного составляет необходимое и специфическое условие развития человека в обществе. Человек должен вступить в отношение к явлениям окружающего мира через других людей, то есть в процессе общения с ними. Лисина М.И. в своих работах говорит о том, что общение становится условием развития ребенка, важнейшим фактором превращения ребенка в полноценного представителя человеческого рода. Общение является своеобразным видом приспособления индивида к окружающим условиям путем согласования своих действий с действиями других членов сообществ. Содержание общения – ведущий фактор формирования гармоничных отношений между ребенком и взрослым. Содержание общения влияет на развитие отношения ребенка не только к одному взрослому, взаимодействующему с ним, но и к остальным взрослым. Для сохранения гармоничных отношений взрослого с ребенком, для преодоления детских кризисов взрослый, очевидно должен постоянно перестраивать содержание своего взаимодействия с ним в соответствии с развитием у детей содержания потребности в общении [10]. О том, что развитие не может происходить вне контекста социальных связей, говорят практически все психологи отечественной школы. Процесс социализации ребенка разворачивается как путь активного вхождения в культуру, присвоение культурно-исторического опыта в субъективной роли через различные виды деятельности, общения и познания (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, А.В. Запорожец, Т.Н. Мальковская). Также большинство ученых обратило внимание на то, что наибольшей эффективности развитие ребенка достигает тогда, когда ребенок не просто находится в каких-то социальных отношениях, а эти отношения имеют положительную эмоциональную окраску. Условия жизни сами по себе, то есть прямо, непосредственно, не способны определить психическое развитие ребенка, в одних и тех же условиях могут формироваться разные особенности психики, и это, прежде всего, будет зависеть от того, в каких взаимоотношениях со средой находится сам ребенок [2]. С.А. Сидоренко отмечает, что понятие «развитие» в науках гуманитарного цикла сегодня рассматривается, как сочетание роста и созревания в реализации общей направленности развития. Овладение реальностью у ребенка осуществляется в его действиях при помощи взрослых: тем самым, процесс воспитания является ведущим в развитии его личности [15].

Анализируя все вышеперечисленные теории развития детей, можно заключить, что каждый ребенок в своем развитии индивидуален, темпы развития каждого ребенка могут значительно варьироваться, свои возможности дети осваивают постепенно. Наличие возрастных норм развития только лишь дает возможность родителям и педагогам понять укладывается ли тот или иной ребенок в определенные коридоры развития тех или иных психических функций и необходимых навыков, что дает в свою очередь возможность прогнозирования рисков отставания в той или иной сфере. В связи с этим наряду с концепцией раннего развития возникает концепция раннего вмешательства. Оба этих понятия направлены на развитие ребенка раннего возраста. Существенной разницей этих двух понятий является лишь то, что раннее вмешательство направлено на предотвращение и минимизацию рисков отставания в развитии, а концепция раннего развития направлена на создание условий для максимального раскрытия имеющегося у ребенка потенциала с целью максимально возможно быстрого освоения ребенком тех или иных навыков. Из двух вышеописанных понятий, понятие «раннее вмешательство» является достаточно разработанным, существуют устоявшиеся определения. На сегодняшний день существует несколько определений понятия «раннее вмешательство». Так, один из ведущих специалистов в области раннего вмешательства М. Guralnick, описывая основные аспекты раннего вмешательства, считает, что раннее вмешательство это «...система, созданная для поддержки семейных моделей взаимодействия, которые наилучшим образом содействуют детскому развитию». Европейское агентство по развитию в области особых образовательных потребностей в своем определении раннего вмешательства указывает следующее: «Раннее вмешательство представляет собой совокупность услуг/ресурсов для детей младшего возраста и членов их семей, предоставляемых по их просьбе и охватывающих любые мероприятия, которые осуществляются в тот момент, когда ребенок нуждается в особой поддержке». Наконец, Российская Ассоциация раннего вмешательства в Стандартах требованиях к организации деятельности службы раннего вмешательства, определяет раннее вмешательство как «Систему различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, ориентированных на поддержку родителей» [1].

Несмотря на то, что вопрос раннего развития достаточно давно интересует многих ученых, четкого и строгого определения данному понятию до сих пор не дано. Разработкой методологии раннего развития детей занимались такие специалисты, как: Масару Ибука, Н.А. Зайцев, Б.П. и Л.А. Никитины [6, 11, 12]. В их работах отмечены такие аспекты поддержки раннего развития ребенка, как развитие навыков речи, чтения, счета, интенсификация развития навыков восприятия. Так Масару Ибука считает, что если в период

с рождения до 3 лет родители не заложат в малыше прочный фундамент, на котором потом будет выстраиваться его интеллект, то после трех станет уже поздно, и ребенок не сможет физически достичь желаемых высот. Масару Ибука сравнивает этот фундамент – то есть способность мозга уловить то, что поступает из внешней среды, превратить это в образ и запомнить его – с компьютером. Невозможно получить превосходный результат, когда работаешь за плохим компьютером. Таким образом, в основе методики раннего развития Масару Ибуки лежит его интерпретация поговорки «Куй железо, пока горячо»: «Слишком поздно ковать железо, если металл уже затвердел». Для того чтобы ребенок стал в будущем умным, способным и счастливым, нужно приложить много усилий к его развитию и воспитанию именно в первые три года его жизни. В своих работах он огромное внимание уделяет вопросам обогащения среды, окружающей ребенка во всех ее аспектах.

В своей опытно-экспериментальной работе под ранним развитием мы понимаем следующее: раннее развитие - это процесс и результаты амплификации детского развития на этапе раннего возраста на основе обогащения процессов развития личности ребенка (обогащения характера взаимодействия с другими детьми и со взрослыми и системы отношений ребенка к миру, к другим людям, к себе самому) и развития потенциала проактивного поведения в амплифицированной предметно-пространственной среде его жизнедеятельности (не ниже требований ФГОС ДО) в семье и ДОО (обогащение потенциала реализации ребенком самостоятельного выбора в рамках амплифицированной РППС). Названные векторы амплификации детского развития на этапе раннего возраста будут стимулировать развитие мотивации ребенка, его способностей и поведения в различных видах деятельности в (общении, игре, познавательно-исследовательской деятельности, как сквозных механизмах развития ребенка) в семье и ДОО. Процессы и результаты раннего развития ребенка исследуются нами, исходя из психоэмоциональных аспектов развития, выраженных в его эмоциях и поведении, в соответствии с методологией ФГОС ДО, на основе признания самоценности детства, а не как подстройка развития ребенка под логику образовательной программы. Компонентами, позволяющими обеспечить самоценность периода детства для ребенка раннего возраста, выступают чувствительность (чувствительность) значимых для него взрослых, прежде всего родителей, матери, а также педагогов к его потребностям, на основе их «отзеркаливания», что обеспечивает упреждающий характер раннего развития для ребенка. Значимые взрослые за счет сверхчувствительного учета потребностей ребенка, обеспечивают упреждающее, раннее развитие его потенциала, становление у него ощущения «субъективного всемогущества» (...я все могу, у меня все получится...) по Д.Винникотту, как основы формирующейся высокой самооценки, позволяющей успешно самореализовываться в основных

областях жизнедеятельности (а именно в таких областях, как двигательная активность, эмоциональное и социальное взаимодействие, развитие игровых навыков, развитие навыков обучения и познавательной сферы, социально-бытовое ориентирование) в раннем и последующем дошкольном и школьном детстве.

Проведенное исследование показало, что, раннее развитие ребенка, в соответствии с его возрастными особенностями и базовыми потребностями, содержанием образовательной программы, с учетом мнения и позиции родителей, как неотъемлемых участников образовательных отношений, должно отражать результаты амплификации(обогащения) следующих аспектов образовательной среды для ребенка раннего возраста: предметно-пространственная развивающая образовательная среда; характер взаимодействия со взрослыми; характер взаимодействия с другими детьми; система отношений ребенка к миру, к другим людям, к себе самому, а также учитывать возрастные и индивидуальные особенности детей раннего возраста. В рамках обогащения названных аспектов образовательной среды особое внимание обращается на поддержку психоземotionalных процессов развития ребенка (включающих в себя весь спектр эмоциональных проявлений детей данного возраста, как положительных, так и отрицательных, в том числе способности к проявлению гнева и агрессии, детского эгоизма, как результат эгоцентричности, тревожность, а также развития навыка эмпатии и сопереживания) за счет ощущения им защищенности, заботы, упреждающей поддержки в рамках каждого из названных компонентов, и на этой основе – ранняя поддержка стремления ребенка к саморазвитию в ключевых для него областях жизнедеятельности. В результате система раннего развития ребенка должна позволять осуществлять как коррекционно-компенсирующую поддержку в случае выявленных рисков для нормативного развития ребенка, так и создавать условия для развития и социально-личностной самореализации на основе поддержки самооценки («ощущения субъективного всемогущества» по Винникотту) в «зоне ближайшего развития» по Выготскому.

Многие авторы, речь у которых идет о проблемах раннего развития задаются вопросом может быть ли названо раннем развитием усиленное обучение детей раннего возраста дома или в специализированных центрах. Может ли быть такое обучение действительно необходимо ребенку. В конечном итоге большинство специалистов сходятся во мнении о том, что в возрасте примерно до 5 лет ребенку значительно важнее именно развитие, которое идет в ногу с возрастом ребенка (соответствие его интересов и потребностей), а не механическое обучение, имеющие под собой задачу обогнать все возрастные нормы и все существующие общепринятые

образовательные программы. Некоторые специалисты даже полагают, что раннее развитие можно обозначить как «принуждение ребенка к приобретению знаний» [8].

Особенность детского восприятия состоит в том, что они хорошо запоминают то, что видят и слышат. Часто взрослые активно пользуются этим потенциалом ребенка для того, чтобы дать ему как можно больше знаний, часто не соответствующих его возрасту и степени зрелости психики. Так Никитин Б. П., Никитина Л. А отмечали в своей книге следующее: «значительно позже мы поняли, какие большие возможности для развития получают дети при самостоятельном исследовании окружающего мира». Соответственно, чрезвычайно важным является подход в раннем развитии, который диктует специалистам необходимость опираться на личностные особенности ребенка, на его возможности и индивидуальный потенциал, не стремясь миновать более ранние этапы психического и когнитивного развития, а проходя их постепенно в индивидуальном, при возможности амплифицированном темпе.

Опыт различных педагогов показывает, что к трем годам, некоторые дети могут овладеть различными навыками, приобрести различные знания. Так Тюленев П.В. утверждает, что некоторые дети к пяти годам могут уже полностью освоить программу начальной школы и поступить в пятый класс [16]. Однако является ли такая интенсификация процесса обучения ребенка действительно признаком раннего развития, может ли она быть полезна для психического развития ребенка. Ведь большинство ученых сходятся на мысли о том, что развитие ребенка – это процесс многогранный, он идет сразу в множестве направлений, а, следовательно, механическое запоминание или приобретение навыка решать сложные задачи только в одной из областей развития человека не может быть признаком психической зрелости человека. «Основной путь» обучения и воспитания детей должен представлять собой, по выражению Л.А. Венгера, «не что иное, как всемерное стимулирование и обогащение этих видов деятельности, применение оптимальных методов организации и руководства ими» [3]. Оценивая критику со стороны противников концепции раннего развития А. Савенков, замечает, что «Любая образовательная технология, претендующая на то, что может позволить учащемуся обучаться в более быстром темпе или более интенсивно, либо отвергается, либо подвергается критике как не соответствующая «возрастным особенностям детей» [14]. Не смотря на очевидное различие между развитием и обучением, многие родители продолжают настаивать на том, что их дети значительно опережают в уровне развития своих сверстников, не учитывая понятий баланса развития и необходимости ребенка чувствовать себя комфортно и вести себя соответственно социальным требованиям в обществе в целом. Ярким примером нарушения баланса развития,

где приоритетом являются знания, может стать пример Алисы Тепляковой, активно обсуждаемый в настоящее время в сети Интернет. В пользу того, что развитие указанной девочки нельзя назвать гармоничным как раз говорит тот факт, что ее родители постоянно вынуждены вмешиваться в образовательный процесс «гениального» ребенка, требовать корректировать подходы обучения, образовательную программу и т.п. в пользу своей дочери, что говорит о ее неготовности воспринимать ту информацию и теми методами, в ключе которых происходит обучение большинства студентов.

В современных условиях дошкольное образование может быть получено как в дошкольной образовательной организации (далее – ДОО), так и вне организаций – в форме семейного образования. Форма получения дошкольного образования определяется родителями (законными представителями) несовершеннолетнего, при выборе родителями несовершеннолетнего обучающегося формы получения дошкольного образования необходимо учитывать мнение ребенка. Образовательная деятельность по образовательным программам дошкольного образования в образовательной организации осуществляется в группах общеразвивающей, компенсирующей, оздоровительной и комбинированной направленности [11]. В образовательной организации могут быть организованы также: группы для детей раннего возраста без реализации образовательной программы дошкольного образования, обеспечивающие развитие, присмотр, уход и оздоровление воспитанников в возрасте от 2 месяцев до 3 лет; группы по присмотру и уходу без реализации образовательной программы дошкольного образования для воспитанников в возрасте от 2 месяцев до прекращения образовательных отношений. В группах по присмотру и уходу обеспечивается комплекс мер по организации питания и хозяйственно-бытового обслуживания детей, обеспечению соблюдения ими личной гигиены и режима дня; семейные дошкольные группы с целью удовлетворения потребности населения в услугах дошкольного образования в семьях. Основными моделями образования для раннего развития детей раннего возраста являются группы кратковременного пребывания (до 5 часов в день), сокращенного дня (8-10- часового пребывания), полного дня (10,5-12-часового пребывания), продленного дня (13-14-часового пребывания) и круглосуточного пребыванию детей). По запросам родителей (законных представителей) возможна организация работы групп также в выходные и праздничные дни. Родители (законные представители) несовершеннолетнего воспитанника, обеспечивающие получение воспитанником дошкольного образования в форме семейного образования, имеют право на получение методической, психолого-педагогической, диагностической и консультативной помощи без взимания платы, в том числе, в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, если в них созданы соответствующие консультационные центры. Расширение

вариативных форм дошкольного образования, среди которых выделяют и группы продленного дня, центры игровой поддержки, волонтерство, и семейное образование, является уникальной возможностью современных детей воспитываться и обучаться в комфортных, максимально индивидуализированных условиях соответствующей образовательной среды. Наличие таких вариативных моделей соответствует требованиям современного социума (запросам семьи и государственным приоритетам) на воспитание одухотворенного человека, созидателя, готового к встрече с быстро меняющимся миром и стремительно обновляющейся культурой, способного к самоактуализации и саморазвитию на всех этапах жизни.

Подводя итог, следует заключить, что современные ученые так и не сошлись в едином мнении о том, чем же является в действительности раннее развитие ребенка, полезно ли оно, или может принести определенный вред. Каждый специалист трактует данное понятие в пользу своей теории, не учитывая мнений остальных. Для некоторых раннее развитие – это процесс абилитации и предотвращения развития возможных нарушений, для других – это ускоренное освоение большого объема знаний, для третьих – это гармоничное развитие детей, которое с развитием общества постепенной ускоряется и дает возможность говорить о том, что современные дети в целом развиваются быстрее, чем сверстники 50 лет назад и современные методы развития технологий педагогики в частности и науки в целом могут позволить еще больше ускорить данный процесс. Все вышесказанное актуализирует вопрос о создании вариативных моделей дошкольного образования для совершенствования возможностей раннего развития детей, и, как следствие, разработки Методики оценки сформированности среды ДОО для воспитанников от 2-х месяцев до 3-х лет (младенческого и раннего возраста), обеспечивающих раннее развитие детей (не ниже требований ФГОС ДО) с целью ее совершенствования.

Литература:

1. Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. Санкт-Петербург, 2012
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М.: Просвещение, 1968
3. Венгер Л.А. Психологические основы дошкольного воспитания // Основы дошкольной педагогики / под ред. А.В. Запорожца, Т.А. Марковой. - М., 1980

4. Выготский Л. С. Вопросы детской (возрастной) психологии // Л. С. Выготский. Собр. соч.: В 6 т. Т. 4. М., 1984
5. Зайцев Н. А. Письмо. Чтение. Счет. – СПб.: Лань, 1997
6. Кожевникова В.В. Моделирование образовательной среды по вектору амплификации раннего развития раннего возраста. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата наук. М, 2017
7. Крайг Г. Психология развития. – СПб., 2005
8. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М., 1981
9. Лисина М.И., Корницкая С.В. Влияние содержания общения со взрослыми на отношение к нему ребенка / Общение и его влияние на развитие психики дошкольника. Под ред. Лисиной М.И. – М., 1974.
10. Масару Ибука. После трёх уже поздно. О важности развития в первые три года жизни. – М.: Альпина нон-фикшн, 2017
11. Никитин Б. П., Никитина Л.А. Мы, наши дети и внуки. В 2 томах. – М, 2015.
12. Приказ Министерства просвещения РФ от 31 июля 2020 г. № 373 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования». [Электронный ресурс] URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc74485010/>(Дата обращения 22.05.2021)].
13. Савенков А. Психологические основы раннего обучения // Детский сад от А до Я. 2006. № 2. С.65
14. Сидоренко С.А. К вопросу о внедрении современных образовательных программ раннего развития детей дошкольного возраста//Стратегии жизни личности в современном мире: Сборник научных статей. СПб., 2018. С.116-120
15. Тюлеев П.В. Читать - раньше, чем ходить. – М, 2011
16. Эльконин Д.Б. Детская психология: учеб. пособие для вузов по напр. и спец. психологии. – М, 2004

ОСОБЕННОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ РЕЧИ

Богормистрова В. А., Свобода П. Н., Морозова Т. Г., Шестакова В. Н., Сосин Д. В., Удовенко А. А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Смоленск
vebogormistrova@gmail.com

Актуальность. В настоящее время особую тревогу вызывают дети, которые имеют дефекты речевого развития. С развитием речи у ребенка связано формирование личности в целом, развитие основных психологических процессов и если между ребенком и окружающими людьми возникает преграда или его контакты со старшими резко сокращаются, то нормальное речевое развитие замедляется или прекращается. Эти дети выпадают из социального и культурного обусловленного образовательного пространства, им трудно адаптироваться в коллективе [1, 6]. У них с наибольшей частотой диагностируются нарушения психоэмоциональной сферы, слухоречевых функций, соматического, физического, психологического и репродуктивного компонентов здоровья, проявляясь более грубыми дефектами [6]. Все это отрицательно сказывается на овладении грамотой, на успеваемости в целом, на выборе профессии и социализации в обществе. Такие дети нуждаются в проведении дополнительных реабилитационных мероприятий и ранней диагностике. Как известно в настоящее время магнитно-резонансная томография является одним из самых перспективных методов неинвазивного изучения головного мозга [3]. Больше всего информации несет, функциональная МРТ (фМРТ). Метод фМРТ позволяет косвенно оценить степень функциональной активности на основании изменения кровотока в различных отделах головного мозга. Активность различных участков оценивается как при выполнении пациентом активирующего задания, т.е. парадигмы, методом связанной с заданием фМРТ (task-based fMRI), так и без предъявления парадигм, т.е. в состоянии покоя, методом функциональной МРТ покоя, фМРТп (resting-state fMRI). Взаимосвязь когнитивных процессов и функциональной активности головного мозга дает основание предполагать, что показатели фМРТ могли бы служить информативными биомаркерами. В педиатрической практике предпочтение отдается бесконтрастным методам в связи с их абсолютной неинвазивностью. Но программное обеспечение предусматривает протокол исследования для каждого из уровней от 10 до 15 мин. Использование контрастного препарата при МРТ удлиняет временной промежуток

исследования. В связи с этим на первом этапе обследования применяются доступные методики [2, 3], а по показаниям – более сложные.

Поэтому **целью исследования** явилось показание для проведения МРТ детям с дефектами речевого развития для своевременной коррекции и профилактических мероприятий.

Задачи исследования

1. Определить структуру неврологической патологии у детей с дефектами речи.
2. Уточнить группу детей для проведения магнитно резонансного исследования для своевременной коррекции и профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования

Сбор материала проводился путем фиксированной выборки первичной информации ф. 026/у (медицинская карта ребенка для образовательных учреждений), ф. 112/у (история развития ребенка), формы 030 ПО/у-17 согласно приказу № 514н, диспансерной карты согласно приказу 72н, 030 - /Д/с/у - 13. Дополнялись сведения методом анкетирования и интервьюирования педагогов, воспитателей. Оценка состояния здоровья проводилась с выделением пяти групп здоровья по классификации С.М. Громбах (1984), приказу №621. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ статистических программ Microsoft Office Excel, Word 2016. Различия в качественных показателях при независимых группах оценивали, используя непараметрический критерий согласия Пирсона χ^2 – квадрат (Chi-square) с поправкой Йетса (Yates corrected Chi-square) и двустороннего критерия Фишера (Fisher exact p two-tailed). Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Ультразвуковое доплеровское исследование экстра- и интракраниальных сосудов у детей проводили на аппарате «SIEMENS Acuson X-300». Для ЭЭГ с обязательным анализом альфа- и бета-ритмов использовали аппарат «Мицар – ЭЭГ – 202». Для проведения МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника в ангиорежиме применяли томограф магнитнорезонансного типа Vantage Titan, 1,5 т.

Результаты исследования. Согласно поставленной цели было осмотрено 100 детей с дефектами речи. Для проведения МРТ были отобраны дети с дефектами, имеющие неврологическую патологию: 20 (40,0%) детей с дислексией и 20 (40,0%) – с дислалией. Было установлено, что в 30,0% случаев отмечена извитость хода правой позвоночной артерии, достоверно чаще в группе детей с дислексией, где встречались признаки внутренней гидроцефалии (расширение боковых желудочков), соотношение внутри групп было

1:1; в 25,0% - признаки наружной гидроцефалии. Кисты Верге были клинически не значимы. Необходимость проведения МРТ шейного отдела позвоночника была связана с установленным вертеброгенным воздействием на позвоночные артерии (положительная «поворотная» проба) при проведении ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных сосудов, что проявлялось в снижении линейной скорости кровотока по позвоночным артериям от 15 до 60,0%, патологическая извитость позвоночных артерий, гемодинамически значимая. У 2 (10,0%) пациентов выявлена нестабильность тел шейных позвонков - спондилолистез I степени (ретроспондилолистез – тело С3 смещено кзади относительно тела С4 менее 25,0%); у 2 (10,0%) пациентов выявлена клиновидная деформация тел позвонков; единичный случай (нарушения статической функции в виде кифозирования). МР – ангиография в исследуемой группе детей проводилась с обязательной оценкой хода и диаметра сосудов, по результатам чего было установлено, что в 20,0% случаев отмечалась патологическая извитость позвоночных артерий справа в обеих группах наблюдения.

Выводы. Следовательно, МРТ рекомендуется проводить группе детей с нарушениями речевого развития, с имеющейся выраженной неврологической патологией. Особенно при неясной клинической картине и не ясных результатах ультразвукового исследования. Независимо от результатов УЗИ интра- и экстракраниальных сосудов рекомендовано проводить сочетанное МР – исследование головного мозга, шейного отдела позвоночника с обязательным использованием ангиорежима.

Литература:

1. Делягин, В.М. Задержка речевого развития у детей / В.М. Делягин // РМЖ. – 2013. – № 24. – С.1174-1177.
2. Кайда, А.И. Особенности ЭЭГ у детей с задержками речевого развития / А.И. Кайда, А.А. Михайлов, Е.В. Эйсмонт, Л.С. Орехова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Биология. Химия. – 2019. –Т. 5 (71), №3. - С. 12-21.
3. Ключев, Е.А. Роль функциональной МРТ при изучении расстройств аутистического спектра /Е.А. Ключев, Г.Е. Шейко, М.Г. Дунаев [и др.] // СТМ. – 2019. –Т. 11, №3. – С. 66-74.
4. Свобода, П.Н. Особенности реоэнцефалографии у детей с дислексией, воспитывающихся в учреждениях социальной сферы для несовершеннолетних / П.Н. Свобода, Т.А. Миронова, В.Н. Боровкова, А.А. Примак // Апрельские чтения: материалы межрегиональной научно-практической

конференции, посвященной памяти проф. Пиккель М.В. 3-4 апреля 2020. Архангельск.-2020-С.175-178.

5. Свобода, П.Н. Особенности реоэнцефалографии у детей с дислексией, воспитывающихся в учреждениях социальной сферы для несовершеннолетних / П.Н. Свобода, Т.А. Миронова, В.Н. Боровкова, А.А. Примак // Апрельские чтения: материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти проф. Пиккель М.В. 3-4 апреля 2020. Архангельск.-2020-С.175-178.

6. Шестакова, В.Н. Особенности развития детей на всех этапах онтогенеза и современные подходы к оказанию помощи детям с речевыми нарушениями. Коллективная монография / Под редакцией В.Н. Шестаковой, С.Р. Коновой, Ж.Г. Чижовой, Д.В. Сосина и др. Смоленск. - 2018. – 500 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Богормистрова В. А., Удовенко А. А., Чижова Ж. Г., Шестакова В. Н., Сосин Д. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Смоленск
vebogormistrova@gmail.com

Актуальность. А. А. Баранов, Л.А. Щеплягина (2000), О.А. Морозова, С.А. Токарев, О.В. Семенюк и др. (2007), Е.Ю. Муц (2015), В.Н. Шестакова и др. (2018) считают, что за последнее время отмечается увеличение количества патологических состояний, возникших в перинатальном периоде. А.А. Баранов, Альбицкий В.Ю. (2012), Е.Ю. Муц (2017), В.Н. Шестакова и др. (2022) утверждают, что в основе детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы лежит, как правило, гипоксия. Доказано, что изменения в организме плода и новорожденного, возникающие при этих состояниях реализуются в виде постгипоксических повреждений центральной нервной системы, которые могут привести к негативным последствиям в состоянии здоровья детей по мере их роста и развития. Но в доступной литературе

отсутствуют данные о состоянии психологического статуса у воспитанников социальных учреждений, перенесших гипоксию в перинатальном периоде.

Цель. Провести оценку психологического состояния детей школьного возраста, перенесших гипоксию в перинатальном периоде для разработки своевременных коррекционных мероприятиях.

Задачи. Уточнить частоту встречаемости у воспитанников социальных учреждений гипоксии в перинатальном периоде. Оценить психологическое состояние детей, перенесших гипоксию в перинатальном периоде, на этапе общего образования.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 300 детей, воспитывающихся в учреждениях социальной сферы. Дети с тяжелыми последствиями поражений центральной нервной системы гипоксического характера из исследования были исключены. Наблюдение вели за детьми с легкими формами постгипоксического синдрома, с сохранным интеллектом, на этапе общего школьного обучения. В основную группу вошли дети школьного возраста, которые перенесли гипоксию в перинатальном периоде ($n=30$). В группу сравнения вошли дети, аналогичного возраста, пола и социального положения, которые не имели признаков гипоксии в перинатальном периоде ($n=30$).

Все полученные данные обрабатывали с применением пакетов статистических программ Microsoft Office Excel, Word 2016. Чтобы проверить различия между группами, использовали непараметрический критерий согласия Пирсона (χ^2 квадрат) с поправкой Йетса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что у воспитанников социальных учреждений в 80,0% диагностировали как острую, так и хроническую гипоксию в перинатальном периоде. До поступления в социальные учреждения дети проживали в неблагополучных семьях с низким уровнем благосостояния (90,0% в основной группе и 66,6% в группе сравнения, $p=0,31$). В плохих жилищно-бытовых условиях (100,0% и 83,3%, $p=0,24$) с нарушенным психологическим микроклиматом (90,0% и 80,0%, $p=0,59$) и признаками жестокого обращения (80,0% и 70,0%, $p=0,99$), несмотря на то, что до рождения ребенка эти факторы расценивались как удовлетворительные. Но с изменением социального статуса семьи они стали носить агрессивный характер, что согласуется с литературными данными (77, 108, 112). Обнаружена тесная связь курения (80,0% и 60,0%, $p=0,58$) и алкоголизации родителей (90,0% и 60,0%, $p=0,13$) с нарушениями поведенческих реакций членов семьи (90,0% и 60,0%, $p=0,13$) и ребенка (100,0% и 66,7%, $p=0,02$). Со склонностью к вредным привычкам (80,0% и 60,0%, $p=0,58$), формированию патологических состояний (100,0% и

60,0%, $p=0,000$). Установлено, что психопатическая обстановка в семье держала ребёнка в состоянии хронического стресса (100,0% и 90,0%, $p=0,53$). Доказано, что у половины детей из основной группы наблюдения оказались сниженными показатели умственной и физической работоспособности, что достоверно чаще, чем в группе сравнения ($p<0,000$). Большинство респондентов из обеих групп наблюдения имели достаточную учебную мотивацию. Только менее 30,0% детей не были заинтересованы в обучении. Половина из них были дети из основной группы наблюдения. Более 2/3 данного контингента детей достоверно чаще имели нарушенные коммуникативные навыки, сниженные способности к конструктивным отношениям, нарушенный уровень самооценки, низкий уровень эмоциональной устойчивости, чем дети из группы сравнения ($p=0,01$). У детей основной группы наблюдения в 90,0% случаев выявляли колебания настроения, агрессивные тенденции и склонность к конфликтным ситуациям, что достоверно чаще, чем у детей из группы сравнения ($p=0,000$). Они на 20,0% чаще имели низкую сопротивляемость стрессу, проблемы и страхи в отношениях с учителями, но достоверные различия отсутствовали. Страх ситуации проверки знаний и страх не соответствовать ожиданиям окружающих в 2 раза чаще формировали дети основной группы наблюдения.

Заключение. Следовательно, дети, перенесшие гипоксию в перинатальном периоде, чаще имеют нарушения в психологическом статусе и требуют динамического контроля и лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах общеобразовательного обучения.

Литература:

1. Альбицкий, В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки / В.Ю. Альбицкий. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 344 с.
2. Баранов, А.А., Оценка нервно-психического здоровья и психологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. Пособие для врачей/ А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева и др. – М.: Минздравсоцразвитие России, 2005. – 107 с
3. Пыхтина, Л.А. Формирование здоровья детей раннего возраста с задержкой нервно-психического развития, воспитывающихся в семье и дома ребенка, профилактика и коррекция его нарушений : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.08 / Пыхтина Людмила Артемьевна. – Иваново, 2011. – 40 с.

4. Хамаганова, Т.Г. Проблемы профилактики нарушений психического здоровья школьников / Т.Г. Хамаганова, Д.Н. Крылов, О.В. Даниленко, С.Б. Семке // Гигиена и санитария.– 2000. – №1.–С. 71–73.

5. Ходарев, С.В. Опыт диспансеризации и восстановительного лечения детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации / С.В. Ходарев, Т.В. Выгонская, Т.М. Поддубная // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, № 6. – С. 137–142.

6. Хорошева, Т.А. Морфофункциональные особенности развития организма учащихся начальных классов / Т.А. Хорошева., А.И. Буханов // Гигиена и санитария. – 2006. – № 4. – С. 58–60.

7. Чижова, Ж.Г. Морфофункциональные особенности детей младшего школьного возраста, пути сохранения и укрепления их здоровья. / Ж.Г. Чижова, Г.П. Лукина, В.Н. Шестакова, О.В. Молотков - Смоленск: «Универсум», Книга II. – 2011.- 284 с.

8. Шестакова, В.Н. Здоровье детей подросткового возраста. Пути его укрепления и сохранения. Коллективная монография / Под редакцией В.Н. Шестаковой, Ж.Г. Чижовой, Д.В. Сосина Н.В. Давыдовой. - Смоленск. - 2021. – 488 с.

ОСОБЕННОСТИ РАБОЧЕЙ ПАМЯТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗНОЙ ГРУППОЙ ЗДОРОВЬЯ

Василева¹ И. К., Дунаевская² Э. Б.

1 - ГБОУ СОШ № 500 Пушкинского района, г. Санкт – Петербург

2 - Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

doroga2elvira@yandex.ru

Важным моментом обеспечения качества образовательной деятельности в школе является сбережение и поддержание здоровья обучающихся, которое предполагает создание условий для успешной учебной деятельности и сохранения здоровья учащихся. Но современная начальная школа включает более трети слабоуспевающих учащихся. Известно, что к неточному и неэффективному усвоению учебного материала может приводить несформированность процессов торможения и интерференция рабочей памяти [7], когда ребенок не может связать новый материал с имеющимся опытом, с трудом запоминает текст наизусть вследствие влияния имеющихся воспоминаний [5]. Рабочая память, компонент исполнительных функций, который

фиксирует этапы процесса деятельности. «Пока не завершен процесс, человек помнит отдельные этапы из прошлого или будущего, но после его завершения возможно забывание информации, ставшей избыточной и ненужной». Процесс рабочей памяти строится на прошлом опыте, что позволяет приостанавливать автоматическое, инстинктивное, интуитивное доминантное действие. Контролирует сознание ребенка от внешних и посторонних отвлекающих стимулов процесс интерференции рабочей памяти [3]. Рабочая память проявляется в способности сохранять и манипулировать информацией, сохраняя при этом устойчивость внимания [2]. Контроль интерференции рабочей памяти позволяет сосредоточенно выполнять задания до конца, не отвлекаться и контролировать свою работу, не допуская ошибки. Интерференция рабочей памяти возникает при обучении, когда необходимо вспомнить изученный ранее материал и применить в учебной ситуации.

Согласно А. Бэддли «рабочая память» состоит из трех блоков: блока кратковременного хранения вербального материала (он называется «фонологическая петля»), блока кратковременного хранения образного материала («визуально-пространственный блокнот») и центрального исполнительного блока. Для произвольной регуляции важен именно исполнительный блок, в функцию которого вменяется контроль внимания, а точнее, контроль интерференции и распределение умственных ресурсов [2].

Качество рабочей памяти в значительной степени меняется с возрастом [7], причем возрастные изменения в значительной степени зависят от морфологических изменений, в частности в раннем школьном возрасте 7–10 лет большую роль играет мозолистое тело, а позднее - толщина затылочно-височной коры [7].

Таким образом, для успешного обучения необходимо развивать у младшего школьника процессы произвольной регуляции и рабочей памяти, учитывая особенности формирования и становления произвольной деятельности на возрастном этапе [8].

Цель исследования: изучить особенности рабочей памяти младших школьников в разных группах здоровья. В группу исследования вошли 56 обучающихся 3 классов ГБОУ школы

№500 Пушкинского района г. Санкт - Петербурга, из них 29 девочек и 27 мальчиков, осваивающие основную общеобразовательную программу начального общего образования. Среди обследованных к первой I группе здоровья были отнесены 9 человек, что составило 16 % от общего количества респондентов. Ко II группе здоровья - 44 обучающихся (78,6 %). Дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными

функциональными возможностями составили III группу здоровья (5,4%). Данную группу здоровья представляют только мальчики. IV и V группы здоровья в ходе комплексной оценки состояния здоровья детей не были выявлены [1].

Анализ школьной успеваемости показал, что только 11,1% (один учащийся) от всей выборки первой группы здоровья обучается на отлично; 4 человека, что составляет 44,4 % младших школьников учатся на хорошо и отлично. Еще один ребенок имеет отметки хорошо и удовлетворительно. 22,2 % здоровых третьеклассников имеют одну тройку. Важно отметить, что в этой группе мы наблюдаем одного ученика (11,2 %), который испытывает трудности в усвоении основной общеобразовательной программы начального общего образования, и которого педагог характеризует как неуспевающего. Подчеркнем, что в эту группу относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений, но в ней представлены все возможные категории успеваемости по баллам.

Во II группе здоровья среди обучающихся третьих классов было выявлено, что 12 человек, а это 27,3 % детей обучаются на отлично. 23 человека, что составляет 52,3 % респондентов, имеют отметки хорошо и отлично. 5 человек 11,4% всей выборки второй группы здоровья имеют одну тройку. С двумя тройками мы видим 4 обучающихся 11,4% респондентов данной группы. Отметим, что учеников неуспевающих по программе в исследовании не выявлено. Данная группа характеризуется отсутствием хронических заболеваний, наличием некоторых функциональных и морфофункциональных нарушений, особенно перенесших тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания. В данную группу входят дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела или избыточной массой тела, дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

Третью группу здоровья составили три человека всей выборки. Один ученик 33,3 % обучается на отлично, а 2 (66,7%) – на хорошо и отлично. Данная группа включает в себя категории детей дети, страдающих хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций.

Для исследования рабочей памяти младших школьников была выбрана методика «Интерференция» характеристик систем зрительно-пространственной памяти» (Разумникова О.М., Савиных М.А.) направлена на изучение механизмов интерференции памяти у детей. Полученные в ходе исследования результаты процессов интерференции позволили выделить 1 стратегию запоминания и воспроизведения мальчиками и девочками зрительных объектов, что представляет собой преимущественную обработку полученных стимулов по принципу интерференции, в результате чего при выполнении заданий количество запоминаемых и воспроизводимых объектов от серии к серии последовательно уменьшалось. Воспроизведение, обусловленное забыванием. Мальчики II группы здоровья показали 2 стратегию запоминания и воспроизведения, где количество запомненных и воспроизводимых объектов от серии к серии увеличивалось. У мальчиков данной группы контроль моторной интерференции включает торможение реакции на отвлечения, что способствует успешному выполнению основного задания. Девочка данной группы показывают 1 стратегию запоминания и воспроизведения.

У респондентов 3 группы здоровья интерференция памяти проявляется в большей степени, что может привести к негативному усвоению учебного материала. Респонденты данной группы запомнили больше всего объектов в первой серии, и меньше объектов в третьей серии, поэтому при сравнении первой и третьей серии рабочая память накопила следы предыдущих объектов, и поэтому они выполнили вторую и третью серию хуже первой.

Таким образом, для 3 группы, а это мальчики, характерен низкий объем рабочей памяти, которая выражается в неспособности применения имеющихся знаний в практической деятельности.

В результате проведенного исследования было выявлено, что мальчики II группы здоровья показывают стратегию, в большей степени основанную на механизмах условно-рефлекторной деятельности, ведущих к «научению». Для испытуемых первой группы здоровья характерно воспроизведение, обусловленное забыванием. Это связано, на наш взгляд, с вез категорий детей с набором разных видов академических отметок. Для мальчиков первой и третьей групп здоровья характерен низкий объем рабочей памяти, которая выражается в неспособности применения имеющихся знаний (опыта) в практической деятельности. Респонденты данной группы способны применять знания (опыт) на практике только в короткий промежуток времени.

По результатам исследования можно говорить о необходимости дифференцированной работы с учениками начальной школы по тренировке у них приемов запоминания, сохранения и воспроизведения информации. И здесь помощь школьного психолога очень важна. Для успешного обучения

детей с низким объёмом рабочей памяти необходимо использование таких педагогических технологий, в основе которых, лежат задания, направленные на формирование исполнительных функции и тормозного контроля.

Литература:

1. Васильева И.К., Дунаевская Э.Б. Исследование особенностей тормозного контроля у детей с задержкой психического развития. //Комплексные исследования детства. -2020.Т.2 № 2. - С. 90 – 97.
2. Ильин Е. П. Психология воли. - СПб.: Питер, 2009, 368 с.
3. Кулганов В.А. Критерии школьной дезадаптации первоклассников // Дошкольная педагогика. – 2021 – № 2(167). – С. 4-7.4.
4. Николаева Е.И., Исайко А.А., Федорук, А. С. (2019) Связь характеристик рабочей памяти и тормозного контроля с особенностью ближайшего окружения дошкольника и его включенностью в физическую активность. Комплексные исследования детства, т. 1, № 2, С.107–113.
5. Разумникова О. М., Николаева Е. И. Значение тормозного контроля в онтогенезе когнитивных функций.//Мат-лы Всероссийской научно-практической конференции «Когнитивные исследования на современном этапе. - Казань, 30 октября – 03 ноября 2017. С.153-167.
6. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды / Под ред. В.В.Давыдова, В.П. Зинченко. - М.:Педагогика, 1989. 560 с.
7. Kopp С.В. Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 1982, vol. 18, no. 2, pp. 199-214.
8. Barkley R.A. ADHD and the nature of self-control. - New York: Guilford Press. 2017.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ СРЕДЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Велюго¹ И. Э., Максименко² К. Н.

1 - Государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования. ГБУДППО ЦПКС Адмиралтейского района

2 - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена», Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение школа № 231 Адмиралтейского района
irvel@mail.ru

В современном обществе – технологичном, информационном, глобальном, постиндустриальном, особую роль приобретает экологическое образование как необходимое условие следования целям устойчивого развития (С.В. Алексеев, М.В. Аргунова, Е.Н. Дзятковская, А.Н. Захлебный, Н.И. Корякина, Н.М. Мамедов, И.Т. Суравегина, И.Н., А.Д. Урсул и др.) [1].

Экологическое образование, будучи непрерывным процессом, направлено на освоение экологической культуры на каждой ступени обучения и предполагает приобретение таких знаний, умений, навыков и установок по отношению к окружающей среде, которые обуславливают поведение и деятельность личности [2].

Однако современные педагогические и социологические исследования показывают, что уровень экологической культуры учащихся недостаточен. В связи с этим особое значение приобретает проектирование и внедрение таких форм экологического образования, которые бы отвечали запросам настоящего и будущего.

В современных условиях важнейшей методологической основой экологического образования является здоровьесозидающий подход, на данный момент активно развивающийся в образовании (С.В. Алексеев, Л.Г. Татарникова, М.Г. Колесникова, Г.Е. Гун, А.Г. Маджуга, Э.И. Тюмасева, Б.М. Шаваринский и др.) [3] и реализующийся через создание здоровьесозидающей образовательной среды, что является одной из стратегических задач системы образования Санкт-Петербурга.

Цель исследования

Разработать и проверить экспериментально методику формирования экологической культуры обучающихся на основе

Результаты

Разработанная нами модель здоровьесозидающей предметной среды экологического образования опирается на представления о значимости личных характеристик субъектов образовательного процесса, их способов действий и продуктов деятельности. Субъективность среды находит свое отражение в вариативной ее части, которая на практике проявляется в том, что педагогическое воздействие, которое получит каждый обучающийся, будет различным.

В связи с этим предметная среда рассматривается как совокупность инвариантной и вариативной составляющих, которые проявляются в каждом компоненте среды: содержательном (информационном), методическом (технологическом), пространственно-предметном, субъектно-деятельностном, личностно-смысловом.

За счет наличия вариативной части здоровьесозидающая предметная среда экологического образования становится гибкой, способной к изменениям без потери своего образовательного потенциала.

Моделируемая нами среда не предъявляет жесткие требования к пространству, что дает возможность использовать ее как в системе образования, так и в системе отдыха и оздоровления детей и подростков. Такая среда, несмотря на большую гибкость, сохраняет смыслообразующие характеристики и, кроме того, стимулирует обучающегося к активным действиям по формированию собственной окружающей среды, в том числе, образовательной.

Нами была разработана программа формирования экологической культуры восьмиклассников на основе здоровьесозидающей предметной среды. В основу разработки содержания программы положен проблемно-ориентированный подход, погружение учащихся в различные жизненные ситуации, требующие практического решения различных проблем на основе использования научной, достоверной и непротиворечивой информации. Программа реализуется с использованием специально разработанного цифрового онлайн портала «Здоровье человека и окружающая среда»: Марафон для тех, кто готов относиться бережно к себе и миру вокруг» на основе конструктора Tilda.

С каждым выполненным заданием содержание портала обновляется с учетом вклада каждого участника (добавление материалов практических работ (эссе, интерактивная карта микрорайона, ментальные карты, фотографии, описания здоровьесозидающих практик, результаты исследований, видеоролики, рефлексивные оценки и т.д.).

В программе реализована следующая логика освоения материала. Первый этап - знакомство обучающихся с концепцией устойчивого развития в целом. Затем через актуализацию эмоционально-эстетических аспектов, через любовь к окружающему пространству, обучающийся приходит к потребности в сохранении значимых для него объектов. Далее обучающийся получает представление о современных экологических практиках, происходит формирование навыков экологического поведения через собственную деятельность в отношении сбережения ресурсов планеты и своих собственных ресурсов, сохранения и созидания своего здоровья и здоровья окружающей среды. Кроме того, обучающиеся знакомятся с многомерностью дисциплины «Экология человека» через освоение тем, связанных с экологией восприятия, общения и др. Имея собственный опыт экологического сопереживания, обучающиеся сталкиваются с образным и чувственным воплощением другими людьми своего переживания экологических проблем через произведения искусства и имеют возможность самовыражения в рамках обучения. Программа заканчивается созданием экологической карты своего пространства и итоговой рефлексией.

Данная программа была апробирована нами на базе двух ОУ Санкт-Петербурга в формате погружения. Характерными особенностями такой организации являются: интенсивность, высокий рефлексивный потенциал, возможность поддержания высокого уровня мотивации; современность; соотнесение с привычными для современных подростков формами активности.

Анализ изменения уровня сформированности экологической культуры восьмиклассников с учетом освоения программы позволяет говорить об эффективности реализованной на основе здоровьесозидающей предметной среды программы экологического образования.

Подводя итог, можно говорить о том, что у обучающихся повысились объем и системность представлений о закономерностях взаимодействия человека и окружающей среды; расширился диапазон используемых источников экологической информации (Интернет-порталы, пособия, видеозаписи, интерактивные карты, виртуальные экскурсии и т. д.). Одним из ключевых моментов явилась возможность связывать получаемые знания с практикой и личным опытом в процессе освоения программы. Обучающиеся смогли овладеть способами экологической деятельности, регуляции собственного состояния.

В процессе освоения программы обучающиеся включили в свою жизнь новые экологические практики, имели возможность рассмотреть экологические вопросы через собственный опыт и через опыт других обучающихся.

Программа была выстроена таким образом, чтобы обучающиеся смогли получить опыт эмоциональной вовлеченности в решение экологических вопросов через проектирование и реализацию экологического поведения в отношении значимых объектов. В целом, обучающиеся стали лучше оценивать свою роль в настоящем и будущем окружающей среды и своего здоровья,

Заключение

Полученные результаты позволяют выделить следующие принципы современной здоровьесозидающей среды экологического образования школьников:

- *Сопряжение понятий «экология» и «здоровье»;*
- *Рассмотрение взаимоотношений субъекта образовательного процесса и образовательной среды как управляемой и корректируемой модели взаимоотношений человека и окружающей среды;*
- *Гибкость, вариативность, субъективность образовательной среды;*
- *Эмоциональная вовлеченность учащихся через их взаимодействие со лично значимым окружающим пространством;*
- *Использование ресурсов открытой цифровой среды.*

Литература:

1. Концепция непрерывного экологического просвещения на территории Санкт-Петербурга [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.infoeco.ru/assets/f/kontseptsia.pdf> (дата обращения: 14.07.2022).
2. Алексеев С. В. Экологическое образования и просвещение в Санкт-Петербурге: история, состояние, перспективы / С. В. Алексеев, Н. В. Груздева, Э. В. Гущина // Экологическая обстановка в Санкт-Петербурге / под ред. Д.А. Голубева, Н.Д. Сорокина. – СПб., 2004. – С. 751–775.
3. Кот Т.В. Психологические аспекты формирования у подростков безопасного и здорового жизненного стиля // Сборник материалов XI Российского форума «Педиатрия Санкт-Петербурга : опыт, инновации, достижения», Санкт-Петербург, 27-28 сентября 2019 года. – СПб, 2019. – С.66-70.
4. Методика обучения учащихся в рамках учебного модуля «Здоровье человека и окружающая среда»: методическое пособие / авторский коллектив: Алексеев С. В., Гущина Э. В., Костецкая Г. А., Велюго И. Э., Тутынина Е. В. / под редакцией С. В. Алексеева. – СПб.: СПб АППО, 2020. - 91 с.

ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Головки П. С.

ГБОУ СОШ № 358 Московского района Санкт-Петербурга

polinaserggeeva@yandex.ru

Познавательная активность – это проявление интереса к учебной деятельности, к приобретению знаний, к науке. Возникновение познавательной активности зависит в первую очередь от уровня развития ребенка, его опыта, знаний, той почвы, которая питает интерес, а с другой стороны, от способа подачи материала. В ходе перехода из дошкольного детства в младший школьный возраст происходит новый шаг в развитии мотивационной сферы ребенка. Во многом мотивация первоклассника, как и ребенка дошкольника, не имеет осознанных мотивов. Все цели, которые преследует ученик, являются целями учителя или семьи. Т.е. на начальном этапе школьного обучения цели, преследуемые педагогом, родителями, принимаются ребёнком за собственные. Дети этого возраста хотят действовать по инструкции, в правильных «руках», ребёнок еще только учится самоорганизации и постановке собственных целей, их достижению.

Активность личности имеет психологическую природу, которая затрагивает творческие и познавательные возможности каждого человека. Активность человека – социальное явление, которое может выражаться в конкретном поведении личности, несущее в себе движение, выраженную позицию. А.М. Матюшкин [3] выделяет два вида активности: адаптивная и продуктивная активность. Адаптивная активность отвечает за «приспособление», а продуктивная – основа возникновения и становления психических новообразований.

Психологи выделяют следующие компоненты познавательной активности:

- *Эмоциональный (процесс познавательной деятельности вызывает положительные эмоциональные переживания)*
- *Мотивационный (развитие познавательных интересов, способность к целеполаганию)*
- *Волевой (высокий интерес к занятиям; школьник стремится сам планировать свою деятельность)*

- *Содержательно-операционный (практическая подготовленность обучающегося, владение системой основных знаний, умений средств и способов действий) [4].*

По мнению Г.И. Шукиной [5], познавательная активность – качество личности, выражающееся в устойчивом стремлении к познанию. Включение в процесс учебной деятельности у детей всегда находится на разных стадиях, Г.И. Шукина выделила три уровня активности обучающихся:

1. *Репродуктивно-подражательный уровень (опыт деятельности накапливается через опыт другого человека)*
2. *Поисково-исполнительский уровень (высокий уровень самостоятельности, понимание задачи, поиск средств для её решения)*
3. *Творческий уровень (постановление задачи, нахождение новых, универсальных, нестандартных способов её решения)*

Из этого следует, что для повышения уровня познавательной активности, необходимо возбудить в ребёнке внутреннюю мотивацию, повернув угол зрения на определенные вещи таким образом, чтобы первыми в обучении выступали интересы самого ребёнка.

Интересы учеников 1-2 класса, как отмечают психологи, характеризуются:

- *подражательностью (случайностью возникновения);*
- *непостоянством, легким и беспричинным изменением;*
- *поверхностностью (интересны только внешние факты. Яркие, необычные);*
- *близостью собственному жизненному опыту;*
- *разбросанностью (ученик интересуется многими совершенно разными областями знаний, без всякой их связи);*
- *направленностью на ближайший результат [1, 2].*

Положительные черты мотивации – это те черты, при развитии которых, внутренняя мотивация детей растет, заставляя их идти дальше, познавая больше. К положительным чертам мотивации относят:

- *широкий круг интересов*
- *любопытность*
- *непосредственность*

- *открытость*
- *доверчивость*
- *принятие и вера в авторитет учителя*
- *понимание необходимости учиться.*

К отрицательным чертам, негативно влияющим на внутреннюю мотивацию детей, можно отнести:

- *кратковременность интересов*
- *зависимость от поддержки учителя*
- *малоосознанность выбора*
- *недостаточный интерес к процессу учения*
- *беспечное отношение к школе [5].*

Наиболее ярко интерес детей к широкому кругу способов самостоятельного приобретения знаний проявляется к середине младшего школьного возраста. Дети хотят получить одобрение учителя (социальный мотив), хотят получить положительную оценку и доверие педагога – как заслугу. В этой ситуации, внутренняя мотивация начинает укрепляться вместе с самооценкой ребёнка, что положительно сказывается на его учебной и внеучебной деятельности.

За повышение мотивации к обучению выступают следующие элементы урока и внеурочной деятельности:

- *самостоятельное решение примеров/задач*
- *наблюдение за явлениями природы*
- *лепка/рисование/прослушивание музыкальных композиций*
- *задания со «звездочками» поощрение [2].*

Формирование учебной мотивации происходит в течение первых лет обучения в школе. Оно условно делится на следующие компоненты:

- *мотивационно-ценностный (устойчивый интерес к познанию)*
- *когнитивный (самостоятельное определение познавательной задачи, предположение способов её решения)*
- *аффективный (положительные эмоциональные реакции в процессе познания)*

- *рефлексивный (самооценивание, анализ успешности выбранного пути для решения задачи)*

Изучив психолого-педагогические особенности развития познавательной активности младших школьников [1 и др.], нами было проведено исследование развития познавательной активности детей.

Целью данного исследования является: определение педагогических условий, обеспечивающих развитие познавательной активности младших школьников.

База исследования: ГБОУ СОШ № 358 Московского района Санкт-Петербурга.

Экспериментальная группа – 40 человек, учащиеся четвертого класса

По половому признаку: 19 мальчиков, 21 девочка. Возраст на начало эксперимента (сентябрь 2021 года): 10 лет – 25 человек, 11 лет – 15 человек.

Контрольная группа – 30 человек, учащиеся третьего класса

По половому признаку: 20 мальчиков, 10 девочек. Возраст на начало эксперимента (сентябрь 2021 года): 9 лет – 16 человек, 10 лет – 14 человек.

Рассмотрим результаты исследования по диагностике Г.И. Шукиной на выявление уровня познавательной активности младших школьников. Обработка результатов теста позволила выделить четыре группы учащихся.

Первая группа (учащиеся, проявляющие себя пассивным образом, со слабой реакцией на требования учителя) характеризуется нулевым уровнем активности, который проявляется в низком уровне заинтересованности как учебным процессом в целом, так и отдельно взятыми науками. В процентном соотношении эта группа детей составила 25%.

Вторая группа (дети, обладающие неустойчивым интересом) заняла 43% от общего количества наблюдаемых детей. Это наибольший показатель из всех четырех групп. В данной группе, дети стараются узнать новую информацию, стремятся обладать знаниями, но не углубляются, не заглядывают «внутрь» самого познания. Обычно, таких детей не интересует, что и откуда берётся, почему какое-то явление происходит именно так, а не иначе. Вопросы, которые задаются такой группой детей – закрытые.

Третья группа (ищущие смысл) характеризуется стремлением познать связи между явлениями, довести любое начатое дело до конца, а также, в момент, когда такой ребёнок сталкивается с трудностями, он, обычно, не отказывается от своей задачи, а пытается найти способ решения. Данная группа детей – 17%, это малая часть, а именно 7 человек из 40.

Четвертая группа детей (находящие новые цели и способы) составила 15% и показала свои умения на самом высоком уровне. Такие дети, как правило, помимо поиска взаимосвязей, стараются найти новый способ, достичь понимания взаимосвязей на более высоком уровне, а также проявить упорство и дойти до конца, совершенно иным, отличным от остальных, маршрутом. В процентном соотношении это 15% - 6 детей из 40 наблюдаемых. Данный процент является низким показателем высокой активности.

Большая часть детей экспериментальной группы – познавательно пассивны, не проявляют интерес, не заглядывают «вглубь», не проявляют себя. Эти показатели дают нам понять, что их стремление учиться снижено. Наиболее ярко выраженная причина для объяснения этого феномена – ежегодное снижение познавательной активности по ряду социальных факторов:

- *мотивация к получению знаний;*
- *отношение к школе;*
- *семейные обстоятельства (поощрение активности или же негативные высказывания относительно школы/полученных оценок/ошибок);*
- *влияние всемирной сети Интернет (различные высказывания в сети, касающиеся учебной деятельности, педагогов, ненужности школьных знаний);*
- *мнение одноклассников/друзей/сверстников.*

Мотивационная сфера младшего школьника трансформируется из года в год. Так, с приходом в школу, мотивация имеет познавательную и социальную направленность, которая перерастает в «позицию школьника», имеющей стремление посещать учебное учреждение, выполнять обязанности. В дальнейшем, эта направленность удовлетворяется и меняется на «учебно-познавательные мотивы» и «социальные мотивы». К концу четвертого класса у детей должен быть сформирован учебно-познавательный мотив, который выражается в добывании новых знаний. Именно воспитание этого мотива помогает детям преодолеть новый рубеж в их жизни – переход в среднюю школу. Формирование всех перечисленных уровней мотивации способствует укреплению положительного отношения к учению в данном возрасте.

Противоречием в развитии познавательной активности младших школьников выступают высокие требования общества, федерального государственного стандарта и семьи к развитию когнитивной сферы и познавательного интереса младших школьников и недостаточность педагогических условий для их развития в учебном процессе.

Развитие познавательной активности можно разбить на несколько важных этапов:

- 1. Создание комфортного климата для вовлечения детей в учебный процесс;*
- 2. Определение группы интересов ребёнка/детей;*
- 3. Совмещение темы урока с одной из категорий интересов детей;*
- 4. Включение вариативности в процесс обучения с возможностью выбора заданий любой сложности и подтемы;*
- 5. Поощрение любого вида активности ребёнка;*
- 6. Предоставление выбора уровня самостоятельности при работе над заданием.*

Данные пункты позволят ребёнку, с одной стороны, прочувствовать самостоятельность и доверие со стороны взрослого/педагога, а с другой стороны ощутить поддержку и возможность воспользоваться спасательным кругом при надобности. Такие условия положительно повлияют на познавательную активность ребёнка, давая ему возможность развиваться и проявлять себя, как внутри определённой темы, так и в предмете в целом.

Познавательная активность развивается в различных видах деятельности. Чем шире диапазон видов деятельности, глубина включения ребенка в них, тем познавательная активность ребенка выше.

Литература:

1. Котова С.А., Марченко В.И. Особенности мотивации к обучению современных первоклассников //Молодежная наука: тенденции развития. – Елец, № 1, 2016. С. 43-50
2. Левенберг Л.Ш. Активизация познавательной деятельности младших школьников. - М.: Просвещение, 2015. - 156с.
3. Матюшкин А.М. Психологическая структура, динамика и развитие познавательной активности// Вопросы психологии. -1982. -№4. -с.5-17
4. Щукина Г.И. Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе. - М.: Просвещение, 1979.-160 с.
5. Щукина, Г.И. Педагогические проблемы формирования познавательных интересов учащихся.- М.: Просвещение, 2014.- С.334.

ДЕТИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА, ЦЕЛИАКИЕЙ, ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гордиенко Н. В., Романова А. В.

ГБДОУ детский сад № 104 комбинированного вида

Невского района, Санкт-Петербург

docng@mail.ru

Актуальность. Современные требования к образованию включают доступность образования для всех детей, независимо от состояния здоровья. Пребывание в учреждении детей с сахарным диабетом и особыми потребностями в питании требуют и особой организации медицинского сопровождения и образовательного процесса, что вызывает определённые трудности во многих дошкольных образовательных учреждениях.

Об учреждении. Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 104 комбинированного вида Невского района Санкт-Петербурга в настоящее время посещает 175 воспитанников. Из них 32 ребёнка с сахарным диабетом I типа, 13 с целиакией, 36 с тяжелой пищевой сенсibilизацией с кожными, энтеральными или респираторными проявлениями, 15 детей с ДЦП и сопутствующей патологией, 2 ребёнка с фенилкетонурией, 3 ребёнка с врожденной гипертрофией коры надпочечников. Им необходим особый подход и динамическое наблюдение медиков и педагогов. Медицинское сопровождение организовано отделом образования Невского района Санкт-Петербурга, медицинские осмотры (скрининги), вакцинацию, контроль эпидобстановки осуществляет СПбГБУЗ ДП №45 Невского района Санкт-Петербурга.

Методы работы. Одной из важнейших задач медицинского сопровождения является коррекция диеты в соответствии с заболеванием ребёнка и обеспечение максимально адекватной замены «запрещенным» продуктам. За основу взято меню разработанное Управлением социального питания г. Санкт-Петербурга для дошкольных учреждений с 12-часовым пребыванием детей. Составлено меню с технологическими картами для детей с сахарным диабетом I типа (стол №9 по Певзнеру), меню для детей с целиакией (безглютеновое), меню (замены) для детей с непереносимостью белка коровьего молока и других продуктов. В питании используются безглютеновые, диабетические продукты, для коррекции меню детей с фенилкетонурией- лечебные смеси.

Особое внимание уделяется контролю и коррекции уровня гликемии у детей с сахарным диабетом. Плановое измерение уровня глюкозы крови и введение инсулина проводится перед каждым приемом пищи (4 раза в день). В процессе динамического наблюдения коррекция в течение дня по состоянию ребёнка или при контроле с помощью дистанционных устройств (при наличии). Расписание занятий составлено с учетом режима приёма пищи и контроля глюкозы крови, чтобы между физическими нагрузками (физкультура, бассейн, прогулка) и контролем не было больших интервалов. Интенсивность физических нагрузок контролируется врачом-педиатром.

Во время нахождения в учреждении, дети, которым необходима медикаментозная поддержка по назначению врачей-специалистов (противосудорожная при эпилепсии, гормональная при дисфункции коры надпочечников), получают соответствующие препараты.

В учреждении работают психологи, логопеды, дефектологи задачей которых является помощь в адаптации к нахождению в коллективе, помощь в учебном процессе, осуществление адаптированной образовательной программы при необходимости. Педагоги, работающие с детьми, знают особенности их заболевания, необходимые ограничения, ситуации, при которых следует обратиться к медицинскому персоналу. Необходимо отметить, что дети с сахарным диабетом I типа, хроническими заболеваниями с ограничением многих продуктов питания и частым отсутствием в связи с заболеванием, требуют особого подхода в обучении. При освоении общеобразовательной программы дошкольного образования им нередко нужна дополнительная помощь.

Выводы. В настоящее время возможно организовать обучение и нахождение в общеобразовательном учреждении детей с сахарным диабетом I типа и детей с особенностями питания, требующих их строгого соблюдения, а также детей на медикаментозной терапии по жизненным показаниям. Для этого необходима совместная работа медиков и педагогов, позволяющая делать жизнь наших воспитанников максимально здоровой и полноценной.

В перспективе, хотелось бы сделать пребывание таких детей в обществе лёгким и обыденным, за счет широкого внедрения простых в использовании инсулиновых помп и неинвазивных методов контроля, отработанных схем питания, возможно, с использованием готовой продукции промышленного производства, небольшой наполняемости групп в детских учреждениях, обучения педагогического персонала, создания доступной среды. Это даст возможность обучать воспитанников с особенностями здоровья в любом учреждении.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «БУДЕМ ЗДОРОВЫ – ВМЕСТЕ!» КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЕ-СОЗИДАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРИМОРСКОГО РАЙОНА

Демидова С. П., Мазур О. И.

ГБУ ДППО ЦПКС «Информационно – методический центр»

Приморского района, Санкт-Петербург

sve.demidova@yandex.ru

Великий русский педагог В.А. Сухомлинский писал: «Забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы». В настоящее время одной из наиболее важных и глобальных проблем является сохранение и укрепление здоровья учителей и их воспитанников[2]. Здоровье – это не только отсутствие болезни и физических дефектов, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие (Устав Всемирной организации здравоохранения).

Сегодня одним из главных факторов, определяющих эффективность системы образования, является готовность всех субъектов образования к реализации здоровьесозидающего поведения в образовательной среде. Это требует сформированности здоровьесозидающей компетентности у обучающихся, педагогов, родителей, повышение уровня которой возможно в процессе сотрудничества образовательных организаций с социальными партнерами в сфере здравоохранения [1, 3, 4, 5].

Сущность социального партнерства, которое успешно развивается в системе образования Приморского района Санкт-Петербурга, заключается в налаживании конструктивного взаимодействия ГБУ ДППО ЦПКС «Информационно-методический центр» Приморского района Санкт-Петербурга и Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Проект, совместно реализуемый в школах района, называется «Будем здоровы – ВМЕСТЕ!». Потребность в реализации проекта определяется необходимостью создания модели социального партнерства и системы научно-методического сопровождения педагогических и управленческих кадров.

Способы решения этих проблем силами одного учреждения оказываются недостаточно эффективными, поскольку, работая по отдельности,

каждая организация проводит обособленную деятельность, зачастую дублирует действия, затрачивая ценные ресурсы (временные, материальные, человеческие, интеллектуальные и пр.). Разрозненные усилия приводят к малоэффективным результатам при больших ресурсозатратах. Поэтому необходима совместная деятельность всех секторов и применение системного подхода к формированию, развитию и управлению партнерским процессом.

Цель проекта – развитие форм профессионального общения и социального партнерства, совершенствование научно-методического сопровождения педагогических и управленческих кадров.

Задачи проекта:

1. *Предоставить педагогическим работникам района возможность использовать ресурсы научного медицинского центра для повышения профессиональной квалификации.*

2. *Сформировать научно-методическую систему сопровождения педагогических и управленческих кадров в рамках социального партнерства.*

3. *Разработать и реализовать совместно с партнерами программы дополнительного профессионального образования педагогов:*

– *«Педагогические технологии в работе с проявлениями агрессивности детей»;*

– *«Соблюдение личной безопасности и оказание первой помощи в образовательной организации».*

4. *Разработать и реализовать совместно с партнерами программы дополнительного образования детей по направлению «Медицина, углубленное изучение предметов естественно-научного цикла».*

5. *Содействовать осознанному выбору школьниками своей будущей профессии в области здравоохранения и вовлечению их в волонтерскую деятельность.*

Апробированные в проекте модель социального партнерства, формы профессионального общения и социального партнерства с целью совершенствования районной системы научно-методического сопровождения педагогических и управленческих кадров, методики их реализации служат опорой специалистам для эффективного построения механизма социального партнерства, новых, крепких и успешных партнерских проектов, направленных на совместное решение разных социальных проблем и обеспечение устойчивого профессионального развития партнеров - участников проектов.

Сильными сторонами проекта являются:

1. *Развитая система основного и дополнительного образования в районе, представлены все уровни общего образования*

2. *Высокая квалификация педагогических кадров, система непрерывного повышения квалификации в области создания здоровьесозидающей среды, развития дополнительного образования, совершенствования воспитательной системы района.*

3. *Высокий уровень инновационного потенциала педагогических кадров.*

4. *Традиции инновационного развития системы образования района.*

5. *Развитая система районных служб здоровья и сопровождения.*

Преодолев слабые стороны проекта, такие как невысокий уровень межведомственного взаимодействия представителей медицинских и педагогических структур, недостаточное использование потенциала социального взаимодействия, отсутствие опыта инвестиций в целостные педагогические практики, проблемы взаимодействия с родителями обучающихся, психолого-педагогические проблемы обучения и мотивации, перегрузку педагогов и обучающихся; недостаточную включенность ОО района в сетевое сообщество учреждений, осуществляющих здоровьесозидающую деятельность, проект представляет возможности, в результате реализации которых выстроена развитая система социального партнерства с целью оптимизации здоровьесозидающего пространства системы образования Приморского района Санкт-Петербурга, решена задача успешной социализации обучающихся, выстроена система допрофессионального образования, решены проблемы интеграции воспитания и обучения, урочной и внеурочной деятельности, расширена валеологическая составляющая петербургского компонента образования.

В результате реализации проекта «Будем здоровы – ВМЕСТЕ!» педагогические работники района получают возможность использовать ресурсы научного медицинского центра для повышения своей профессиональной квалификации. Реализация совместно с партнерами программ дополнительного профессионального образования педагогов обеспечивает качество освоения педагогами новых компетенций.

Реализация совместно с партнерами программы дополнительного образования детей по направлению «Медицина, углубленное изучение предметов естественно-научного цикла» содействуют более осознанному выбору школьниками своей будущей профессии в области здравоохранения и привлекает их в активную волонтерскую деятельность.

Также проект нацелен на раскрытие актуальности и востребованности профессии врача в современном обществе, на получение обучающимися более широкой и полной информации о сложностях освоения профессии врача.

Проект помогает формировать у педагогов умение и желание заботиться о своем здоровье, потребности в здоровом образе жизни и эмоциональном благополучии как залого успешности в педагогической деятельности. В рамках районного Конкурса педагогических достижений «Грани таланта» Институт медицинского образования национального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова является площадкой конкурсных номинаций «Учитель здоровья» и «Социальный образовательный проект».

Основные преимущества представляемого проекта перед аналогами:

- *проект предоставляет уникальную возможность обучающимся и педагогам увидеть работу медицинского учреждения изнутри;*
- *действующие врачи обучают педагогов и школьников основам первой помощи на занятиях с использованием тренажеров и симуляторов;*
- *школьники включаются в исследования под руководством научных сотрудников центра;*
- *организована школьная секция на ежегодной конференции молодых ученых. Вместе с ИМЦ Приморского района Центр имени В.А.Алмазова работает над исследовательскими проектами в области профессионального самоопределения школьников;*
- *проект способствует расширению аудитории учебно-научного учреждения с помощью программ профориентационных встреч, которые нацелены на учащихся 9-11 классов и постоянно совершенствуются в соответствии с запросами.*

В результате реализации проекта разработаны и проведены следующие мероприятия, характеризующиеся оригинальностью и новизной:

- *Всероссийская научно-практическая конференция для педагогов образовательных учреждений «Здоровье педагога в условиях современной образовательной среды» (Продукты: программа конференции, пресс- и постерлизы, видеозаписи докладов, сборник материалов конференции);*
- *дополнительные профессиональные программы повышения квалификации педагогов «Педагогические технологии в работе с проявлениями агрессивности детей» и «Соблюдения личной безопасности и оказание первой*

помощи в образовательной организации» (текст программ, методические материалы к реализации программ);

- программа дополнительного образования детей «Медицина, углубленное изучение предметов естественно-научного цикла» (текст программы, методические материалы к реализации программ);
- сборник сочинений детей на тему «Учитель и врач - профессии будущего»;
- Школьная секция на ежегодной конференции молодых ученых (аннотированный сборник результатов исследований под руководством научных сотрудников центра);
- сборник исследовательских проектов в области профессионального самоопределения школьников;
- выставка результатов исследовательских проектов в области профессионального самоопределения школьников (Каталог материалов выставки);
- семинар для учителей химии, физики, биологии «Технологии подготовки мотивированных учащихся к олимпиадам по предметом «биология», «химия», «физика» (план семинара, пресс- и пострелизы, методические материалы к проведению семинара);
- методический семинар «Учитель будущего: реальность и возможности» (в рамках постоянно действующего семинара руководителей «Управление качеством образования») (план семинара, пресс- и пострелизы, методические материалы к проведению семинара);
- публикации по теме проекта в научно-методических изданиях, в районном научно-методическом издании «Magisterium», в электронных СМИ.

Мониторинг реализации проекта показывает соотношение поставленных задач с ходом их выполнения, достигнутыми результатами и их соответствие целям проекта. Использована количественная информация (данные, цифры, факты), а также методы анализа качественной информации (впечатления, отзывы, мнения людей).

Литература:

1. Модель И.М. Социальное партнерство в системе общественных отношений // Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук. 1999. №1. С. 79-99

2. Основные итоги реализации стратегических направлений. Повышение уровня и качества жизни населения и развитие социальной сферы. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.chem-astu.ru/regional/strateg_8.htm/

3. Раджабова Д.А. Социальное партнерство - компромисс интересов // Актуальные проблемы российского права. 2018. №3. С. 219-222

4. Тиховодова А.В. Социальное партнерство: сущность функции особенности развития в России // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2018. №58. С. 297-301

5. Чернова А.А. Социальное партнерство образования и производства как важный фактор успешной подготовки специалистов для современного рынка труда // Казанский педагогический журнал. 2017. №2. С. 13-16

УРОКИ ЗДОРОВЬЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ УГЛУБЛЕННОГО ИЗУЧЕНИЯ УЧЕНИКАМИ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Деркунская¹ В. А., Ефимова² Н. И.

1 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

2 - ГБУСОШ № 160 Красногвардейского района, Санкт-Петербург

vderkuns kaya@yandex.ru

Проблема здоровьесбережения в образовании активно разрабатывается в последние десятилетия. Усилена эта линия во всех нормативных документах и выделена в национальном проекте «Образование». Обновленный стандарт начального образования первостепенными задачами определяет сохранение и укрепление здоровья детей посредством использования разнообразных образовательных технологий и программ.

По результатам многочисленных исследований здоровье школьников, к сожалению, с 1 класса ухудшается, увеличивая эти показатели с каждым годом обучения. В связи с этим, становление у подрастающего поколения установок на здоровый образ жизни, культуру здоровья – одна из значимых задач в работе учителя. Здоровый образ жизни – это индивидуальная стратегия жизнедеятельности человека по достижению состояния благополучия, которая реализуется на основе ценностных социокультурных представлений о феномене «здоровье» и с учетом индивидуальных особенностей жизнедеятельности. Реализация урочной и внеурочной деятельности по изучению

детьми основ здорового и безопасного образа жизни – это комплексный подход к становлению у школьников бережного отношения к своему здоровью и здоровью другого, это выбор в пользу поступка или поведения, сохраняющего и сберегающего здоровье. Поступок и правильная мотивация к нему определяется представлениями, системой знаний детей об организме человека, способах его укрепления и сохранения, простейших правилах здоровья, безопасности, культуре. Деятельностный подход в образовании призывает нас использовать на уроках здоровья экспериментирование и опыты, проблемные ситуации и задачи, которые бы обращали детей к собственному опыту, практикованию, позволяли бы им обретать функциональную грамотность и компетентность.

Приведем примеры отдельных игровых развивающих ситуаций из опыта работы, которые могут быть включены в уроки по предмету «Окружающий мир», а также во внеурочную деятельность с младшими школьниками по теме «Организм человека».

Игровая развивающая ситуация «Розовые ручейки»

Цель: дать детям представления о крови и кровеносной системе, развивать любознательность, исследовательский интерес; развивать способность анализировать результаты опытов, делать полезные для здоровья выводы.

Методические рекомендации. Готовясь к данному уроку, учитель должен практически определить, как выглядят детские ладошки на просвет, иначе его указания окажутся неточными и неконкретными. Эксперимент лучше проводить в яркий солнечный день. При недостатке света включают электрическую лампу.

Методика проведения. Дети сидят за столами по двое или вокруг одного большого стола. Педагог сообщает детям о том, что кровь, которая вытекает из ранки, немного другого цвета, чем та, которая находится внутри организма. Чтобы узнать ее цвет, он предлагает детям повернуться лицом к окну (электрической лампе), сложить ладошки вместе и накрыть ими глаза. Советует прикрывать плотнее, чтобы свет не пробивался между пальчиками. Глаза не закрывать. После этого, учитель, просит детей посидеть спокойно, чтобы глаза привыкли к темноте. Дети видят, что через ладошки просвечивает кровь. Вопросы к детям: Какого она цвета? Отличается она от той крови, которую вы видели? Кто знает, для чего нужна кровь?

Вывод: детские ладони прозрачны, на розовом фоне хорошо видны темные контуры костей. У взрослых видно то же, только ладони менее прозрачны.

Кровь переносит и кислород, и пищу всему организму, а уносит ненужные вещества.

Игровая развивающая ситуация «Почему кровь из нас не вытекает?»

Цель: дать представления о кровеносной системе, развивать любознательность и исследовательский интерес; развивать способность анализировать результаты опытов, делать выводы.

Методика проведения. Педагог сообщает детям о том, что кровь не просто налита в организм, как вода в бутылку, а течет по особым трубочкам, которые называются сосудами. Они имеют разную толщину. Толстые сосуды можно легко увидеть, а тонкие не увидишь. Затем предлагает детям рассмотреть толстые сосуды у себя под кожей. Для этого детям необходимо положить руки на стол ладонками вверх и найти сосуды у себя на запястье. Взрослый сообщает детям о том, что синеватые полосочки - это и есть сосуды. Затем дает достаточное время для рассматривания сосудов у себя и у своих соседей.

Вывод: у всех сосуды видны по-разному. Кровеносная система у каждого человека имеет свои особенности.

Игровая развивающая ситуация «Невидимки»

Цель: закрепить представления о тонких, невидимых сосудах кровеносной системы.

Материалы и оборудование: спички (по количеству детей).

Методика проведения. Учитель предлагает детям положить руку на стол ладонью вниз, посмотреть на кожу и ногти (Какого они цвета?). Затем детям предлагается взять спичку и надавить на ноготь, после этого снять спичку. Опять надавить. Вопросы к детям: Как меняется цвет ногтя? Можете объяснить, почему так происходит? Почему ноготь розовый? А почему при надавливании спичкой он становится белым?

Вывод: если сосуды пережаты, то кровь не поступает. Этот вывод очень важен при освоении темы, связанной в будущем с оказанием элементарной первой помощи.

Игровая развивающая ситуация «Почему кровь движется?»

Цель: закрепить (или дать) представления о работе сердца, его значении для организма.

Материалы и оборудование: спринцовка, соединенная с капельницей, раствор марганцовокислого калия, емкость.

Методика проведения. Учитель просит детей вспомнить о том, что когда они ранили кожу, то текла кровь. Спрашивает детей: Почему она течет? Кто ее толкает? Сообщает детям о сердце - одном из важнейших органов нашего организма, который толкает кровь. Именно оно заставляет течь кровь по сосудам. Затем взрослый предлагает сжать кулачок и посмотреть на него. («Вот какой размер имеет ваше сердце. А у меня вот какое сердце (педагог показывает свой кулак). Вы растете - и сердце растет вместе с вами»). Учитель вызывает мальчика, предлагает снять футболку и обводит пальцем контуры сердца, предлагает детям показать на себе, где расположено их сердце (дети показывают), дети прикладывают кулачок к этому месту. Взрослый корректирует действия детей. После этого детям предлагается посмотреть, как оно работает. Дети сжимают кулачок, а потом чуть расслабляют, сжимают - расслабляют. («Сожмется сердце - вытолкнет кровь, опять сожмется - опять вытолкнет»). Взрослый сообщает детям, что сердце выталкивает кровь порциями. Он набирает воду в спринцовку, соединенную с прозрачной трубочкой от медицинской системы, и, слегка нажимая, показывает, как кровь выталкивается из сердца, как течет подкрашенная жидкость по трубочке. Вода выливается в емкость.

Игровая развивающая ситуация «Сердечные помощники»

Цель: обогатить представления детей о влиянии физической нагрузки на частоту сердцебиений.

Методика проведения. Учитель напоминает детям о том, что сердце стучит ровно и спокойно всю жизнь. Даже, когда мы еще не родились, а сердце уже работает. Оно никогда не устает, никогда не останавливается. Отдыхает оно в перерывах между ударами.

Затем детям предлагается узнать, что будет с сердцем, когда мы бегаем.

- Начинаем бег на месте! Веселее, дружно, вместе.

2 – 3 – 4 – 5 – никому нас не догнать.

1 – 2 – 3 – 4 – бегаем по всей квартире.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 и 6 – надо всем на место сесть.

После этого дети слушают сердце ухом друг у друга. Взрослый не мешает слушать.

Вывод: если человек занимается физкультурой, его сердце работает быстрее. Оно становится все более сильным, потому что работает быстрее и чаще.

Игровая развивающая ситуация «Где спрятался пульс?»

Цель: закрепить (или обогатить) представления детей о пульсе, учить находить пульс.

Методика проведения. Педагог сообщает детям о том, что толчки крови можно прочувствовать и на крупных сосудах. Это называется «пульс». Дети повторяют хором. Предлагает детям найти пульс на шее: приложить к ней кончики пальцев. Пульс прослушивается кончиками пальцев с обеих сторон шеи чуть ниже угла нижней челюсти. Напоминает, что сильно не нужно сдавливать сосуды, иначе пульс не будет слышен. После этого детям предлагается поискать пульс на висках. Пульс обнаруживается в ямке около середины ушной раковины.

Выводы: если отсутствует пульс, то сердце не работает. Сосуды и сердце надо беречь, они должны служить всю жизнь. Сердце надо укреплять физкультурой. Надо заботиться о своем здоровье.

Игровая развивающая ситуация «Что случилось с пальчиком?».

Цель: дать детям представления о вреде тесной одежды, обуви.

Материалы и оборудование: нить (по количеству детей).

Методика проведения. Детям предлагается туго перевязать кончик пальца ниткой. Палец вскоре посинеет. Учитель объясняет: «Вы передавили сосуды, и кровь из пальчика не вытекает. Если нитку держать долго, пальчик может совсем погибнуть. Так же трудно работать сердцу, если у вас тугая резинка или пояс на одежде, одежда вам тесна, мала. Надо, чтобы ничто не мешало движению крови. Нужно быть очень внимательным и осторожным со своими сосудами».

Игровая развивающая ситуация «Санитары»

Цель: сформировать у детей простейшие навыки обработки ран, развивать чувство сострадания, желание помочь товарищу.

Материалы и оборудование (на двух детей один набор): 2 тарелочки (для чистых и использованных материалов), бинт, вата, 4 спички, 2 стаканчика (с чистой и подкрашенной водой, имитирующей йод), ножницы. У педагога тот же набор, красный фломастер, разведенная черная гуашь, имитирующая грязь.

Методика проведения. Дети сидят за партами по двое. Педагог находится перед ними за своим столом.

– Ребята, на прошлых уроках мы уже говорили, что каждый из нас может попасть в беду – пораниться. Бывали у вас такие случаи? А теперь представьте себе, что вы играете на улице, и вдруг ваш одноклассник,

сестричка или брат порезали палец стеклом. Что надо сделать? (Ответы.) А если нет рядом взрослых и вы видите признаки повреждения кожи. Сначала расскажите, что вы увидите? Почему вы решите, что кожа порезана? Что вы будете делать? (Педагог внимательно выслушивает все варианты.)

А сейчас я вам расскажу и покажу, как правильно обрабатывать ранку. Потом вы сами все сделаете по-настоящему за мной.

В первую очередь хочу вам напомнить, что в рану могут попасть микробы. Значит, их надо исключить, не допустить. Для работы мне нужен помощник. Вова, подойди, пожалуйста, ко мне. Допустим, что у тебя будет ранка. (Педагог рисует красным фломастером на пальце ребенка небольшой порез.) А вот грязь на коже. Это Вова играл в песке и испачкал руки. (Ватой, смоченной разведенной черной гуашью, педагог наносит на палец «грязь».)

Чтобы убрать грязь, а вместе с ней и микробы, возьмем кусочек ваты, слегка смочим его водой, отожмем и протрем кожу вокруг ранки. Педагог совершает все эти действия. Двигать вату будем в сторону от ранки. Зачем? Ответ: чтобы не занести микробы и грязь в ранку. А можно сделать так? Педагог вытирает всю ранку круговыми движениями. Ответ: нельзя, так микробы попадают в ранку.

Теперь надо продезинфицировать кожу вокруг ранки. Для этого используем спирт, йод, зеленку или марганцовку. Педагог показывает все эти жидкости. Мы будем пользоваться зеленкой. Накрутим на спичку небольшое количество ваты. (Педагог показывает, как это сделать.) Обмакнем ее в зеленку (йод) и аккуратно протрем кожу вокруг ранки. Ни в коем случае нельзя мазать саму ранку! Во-первых, будет очень больно. Во-вторых, йод сжигает ткани, которые и так уже повреждены. Если вам когда-то мазали ранку йодом, и вам было больно, значит, обработку раны делали неправильно. Ведь микробы находятся на коже, а не в ранке. Педагог дезинфицирует кожу. Затем дети самостоятельно обрабатывают «ранки» - пальцы, смазанные раствором гуаши и воды (практикум).

Использование данных игровых ситуаций позволяет повысить не только сделать занятие более интересным и живым, но и поднять познавательную активность детей при изучении соответствующих тем, ориентировать их на включение в дальнейшем в проектно-исследовательскую деятельность..

Литература:

1. Деркунская В.А., Ошкина А.А. Игры-эксперименты с дошкольниками. – М., Центр педагогического образования, 2013. - 64 с.

2. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе. От действия к мысли: пособие для учителя / А.Г.Асмолов, Г.В.Бурменская, И.А.Володарская и др.; под ред. А.Г.Асмолова. - М.: Просвещение, 2018. - 152 с.
3. Котова С.А., Каменская В.Г. Основы здоровьесбережения ребенка дошкольного и младшего школьного возраста в системе образования: учебно-методическое пособие. Издательство: РГПУ им. А.И.Герцена, 2019. -256 стр.
4. Курильчик С.Н. Формирование образовательных результатов младших школьников на уроках окружающего мира // Начальная школа плюс до и после. - 2011. - № 2. - С. 93-107.
5. Орехова Т.Ф. Теоретические основы формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса. - М.: Флинта, 2019. - 352 с.
6. Примерные программы по учебным предметам. Начальная школа. В 2 ч. Ч. 1. - М.: Просвещение, 2021. - 400 с.
7. Развитие исследовательских умений младших школьников / под ред. Н.Б. Шумаковой. - М.: Просвещение, 2017. - 155 с.

МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ОТ ДВУХ МЕСЯЦЕВ ДО ПОЛУТОРА ЛЕТ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ КАК УСЛОВИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ И РАННЕЙ ПОМОЩИ

Деркунская¹ В. А., Кернер² О. А.

1 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

2 - ГБДОУ № 62 Приморского района, Санкт-Петербург

vderkunskaaya@yandex.ru

Результаты анализа существующих диагностик развития ребенка младенческого и раннего возраста показали, что на сегодня нет комплексной диагностики с целями-ориентирами, сгруппированными по областям развития ФГОС ДО, для единого понимания динамики развития детей и ее оптимального использования родителями и педагогами. Проектирование комплексной диагностики с выделенными маркерами развития ребенка от двух месяцев до полутора лет должна проектироваться с учетом целевых ориентиров Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования с выделением пяти образовательных областей.

Такой подход позволит родителю, а позже и педагогу видеть процесс развития ребенка, отмечать его уровень, обращаться в образовательные и медицинские организации за оперативной помощью и поддержкой. Подобная диагностика с выделенными маркерами развития способствует становлению осознанного родительства и здоровьесберегающей компетентности у родителей и педагогов. В таком подходе есть еще дополнительный эффект, позволяющий объединить усилия семьи и детского сада в воспитании, развитии и оздоровлении детей, в подготовке ребенка к приходу в группу раннего возраста, а для педагога – развитие умения отслеживать процесс развития ребенка в условиях образовательного процесса и при реализации образовательной программы. Ознакомьтесь с материалами журнала, выделенными маркерами и шкалами оценки можно, перейдя по ссылке <https://ds62spb.ru/wp-content/uploads/2022/07/Innovatsionnyj-Monitoring-i-dejstviya-vzroslogo-dlya-razvitiya-rebenka-ot-2-mesyatsev-do-1-goda.pdf>.

Заполнение журнала наблюдений по выделенным маркерам развития (бумажный и пилотный электронный варианты) помогает родителям с рождения ребенка делать выводы о достаточных или недостаточных условиях развития для него, о необходимости консультирования у специалистов медицинского или психолого-педагогического профиля. На основании журнала наблюдений готовятся консультации и рекомендации для родителей.

Программа психолого-педагогического сопровождения детей от 2-х месяцев до 3-х лет также выстроена на основе журнала наблюдений и оценки развития (графы «Действия взрослого» и «Среда»). В настоящий момент мы работаем над цифровой версией журнала, который был апробирован родителями и педагогами и получил широкую популярность в родительской и профессиональной среде.

Программы консультационной психолого-педагогической, методической и консультативной помощи родителям (законным представителям) детей в возрасте от 2-х месяцев до 3-х лет (с элементами дистанционной поддержки) и Программа просвещения для родителей детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет логично продолжили реализацию программы психолого-педагогического сопровождения на основе предложенного комплексного мониторинга развития детей. Результаты заполнения журнала в ходе апробации приводят родителей в детский сад на консультацию, за ответом на тревожащий вопрос, за положительным подкреплением родительской позиции, за советом и, порой, за человеческой и профессиональной поддержкой. В свою очередь, контент-анализ родительских запросов показывает актуальные направления просвещения родителей и выбор форм работы с детьми и родителями или только родителями.

Наиболее актуальными, востребованными за этот год стали темы, связанные с питанием, организацией двигательной активности, первыми играми малышей, организацией развивающей среды дома. Таким образом, появилась необходимость обращения к фольклору, лучшим практикам народной педагогики, созданию программы «Играй, малыш». За этот год был записан и апробирован цикл просвещающих и обучающих роликов для родителей, которые помогают им найти ответы на все волнующие вопросы. Проекты социального партнерства, расширяющие возможности развития детей раннего возраста (от 2-х месяцев до 3-х лет) в ДОО органично вписываются в программу просвещения родителей детей от 2 месяцев до 3 лет и также успешно существуют автономно. На сайте детского сада можно ознакомиться с содержанием наиболее интересных проектов, видеороликов и фотоотчетов.

Например, <https://ds62spb.ru/demonstratsionnyj-kompleks-utrennej-bodryashhej-gimnastiki-dlya-detej-rannego-i-doshkolnogo-vozrasta-s-ispolzovaniem-nestandartnogo-oborudovaniya/> или <https://ds62spb.ru/tsikl-obuchayushhih-videorolikov-po-ispolzovaniyu-traditsij-russkoj-narodnoj-pedagogiki-i-folklor-a-v-vospitanii-detej-ot-rozhdeniya-do-1-goda/>.

Таким образом, работа с предложенным журналом наблюдений (комплексной диагностикой):

- способствует предметному содержательному взаимодействию участников образовательного процесса, в первую очередь родителей и детей в интересах развития ребенка;
- диагностика становится частью УМК образовательной программы для детей раннего возраста в соответствии с ФГОС ДО;
- при ведении комплексного наблюдения ценится и процесс и результат;
- сбор информации производится в разнообразных ситуациях и контекстах развития ребенка;
- важно выявление всех сторон развития, в том числе и наиболее слабых, поскольку они дают информацию о необходимой дополнительной совместной работе семьи, педагогов и специалистов;
- согласованные результаты наблюдений заносятся в журнал и их анализ является основой для последующего развития ребенка в семье и образовательной организации.

Литература:

1. Доверие и уверенность друг в друге: забота о младенцах и детях раннего возраста: опыт и размышления: [сборник статей]: перевод с немецкого / под редакцией О. И. Пальмова. – Москва: Национальное образование, 2022. – 179 с.
2. Комплексная образовательная программа для детей раннего возраста «Первые шаги» / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, С.Ю. Мещерякова. – 3-е изд. – М.: ООО «Русское слово – учебник», 2019. – 168 с. – (ФГОС дошкольного образования).
3. Образовательная программа дошкольного образования «Теремок» для детей от двух месяцев до трех лет / Научный руководитель И.А. Лыкова; под общей редакцией Т.В. Волосовец, И.Л. Кириллова, И.А. Лыковой, О.С. Ушаковой. – М.: Издательский дом «Цветной мир», 2019. – 160 с.
4. Руководство по подготовке родителей к рождению и воспитанию здорового ребенка / Под научной ред. к. м. н., доц. В. С. Коваленко. - СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2004. - 416 с.
5. Создание программ, ориентированных на ребенка. Методическое руководство по работе с детьми от рождения до трех лет. / Под ред. Элеонор Стоукс Зантон.- CRI Институт Открытое Общество, 2007. - 203с.
6. Picky Eating, Ellerslie Medical Centre Handout, 2017 [электронный доступ] <https://www.ellersliemedical.co.nz/wp-content/uploads/PickyEating-Handout.pdf>
7. SOS Approach to Feeding Article ASHA, Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia), Vol. 20, No. 3, pp. 58-93. October 2011 [электронный доступ] <https://sosapproachtofeeding.com/start-here-for-professionals/>

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ В ДОО

Деркунская В. А., Ахтырская Ю. В., Кернер О. А., Янковская В. М.

РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение № 62

Приморского района, Санкт-Петербург

vderkunsкая@yandex.ru

Сохранение и приумножение здоровья детей – приоритетная задача всех нормативных документов федерального и регионального уровней, связанных с образованием, с охраной и защитой Детства.

Принципиально важно сегодня рассматривать дошкольную образовательную организацию как совокупность условий, помогающих детям от года до восьми лет расти здоровыми, активными и счастливыми. Понимая здоровье как единство физического, психического и социально-нравственного благополучия, позволяющее ребенку активно развиваться, интересно расти и жить, мы определили целостность здоровьесозидающих условий в нашем детском саду для всех участников образовательного процесса. Одним из таких условий стало использование открытых пространств (прогулочных площадок) для двигательной активности детей, воспитания полезных для здоровья привычек, для практического освоения детьми основ здорового образа жизни, основ безопасного поведения.

Использование прогулочных площадок по-новому становится привлекательным условием для родителей, семей и социального партнерства детского сада в оздоровлении детей. Благодаря целенаправленной работе с социальными партнерами наш детский сад создал эффективную практику «Территория здоровья: открытые площадки» для дошкольников в детском саду, основная миссия которой заключается в сочетании оздоровления на улице и ярких эмоций от познания правил и норм здорового образа жизни вместе со взрослыми (педагогами и родителями).

Событийный подход к планированию работы открытых площадок в оздоровлении детей позволил нам выделить несколько направлений деятельности:

- *Календарно-тематические события в оздоровлении детей раннего и дошкольного возраста в сочетании с образовательным процессом: «Начало учебного года – начало здоровой жизни», «Осенние забавы», «Эликсир здоровья от деда Мороза и Снегурочки», «Зимние забавы», «Весенние забавы», «Солнце,*

воздух и вода – наши лучшие друзья!», «*Малые олимпийские игры*», «*Наша здоровая планета*», «*Здоровье как у космонавта*», «*Сила воли и сила духа*».

- *Тематические события и недели «С пользой для здоровья» в течение года: «Народные подвижные игры и хороводы», «Неделя осеннего здоровья», «Неделя зимних видов спорта», «Безопасная неделя», «Театр здоровья и безопасности», «Неделя фенологии и экоздоровья», флешмобы двигательной активности и пропаганды здорового образа жизни, привлечения внимания к проблеме социального здоровья.*

Привлечение ресурсов социальных партнеров позволяет определить систему оздоровления детей на свежем воздухе в нашем детском саду как настоящую практику. Именно в деятельностном подходе, в практиковании, имея возможность не только посмотреть, послушать, но и изучить, освоить, применить, испытать – у ребенка складывается здоровьесозидающая модель поведения, что очень важно на этапе дошкольного детства. Так, изучить безопасность в быту, правила поведения при пожаре, нам помогают пожарные и сотрудники МЧС, приезжая к детям на настоящей пожарной машине, рассказывая полезные для сохранения жизни и здоровья истории и правила поведения, практикуя детей в их освоении.

Изучить элементарные основы первой помощи и самопомощи нам помогает станция скорой помощи, врачи которой приезжают к детям во время прогулки на специализированной машине. Аналогичные задачи решают с детьми сотрудники ГО МЧС и клуба «Витязь».

Изучить режим дня и его пользу, полезные для здоровья привычки нам помогают представители ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России и сотрудники интерактивного Музея сердца, наглядно и подробно демонстрируя детям важность прогулок, двигательной активности, правильного питания, вреда ожирения и гиподинамии.

Изучить основы и правила профилактики сезонных заболеваний мы стараемся в рамках богатого фольклорного материала, который занимательно и интересно преподносят детям и их родителям педагоги центра «Пригожница». Заклички, песни, хороводные и подвижные игры, народные традиции оздоровления детей и взрослых всегда имеют положительный эффект.

Изучить необходимость правильно организованной двигательной активности, развивая интерес у детей к физкультуре и спортивным играм, нам помогают профессиональные спортсмены и спортивные клубы, тренеры и инструкторы среди родителей наших воспитанников.

Опытom здоровой жизни с детьми на открытых площадках делятся люди старшего поколения, такой опыт как «Зарядка на улице от бабушки»

или «Бегаем вместе с дедушкой» - прекрасное сочетание оздоровления и воспитания.

Социально-нравственное здоровье формируется в условиях участия детей вместе с родителями в социальных акциях и волонтерских проектах «100 добрых дел». Озеленение участка соседней школы, забота о животных из Центра передержки, совместные мероприятия с пожилыми людьми, особыми детьми – путь к становлению доброго, отзывчивого, а значит и здорового человека.

Предлагаемый нами опыт представляет попытку системного подхода к социальному партнерству в структуре оздоровления и здоровьесозидающего воспитания детей раннего и дошкольного возраста. Воспитание – это долгий и поэтапный процесс, в котором социальное партнерство должно быть включено в образовательную программу и программу воспитания как обязательное организационное условие реализации. За счет этого возможно проектирование вариативных проектов и программ социального партнерства в логике здоровьесозидания детей от года до восьми лет включительно.

Очень важно рассмотреть социальное партнерство как ресурсное обоюдное дополнение организаций партнерства и их развития, где очевидна взаимная польза и смысл. Традиционно, проанализированные нами проекты социального партнерства работают в одну сторону, то есть музей для дошкольников организует тематическую выставку, библиотека знакомит с правилами здоровья через книги и встречи с писателями и поэтами, родитель знакомит с полезным и важным для здорового образа жизни опытом. Для нас социальное партнерство – это взаимное обогащение и создание сквозных программ и проектов, которые имеют развивающие эффекты для всех. Например, совместно с библиотекой был создан проект для детей раннего возраста и их родителей по развитию интереса к книге, в котором и библиотекари, и методисты обогатили опыт пользы книг и игровой работы с ними для совсем еще маленьких читателей, появилась программа «Чтение с увлечением», план вебинаров по развитию интереса к книге и чтению у детей с раннего возраста. Социальное партнерство с НМИЦ имени В.А. Алмазова позволило создать проект совместных игровых профилактических программ для детей 4-8 лет в музее Сердца и на базе ДОО. Оборудование музея стало использоваться эффективнее, появились методические рекомендации для работы с детьми в музее и в дошкольных образовательных учреждениях. По аналогичному пути мы пошли и в сотрудничестве с Русским музеем, наработывая опыт разработки УМК для детей старшего дошкольного возраста по проблеме «Здоровье и физическая культура в искусстве». Взаимодействие с МЧС позволило нам выступить экспертами серии раскрасок для

детей «Осторожно, огонь!», что совершенно изменило их первоначальную концепцию в сторону наибольшей пользы и результативности.

Использование территории детского сада для оздоровления детей раннего и дошкольного возраста совместно с родителями – это возможность не прерывать образовательный процесс в условиях любых ограничений. Это пример педагогически целесообразного расширения развивающего образовательного пространства и сотрудничества с социальными партнерами за счет событий, организованных на улице и в учреждении с соблюдением всех требований и мер.

«Нет ничего лучше и здоровее, чем хорошие воспоминания, вынесенные из детства! И чем больше таких воспоминаний, тем счастливее человек...» - писал Федор Михайлович Достоевский.

Литература:

1. Балалиева О. В. Социальное партнерство как организационная инновация дошкольного образовательного учреждения // Научные исследования в образовании. - 2009 - № 5 - С. 16-19.
2. Буева И. Социальное партнерство: детский сад и дополнительное образование // Дошкольное воспитание. - 2008 - N 7 - С. 30-31.
3. Быкадорова Н. К. Детская библиотека и дошкольные образовательные учреждения: социальное партнерство в интересах детей: воспитание дошкольников // Новая библиотека. – 2007 - N 3 - С. 21-24.
4. Зинченко Г. П. Социальное партнерство: учебник. – М.: Дашков и К: Академцентр, 2010 - 223 с.
5. Миленко В. Мы - социальные партнеры // Дошкольное воспитание. - 2008 - N 11 - С. 117-120.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ С РАЗНЫМ ОПЫТОМ ПОГРУЖЕННОСТИ В ЦИФРОВУЮ СРЕДУ

Долженко К. И., Микляева А. В.

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена,
Санкт-Петербург
a.miklyeva@gmail.com

Стремительное изменение современной цифровой среды приводит к масштабной трансформации образа жизни современного человека. Канадский психолог Гордон Ньюфлед говорит о том, что технологическая революция достигла невиданных масштабов, и ее последствия для могут быть катастрофичны для последующих поколений детей и для всего человечества в целом [1]. Изменения в обществе привели к формированию новой социальной ситуации развития, которая влияет на все сферы жизни человека и способствует преобразованию высших психических функций под влиянием сети Интернет. На фоне этих изменений в современном обществе проблема влияния цифровой среды на физиологическое и психическое здоровье детей стала еще более актуальной. Глобальные изменения в социальной ситуации развития влияют и на процесс адаптации к школьному обучению – важнейший этап становления ребенка в качестве субъекта учебной деятельности.

Сегодня существует множество подходов к определению понятия «школьная адаптация». В своих работах М.Р. Битянова дает определение понятия адаптации первоклассника как процесса приспособления учащегося к новому функционированию: выполнению социальных и учебных требований, принятию на себя новой роли школьника. Такое приспособление происходит на внешнем и внутреннем (личностном) уровнях, у ребенка формируются новые установки, личностные характеристики, которые помогают ребенку стать учеником. Адаптированный ребенок полностью готов к физическому, личностному и интеллектуальному развитию в новой школьной среде [2]. Другой отечественный ученый В.Р. Цилев описывает адаптацию как процесс привыкания ребенка к школьным требованиям и порядкам, новому для него окружению, условиям деятельности [3]. Л. И. Божович считает, что для успешной школьной адаптации ребенку необходимы «возникновение у него опосредствованной мотивации, внутренних этических инстанций, зарождение самооценки, которые создают предпосылку для перехода к школьному обучению и связанному с ним новому образу жизни» [4, с. 247].

Ученые также выделяют несколько показателей или уровней школьной адаптации. В своих работах Д. Ю. Соловьева выделяет четыре основных показателя: организационный (приспособление к новой системе организации жизни), учебно-мотивационный (приспособление к новой жизненной позиции школьника и переход к выполнению общественно значимой учебной деятельности), психологический (эмоциональное приспособление к новым условиям жизнедеятельности) и социальный (особенности приспособления к новой социальной роли школьника, одноклассника, а также особенности его поведения в школе) [5]. По мнению Т.В. Костяк, адаптация к образовательному учреждению происходит на трех уровнях: физиологическом (физическое самочувствие и утомляемость), социальном (особенности поведения ребенка) и психологическом (психологическое самочувствие в школе) [6].

В рамках нашего исследования подробно изучался процесс физиологической адаптации ребенка к школьному обучению. В учебном пособии Н.В. Дубровинской, Д.А. Фарбер и М.М. Безруких процесс физиологической адаптации разделен на три этапа. Каждый этап имеет свои особенности и характеризуется разной степенью напряженности функциональных систем организма учащегося первого класса: 1) ориентировочный или этап «физиологической бури», который характеризуется общим напряжением всех систем организма ребенка; в этот период у учащихся наблюдается спад общего уровня работоспособности (низкая работоспособность), ее неустойчивость, быстрая утомляемость, высокий уровень напряжения симпатoadrenalовой, сердечно-сосудистой, центральной нервной системы организма, происходит снижение показателя координации (взаимодействия) различных систем жизнедеятельности организма между собой (2–3 недели после начала систематического школьного обучения; интенсивность и напряженность изменений, которые происходят с организмом школьника в период адаптации к школьному обучению (первые недели учебы), можно сравнить с воздействием на подготовленный взрослый организм экстремальных физических нагрузок); 2) неустойчивое приспособление: в этот период организм ребенка начинает перестраиваться, происходит частичное приспособления к новым воздействиям; 3) относительное устойчивое приспособление: в этот период организм ребенка находит оптимальные способы реагирования на нагрузку, которая предъявляется ребенку в школьном обучении, повышается работоспособность, то есть ребенку становится легче справляться с учебной (усвоение новых знаний), физиологической (нахождение в сидячей позе в течение долгого времени) и социальной (необходимость общения в большом новом коллективе) нагрузкой, снижается общий уровень напряжения основных систем организма (центральной нервной, сердечно-сосудистой,

симпатоадреналовой). Весь период физиологической адаптации к школьному обучению длится от 5–6 недель до 1 года [7].

В этой же работе [7] выделены основные признаки в деятельности и поведении учащихся первых классов, указывающие на проблемы в процессе физиологической адаптации к школьному обучению. К таким признакам относятся: снижение уровня работоспособности, повышенная утомляемость, неустойчивость работоспособности, низкий произвольный контроль деятельности, сложность в реализации познавательных функций (память, внимание, мышление, восприятие и др.), высокое функциональное напряжение всех систем организма, обострение хронических заболеваний, появление неврозов. Существует большое количество медицинских исследований, свидетельствующих о том, что в период адаптации к школьному обучению организм ребенка подвергается переживает выраженный стресс, вследствие чего у учащихся первых классов может наблюдаться общая ослабленность организма, обострения хронических заболеваний, похудение, повышение или понижение артериального давления, появление частых головных болей, проблемы с желудочно-кишечным трактом (например, запоры), невротические состояния и многое другое.

Вторым фактором, подробно изученным нами в рамках исследования, является общий уровень погруженности в цифровую среду. Современная социальная ситуация развития, в которой цифровые устройства стали неотъемлемыми составляющими жизни человека, определяет актуальность задачи, связанной с изучением влияния данного фактора на процесс адаптации ребенка к школьному обучению. Важнейшими показателями для определения вектора влияния данного фактора на процесс адаптации являются стаж, форма и уровень погруженности ребенка в цифровую среду. Стаж погруженности – это фактор, который описывает продолжительность взаимодействия ребенка и цифровой среды. Учитывается возраст, в котором ребенок начал работать со смартфоном, планшетом, персональным компьютером/ноутбуком, а также длительность такого взаимодействия за день. Формы погруженности – это показатель, который описывает сам процесс взаимодействия ребенка и цифровой среды. Здесь будут учитываться такие показатели, как вид технического средства, предпочитаемого ребенком, характер взаимодействия у ребенка с техническим средством, ведущий вид деятельности при взаимодействии с техническим устройством, формы осуществления родительского контроля. Уровень погруженности – это показатель, который описывает степень увлеченности ребенка смартфоном, планшетом, персональным компьютером/ноутбуком. В этом показателе находят отражение ощущения и эмоции ребенка в момент взаимодействия, причины

использования технических средств ребенком, цифровую компетентность, а также уровень цифрового потребления.

Регулярное взаимодействие ребенка с информационными средствами приводит к трансформациям когнитивного и нейрофизиологического развития. Снижение концентрации внимания может привести к рассеянности на уроках, сложностям в выполнении установленных правил и домашних заданий, низкому уровню освоения школьной программы и вызвать снижение мотивации учащегося. Изменения нейрофизиологического развития, связанные с использованием цифровых технологий, могут замедлить процесс физиологической адаптации, вызвать двигательное возбуждение или заторможенность, жалобы на головные боли, плохой сон, снижение аппетита первоклассника, что отрицательно сказывается на психологическом состоянии ребенка, вследствие чего у первоклассника могут начаться или усугубиться проблемы с адаптацией к школьному обучению.

Таким образом, цель нашего исследования – изучить и проанализировать особенности физиологической адаптации к школьному обучению у первоклассников с разным опытом погружения в цифровую среду.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие учащиеся первого класса ГБОУ № 101 Выборгского района Санкт-Петербурга – 34 девочки и 31 мальчик в возрасте 6–8 лет. Исследование проводилось в конце сентября – начале октября 2021 года на 2 этапе физиологической адаптации (этап неустойчивого приспособления). Данный этап был выбран нами для того, чтобы изучить особенности взаимосвязей разного опыта погружения в цифровую среду на физиологическую адаптацию первоклассников в период перестройки и приспособления организма к новым условиям существования.

Для изучения особенностей физиологической адаптации учащихся использовался проективный тест личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» О.А. Ореховой. Вегетативный коэффициент, полученный в результате обработки теста, характеризует энергетический баланс организма, его способность к энергозатратам или тенденцию к энергосбережению. Интерпретация показателя осуществляется в соответствии со следующей шкалой: 0-0,5 – хроническое переутомление, низкая работоспособность; 0,51-0,91 – компенсируемое состояние усталости; 0,92-1,9 – оптимальная работоспособность; свыше 2,0 – перевозбуждение.

Изучение цифрового опыта первоклассников проводилось с использованием анкеты, разработанной специально для данного исследования. При разработке анкеты использовались теоретические и методические разработки российских и зарубежных исследователей, которые адаптировались

для работы с первоклассниками [8-14]. В результате обработки анкет были выделены и описаны 3 группы первоклассников: 1 группа – «Высокий уровень погруженности в цифровую среду», 2 группа – «Средний уровень погруженности в цифровую среду», 3 группа – «Низкий уровень погруженности в цифровую среду».

Дети, составившие группу «Высокий уровень погруженности в цифровую среду» (7 человек) характеризуются высокой увлеченностью предпочитаемой деятельностью. Дети с этим уровнем погруженности сильнее других увлекаются играми и онлайн играми, а также просмотром развлекательного контента в Интернете. В своих ответах родители детей с высоким уровнем погруженности в цифровую среду отмечают частое несоблюдение временных рамок, установленных для пребывания в сети, и сильное расстройство с проявлением агрессии (ребёнок ругается, кричит) при попытке ограничить детскую активность в гаджете. Попавшие в данную группу дети редко «отлипают» от телефона, предпочитая брать его с собой везде, где это возможно (туалет, приемы пищи); также отличительной особенностью является их скрытность: дети не желают посвящать родителей в свои занятия в Интернете и часто скрывают реальное количество времени, проведенное в сети, что приводит к нервному перенапряжению. Учебные и социальные успехи у таких детей находятся на достаточно низком уровне, поскольку ребята пренебрегают любой деятельностью в угоду выходу в Интернет.

Дети, демонстрирующие средний уровень погруженности в цифровую среду (32 человека), характеризуется более широким спектром активностей, которыми ребёнок занимается в Интернете: помимо игр или онлайн игр такие дети используют гаджет для просмотра видео различного содержания (от обучающих до развлекательных), фильмов или мультфильмов, прослушивания музыки и «посиделок» в различных социальных сетях.

Дети с низким уровнем погруженности в цифровую среду (26 человек) характеризуются, как и предыдущие, высоким уровнем увлеченности предпочитаемой ребенком в Интернете деятельностью, однако ее основу составляет просмотр различных обучающих роликов, и, в отличие от ребят с высоким уровнем погруженности, эти дети выполняют домашние задания самостоятельно, без помощи Интернета. Ученики, составившие эту группу, лучше всего соблюдают временные рамки, устанавливаемые родителями, а их эмоциональное состояние не зависит от ограничения их активности в Интернете.

Для обработки полученных в исследовании данных использовались непараметрический критерий Краскела – Уоллиса и коэффициент ранговой

корреляции Спирмена. Математическая обработка данных производилась с помощью пакета Статистика (Statistica 10).

Результаты исследования. По результатам обработки данных анкеты для изучения цифрового опыта первоклассников совместно с результатами, полученными по проективному тесту личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» О.А. Ореховой, стало возможным определить особенности физиологической адаптации у первоклассников с разным опытом погруженности в цифровую среду. Полученные данные были подвергнуты сравнительному анализу с использованием непараметрического критерия Краскела – Уоллиса, были выявлены статистически значимые различия между группами детей, различающихся по степени погруженности в цифровую среду, по показателю «Вегетативный коэффициент» ($N = 8,98$ при $p \leq 0.05$): среднее значение для группы «Низкий уровень погруженности» 1,21; среднее значение для группы «Средний уровень погруженности» 0,57; среднее значение для группы «Высокий уровень погруженности (хроническое переутомление)» 0,25; среднее значение для группы «Высокий уровень погруженности (перевозбуждение)» 2,25.

В ходе проведенного корреляционного анализа была обнаружена обратная значимая на уровне $p < 0.01$ взаимосвязь между уровнем погруженности в цифровую среду и показателем «Вегетативный коэффициент» по проективному тесту личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» О. А. Ореховой.

Заключение. Результаты проведенного нами анализа позволяют сделать ряд выводов, представляющих интерес для нашего исследования.

При высоком уровне погруженности в цифровую среду у учащихся первых классов наблюдается хроническое переутомление, низкая работоспособность, или же, наоборот, хроническое перенапряжение, что приводит к проблемам в усвоении программы. Таким учащимся необходимо наладить режим труда и отдыха, возможно снизить нагрузку для того, чтобы у первоклассника была возможность восстановиться.

При среднем уровне погруженности в цифровую среду наблюдается компенсированное состояние усталости. За счет периодического снижения активности такой ребенок может сам восстанавливать оптимальный уровень работоспособности, такому первокласснику необходимо оптимизировать рабочий ритм, то есть наладить режим труда и отдыха.

При низком уровне погруженности в цифровую среду наблюдается оптимальная работоспособность. Ребенок здоров, отличается бодростью и

активностью. Образ жизни ребенка позволяет ему восстанавливать затраченную на обучение энергию. Нагрузки соответствуют возможностям ребенка.

Наряду с этим необходимо отметить следующее: вегетативный коэффициент (проективный тест личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики» О.А. Ореховой) – показатель, характеризующий энергетический баланс организма, его способность к энергозатратам или тенденцию к энергосбережению обратно взаимосвязан с уровнем погруженности первоклассника с цифровой среду. Следовательно, можно сделать вывод, что увеличение уровня погруженности в цифровую среду отрицательно сказывается на физиологической адаптации первоклассников к обучению в школе.

Результаты данного исследования могут быть полезны родителям, педагогам, психологам и врачам, работающим с учащимися начального школьного звена, для понимания взаимосвязей опыта ранней погруженности в цифровую среду на физиологический фактор адаптации учащихся к обучению в первом классе, а также для предотвращения проблем со здоровьем у первоклассников.

Литература:

1. Ньюфлед, Г, Матэ Г. Не упускайте своих детей / Ньюфлед, Г, Матэ Г. [пер. с англ. А. Абрамова, Б. Шапиро, Е. Петрова]. – М.: Ресурс, 2012. – 510 с.
2. Битянова М. Р. Адаптация ребенка в школе: диагностика, коррекция, педагогическая поддержка: Сб. метод. мат. для админ., педагогов и шк. психол. / Битянова М. Р. – М.: Образоват. центр «Педагогический поиск», 1997. – 162 с.
3. Цылев В. Р. Как правильно подобрать для ребенка класс при зачислении в школу / Цылев В. Р. // Вопросы психологии. – 2003. – № 4. – С. 26–35.
4. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. (Психологическое исследование.) М., «Просвещение», 1968. – 464 с.
5. Соловьева Д. Ю. Факторы адаптации первоклассников к школе/ Соловьева Д. Ю. // Вопросы психологии. – 2012. – № 4. – С. 23–31.
6. Костяк Т. В. Психологическая адаптация первоклассников: учеб. Пособие для студ. Высш. пед. учеб. заведений / Т. В. Костяк. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 176 с.
7. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 144 с.

8. Рёгуш Л. А. Особенности мышления подростков, имеющих разную степень погруженности в Интернет-среду / Рёгуш Л. А. и др. // Известия РГПУ им. А. И. Герцена [электронная версия]. – 2019. – № 194. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-myshleniya-podrostkov-imeyuschih-raznuyu-stepen-pogruzhennosti-v-internet-sredu> (дата обращения: 10.05.2022). – Режим доступа: открытый доступ.
9. Войскунский А. Е. Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета / Войскунский А. Е. // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25 – № 1. – С. 90–100.
10. Войскунский А. Е. Киберпсихология как раздел психологической науки и практики / Войскунский А. Е. // Вестник Герценовского университета. – 2013. – № 4. – С. 88.
11. Войскунский А. Е. От психологии компьютеризации к психологии Интернета / Войскунский А. Е. // Вестник Московского университета [электронная версия]. – Серия 14. – Психология. – 2008. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ot-psihologii-kompyuterizatsii-k-psihologii-interneta> (дата обращения: 10.05.2022). – Режим доступа: открытый доступ.
12. Войскунский А. Е. Психология и Интернет / Войскунский А. Е. – М.: Акрополь, 2010. – 439 с.
13. Шейнов В. П. Адаптация и валидизация опросника «Шкала зависимости от смартфона» для русскоязычного социума / Шейнов В. П. // Системная психология и социология. – 2020. – № 3 (35). – С. 75–84.
14. Тест на Интернет-зависимость: сайт / К. Янг [в адаптации С. А. Кулакова] – URL: <http://www.c-psy.ru/index.php/home/11002-2012-03-06-10-37-24> (дата обращения: 10.05.2022). – Режим доступа: свободный.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДО- РОВЬЕ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБРА- ЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Емельянцева А. А.

МАОУ «Лицей № 17», Северодвинск, Архангельская область

emelyantsevaa@lyceum17.ru

В современных условиях резко обозначились проблемы сохранения здоровья населения России. Особую тревогу вызывает состояние здоровья

обучающихся. Именно в этом возрасте формируется репродуктивный, интеллектуальный, трудовой потенциал страны. Влияние школы на формирование здоровья обучающихся длительное и непрерывное, так как в образовательном учреждении дети и подростки проводят большую часть времени своего бодрствования, выполняя интенсивную умственную работу в определенных эколого-гигиенических условиях.

Влияние различных неблагоприятных факторов: избыточное утомление, несбалансированный режим дня, избыточные учебные нагрузки (контрольные, экзаменационные и проверочные работы) и эмоциональные нагрузки (подготовка и участие в различных конкурсах и интеллектуальных олимпиадах) могут повлечь за собой нестабильность в состоянии физического и психоэмоционального здоровья детей [2].

В этот период могут произойти деструктивные изменения в психо-физиологической сфере здоровья растущего организма.

Переутомление – это состояние организма, возникающее при выполнении работы, приводящей к значительному утомлению. Это может быть однократное переутомление либо результат длительного накопления усталости в течение значительного периода времени. Переутомление играет важную роль в возникновении невротических состояний (неврастении) и является существенным патогенетическим моментом в развитии некоторых психозов [1, 3].

Для того чтобы избежать таких проблем, необходима целенаправленная работа по компенсации учебной перегрузки. Именно в детском возрасте благодаря пластичности психики ребёнка возможно устранить или компенсировать последствия учебной перегрузки. Для этого необходимо использовать все ресурсы образовательного учреждения, узких специалистов, воспитательно-образовательные возможности инфраструктуры и системы дополнительного образования.

В МАОУ «Лицей № 17» эта проблема решается за счет грамотного подбора здоровьесберегающих технологий, при этом большую роль играет социально-психологическая служба лицея. Диагностические мероприятия, занятия с элементами тренинга, индивидуальная и групповая коррекционно-развивающая работа, индивидуальные консультации с обучающимися, родителями (законными представителями), педагогами – всё это благотворно влияет на психологическое здоровье школьников.

В течение шести лет проводится мониторинг уровня школьной тревожности, мотивации и удовлетворенности обучающихся образовательным процессом. Используются следующие методы и методики: наблюдение, беседа,

анкетирование, диагностика тревожности (методики «Шкала личностной тревожности» Р. Кондаш, А.М. Прихожан; «Шкала ситуативной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; «Оценка уровня школьной мотивации» Н.Г.Лускановой; «Изучение отношения к учению и к учебным предметам» Г.Н. Казанцевой, методика изучения удовлетворенности обучающихся образовательным процессом) [4].

После анализа результатов формируются коррекционно-развивающие программы для обучающихся, составляются тренинговые мероприятия на каждый класс или группу, разрабатываются индивидуальные карты для работы с обучающимися группы риска. В лицее не первый год работают коррекционно-развивающие программы «Дай «пять», пятиклассник!», «Кодекс лицеиста», «Экзамены без стресса», «Кем быть?» и другие.

В настоящее время наблюдается снижение уровня школьной и личностной тревожности лицеистов (с 63% от общего количества обучающихся до 47%), повышение уровня мотивации (с 72% до 96%) и удовлетворенности образовательным процессом (с 62% до 91%).

Таким образом, проблему учебной перегрузки и переутомления необходимо решать системно, рационально выстраивая режим дня, формируя условия для здоровьесбережения в процессе учёбы и внеучебной деятельности. В этом существенную роль может играть работа школьной социально-психологической службы и узкие специалисты через информирование и консультирование родителей (законных представителей) и педагогического коллектива об особенностях, потребностях и ресурсах ребёнка на каждом возрастном этапе развития.

Литература:

1. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 2015
2. Душков Б.А., Королев А.В., Смирнов Б.А. Психология труда, управления, инженерная психология и эргономика. Словарь. 3-е изд. – М., 2005
3. Вайнер Э.Н., Кастюнин С.А. Краткий энциклопедический словарь: Адаптивная физическая культура. 2-е изд. – М., 2012
4. Конюхов Н.И. Прикладные аспекты современной психологии: термины, законы, концепции, методы. – М., 1992

ПЕРВОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ «ПЕРИНАТАЛЬНОЙ РЕВОЛЮЦИИ»: ИСТОРИЧЕСКАЯ РОЛЬ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИ- ОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Завьялов^{1 2} О. В., Игнатко^{1 3} И. В., Пасечник² И. Н., Бабаев⁴ Б. Д.

1 - Перинатальный центр городской клинической больницы имени С. С. Юдина, Москва

2 - Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

3 - Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

4 - Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва

Oleg.zavyalov@mail.ru

Введение. В далеком 1843 году Литтл обратил внимание, что недоношенность обуславливает значительную часть перинатальной патологии, в 1899 году А.Ю. Красовский отмечал: «Ничью жизнь нельзя взвешивать как какую-нибудь вещь, врачом должна быть одинаково ценима как жизнь матери, так и жизнь плода». В 1973 году в медицине выделено специальное направление - перинатология (греч. peri + лат. natus-рождение + греч. logos -учение, наука). В этом же году на VII Всемирном конгрессе FIGO (Международной федерации акушеров-гинекологов) было принято определение перинатального периода, согласно которому он начинается с 22 полных недель (154 дня) беременности и заканчивается спустя 7 полных суток после рождения. В 1974 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) признала жизнеспособными детей, родившихся с массой тела 500 граммов на сроке не менее 22 недель. Критерии ВОЗ по оценке живорождения и жизнеспособности плода Приказом Минздрава России № 1687н от 27.11.2011 года в нашей стране внедрены с 2012 года. Частота преждевременных родов составляет от 4,5 до 11,5 % от количества всех родов. Задачей перинатального акушерства является сохранение здоровья матери и помощь в рождении здорового ребенка. Основными целями современной перинатологии служат: снижение перинатальной смертности; предотвращение заболеваемости плода и новорожденного в перинатальном периоде; уменьшение инвалидизации, вызванной перинатальными факторами [1-2].

Цель обзора. Рассмотреть историческую роль первого десятилетия отечественной «перинатальной революции» и клинико-эпидемиологические аспекты заболеваемости глубоконедоношенных новорожденных.

Материалы и методы. Обзор современных научных источников проведен на основании литературных данных ведущих отечественных и зарубежных ученых в области организации акушерства, неонатологии и перинатальной реаниматологии с глубиной научного поиска в 10 лет. Рассмотрена историческая роль первого десятилетия отечественной «перинатальной революции». Освещены клиничко – эпидемиологические аспекты заболеваемости глубоконедоношенных новорожденных. Рассматриваются профилактические пути снижения перинатальной смертности.

Историческая роль первого десятилетия отечественной «перинатальной революции». Для отечественного клинического и социального здравоохранения проблема рождения недоношенных новорожденных, в том числе детей с экстремально и очень низкой массой тела особую актуальность приобрела с 2012 года, когда наша страна полностью перешла на международные критерии живорождения. Согласно критериям, живорожденными и подлежащими регистрации считаются новорожденные с массой тела более 500 граммов при сроке беременности не менее 22 недель, имеющие признаки живорождения. Актуальность проблемы преждевременно родившихся глубоконедоношенных детей определяется тем, что при высокой и не имеющей тенденции к снижению количества преждевременных родов (в разных странах от 3,1 до 16,6 %) риск заболеваемости, смертности и формирования умственной, физической неполноценности выше среди детей, рожденных раньше срока, чем у доношенных сверстников. Не случайно ученые выделяют «зону предела жизнеспособности» новорожденных, которая определяется массой тела при рождении 500-600 граммов и сроком гестации не менее 23-24 недель [3-4]. Отягощенный соматический и/или акушерско-гинекологический материнский анамнез, выраженный синдром задержки роста плода и/или нарушение маточно-плацентарного или плодово-плацентарного кровотока с ранней реализацией тяжелого инфекционного процесса – ведущие патогенетические факторы и клинические предикторы экстренного прерывания беременности. Благодаря целенаправленному медико-организационному методическому внедрению международных критериев ВОЗ по оценке живорождения и жизнеспособности плода в 2012 году в систему Российского здравоохранения, врачебному сообществу удалось значительно расширить показания к проведению реанимационной помощи и сохранению жизни новорожденным, родившимся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), тем самым значительно расширив отечественный репродуктивный потенциал и подарив счастье материнства многим тысячам женщин. Вместе с тем необходимо отметить, что недостаточно только сохранить жизнь глубоконедоношенному ребенку, важно создать условия для его последующего оптимального развития, профилактики, своевременного выявления заболеваний и обеспечения, насколько это возможно, максимально высокого уровня

жизни. В последние годы зарубежный и накопившийся отечественный клинический опыт, стремительное развитие по всей стране сети перинатальных центров, своевременное обучение и тесное взаимодействие медицинских и психолого-педагогических кадров, неразрывный потенциал реабилитационно-социального катамнестического наблюдения позволяет на достаточно высоком уровне проводить комплексную интенсивную терапию и выхаживать недоношенных детей [5-6].

Клинико-эпидемиологические аспекты заболеваемости глубоко недоношенных новорожденных. Хорошо известно, что здоровье человека во многом формируется в ante-и перинатальном периоде. Этиология и патогенез многих заболеваний грудного и детского возраста определяется влиянием течения антенатального периода и перинатальными факторами риска. Неслучайно многочисленные научные работы посвящены вопросам изучения единой системы «мать-плацента-плод», которая служит основой внутриутробного развития организма. Именно в первые часы, дни и недели новорожденного закладываются основы для формирования здорового организма. Заболеваемость новорожденных характеризует число детей в расчете на 1000 новорожденных, у которых в периоде новорожденности (в первые 28 дней жизни) поставлен какой-либо диагноз. Заболеваемость недоношенных детей в 3-4 раза превышает этот показатель у доношенных. Заболевания периода новорожденности характеризуются быстрым и прогрессирующим течением, малыми симптомами, часто атипичной клинической картиной. Синдром дыхательного расстройства (СДР) развивается у 65-85 % детей при рождении на сроке гестации 29 недель и менее, у 35 % - при сроке гестации 31-32 недели, у 20 % - при сроке гестации 33-34 недели, у 5 % - при сроке гестации 35-36 недель и менее чем у 1 % - при сроке гестации 37 недель и больше. У 10-15 % больных недоношенных новорожденных детей диагностируют пневмонию. По данным официальной статистики, в Российской Федерации за 2015 год врожденная пневмония диагностирована у 0,98 % недоношенных детей с массой тела при рождении 1000 граммов и более и у 20,77 % новорожденных – от 500 до 999 граммов. Систематический обзор и метаанализ ранних сроков возникновения внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) показал, что первые 6 часов жизни у детей с массой тела менее 1500 граммов являются самым уязвимым периодом для развития данной патологии: 48 % ВЖК происходят в течение первых 6 часов, 38 % - после 24 часов жизни; ВЖК III-IV степени -16 %. Частота диагностики сепсиса у недоношенных детей 1,0 % (16 % - среди недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 граммов), септицемия -36 %. В России сепсис занимает 3-4 место в структуре причин смерти новорожденных. Среди остальных клинических нозологий в неонатальном периоде наблюдается следующая эпидемиология заболеваемости: бронхолегочная дисплазия - 68

%, ретинопатия III–IV степени – 59 %, открытый артериальный проток – 46 %, некротизирующий энтероколит – 11 %. Ранняя неонатальная смертность недоношенных детей с экстремально низкой массой тела ЭНМТ составляет 45 %, а младенческая смертность – от 49 до 65 %. Высокая смертность отмечается среди детей, родившихся на сроке 22-23 недели 90-97%. Начиная с 24-й недели смертность этих детей уменьшается до 45-55%, а в 25 недель и позже погибает только каждый третий ребенок 28-33 %. Наиболее благоприятные результаты выживания присутствуют в группе новорожденных начиная с 26-27 недели гестации. Таким образом, среди детей, родившихся в 22 недели, выживает только 6-10 % инвалидность среди них составляет 100 %. Среди детей, родившихся в 28 недель, выживает 92 %, а инвалидность составляет 43 % [7-10].

Профилактические пути снижения перинатальной смертности. Одним из важнейших событий последних двух десятилетий в отечественной медицине явилось возникновение и бурное развитие нового клинического направления – перинатологии. Достижения перинатальной медицины способствовали совершенствованию и рациональному обоснованию стратегии и тактики современного акушерства, неонатологии и неонатальной реанимации. Инновационные достижения последнего десятилетия обусловили прогресс в антенатальной охране плода, повышение преемственности междисциплинарного командного взаимодействия врачей всех специалистов родильных домов и перинатальных центров.

Здоровье человека преимущественно определяется перинатальным периодом, так как именно заболевания плода во время течения беременности, родов и болезни новорожденного в первые дни жизни могут оказать неблагоприятное влияние на всей последующей жизни индивидуума. Неслучайно академик Г.М. Савельева отмечает, что в снижении перинатальной заболеваемости и смертности большую роль играют мероприятия, направленные на охрану здоровья плода в ante- и интранатальном периоде, охрану здоровья новорожденного новорожденного в первые часы и дни жизни.

На современном этапе развития перинатальной медицины появились подробные клинические рекомендации для врачей - неонатологов, новые возможности своевременного выявления страдания плода в интранатальных (дородовых) условиях, что параллельно с адекватной пренатальной диагностикой и целесообразным ведением родового акта обеспечивает рациональную основу для минимизации перинатальной заболеваемости и смертности [8-9].

Закключение: Таким образом, первое десятилетие отечественной «перинатальной революции» было отмечено активной разработкой Российской

ассоциацией специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) и Российский обществом неонатологов (РОН) многочисленных практических клинических рекомендаций, методических писем и пособий, произошло дальнейшее прогрессивное развитие перинатальной медицинской науки, неонатологии и неонатальной реанимации. Среди важных медико-социальных, клинико-эпидемиологических и психолого-педагогических аспектов исторической значимости первого десятилетия «перинатальной революции» явились многочисленные психолого-педагогические и организационные мероприятия по постоянному внедрению учебно-методических циклов -тренингов для врачей-курсантов, направленных на повышение качества теоретических знаний и практических навыков по стабилизации новорожденных и совершенствованию реанимационных мероприятий в родильном зале, комплексной интенсивной терапии и внедрению новейших респираторных технологий. Высокотехнологичные и инновационные перинатальные технологии, безусловно, способствуют снижению ранней неонатальной смертности и повышению качества жизни недоношенных новорожденных в раннем грудной возрасте. Несмотря на непрерывный самоотверженный труд врачей и медицинских сестер, повышение количества сохраненных жизней и качества выхаживания и реабилитации детей с экстремально низкой массой тела, проблема сохраняющегося роста числа преждевременных родов и выживания недоношенных детей при сроках беременности 24-28 недель, по-прежнему, остается актуальной и сложной медико-организационной задачей отечественного и международного перинатального научного и социального сообщества.

Литература:

1. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения. Байбарина Е.Н., Шувалова М.П., Сорокина З.Х., Ленюшкина А.А., Цымлякова Л.М. Акушерство и гинекология. 2011. № 6. С.4-8.
2. Переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствии с критериями, рекомендованные всемирной организацией здравоохранения: исторические, медико-экономические и организационные аспекты. Байбарина Е.Н., Дегтярев Д.Н. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011. Т.56. № 6. С. 6-9.
3. Исходы беременности с сроки 22-27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации. Вопросы современной педиатрии. 2011. Т.10. № 1. С.17-20.
4. Атласов В.О., Иванов Д.О., Года И.Б. Преждевременные роды и недоношенный ребенок в 22-27 недель гестации: Практическое руководство для

врачей. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2012. – 256 с. ISBN: 978-5-93929-228-3

5. Практическая педиатрия перинатального периода: руководство для врачей / сост. Л.И. Ильенко, Е.С. Сахарова, О.В. Шарапова [и др.]; под ред. Л.И. Ильенко, Е.С. Сахаровой, О.В. Шараповой – Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. – 188 с. ISBN: 978-5-88458-574-4

6. Недоношенный новорожденный [Текст]: монография / С.А. Перепелица, А.М. Голубев, В.В. Мороз. - М. КРЕАТИВНАЯ ЭКОНОМИКА, 2019.-232 с. ISBN: 978-5-91292-288-6 doi: 10.18334/9785912922886

7. Недоношенные дети с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Современные принципы интенсивной терапии и выхаживания / М.В. Краснов, И.В. Виноградов, В.М. Краснов. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2016. 294 с.: ил. ISBN 978-5-7677-2349-2

8. Клинические рекомендации. Неонатология / под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-320 с. ISBN: 978-5-9704-4946-2

9. Недоношенные дети: причины, последствия, прогноз / Ю.С. Рафикова, Т.В. Саприна, Е.В. Лошкова и др.: под ред. Е.В. Михалева. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2015. -128 с. ISBN: 978-5-94476-325-9

10. Завьялов О.В., Пасечник И.Н., Игнатко И.В. и др. Внутривенные кровоизлияния у глубоконедоношенных детей: этиопатогенез, клиника, факторы риска и особенности перинатальной профилактики. Врач. 2021; 32 (2): 10-16. doi:10.29296/25877305-2021-02-02

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЖИМА DUOPAP В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНА КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ВЫБОРА?

Завьялов^{1 2} О. В., Пасечник² И. Н., Игнатко^{1 3} И. В., Бабаев⁴ Б. Д.

1 - Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С. Юдина, Москва

2 - Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

3 - Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

4 - Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва
Oleg.zavyalov@mail.ru

Введение. Для клинициста крайне актуальной является фраза Вильяма Ослера: «Изучать болезни без книг - это все равно, что совершать путешествие по морю без карты, а изучать книги, не видя пациентов, - все равно, что совсем не выходить в море». В последние десятилетия в неонатальной реанимационной практике метод неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) приобрел широкую популярность благодаря ряду преимуществ, выгодно отличающих его от инвазивного способа. При определении показаний к первичному проведению НВЛ у глубоконедоношенных детей врач анестезиолог-реаниматолог неонатального профиля часто сталкивается с множеством лечебно - тактических трудностей. В настоящее время существует множество различных режимов НВЛ, среди которых особого внимания заслуживает спонтанное дыхание с двумя уровнями переменного положительного давления в дыхательных путях, известный как режим DUOPAP. Проведение НВЛ в режиме DUOPAP (Duopositive airway pressure) аналог режима BiPAP (Biphasic positive airway pressure) - одна из относительно новых респираторных стратегий и модальностей, которые широко стали применяться в составе комплексного лечения дыхательной недостаточности у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Начало нового тысячелетия в неонатальной реанимационной практике ознаменовалось активным развитием множества неинвазивных респираторных технологий [1-2].

Известно, что до 50 % недоношенных детей с СДР нуждаются в интубации трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и до 40 %

экстубированных детей с экстремально низкой массой тела (менее 1000 граммов при рождении) требуют повторного проведения ИВЛ. Основная задача неинвазивной вентиляции легких – избежать осложнений, связанных с интубацией и продленной ИВЛ, минимизировать недостатки раннего и широко применяемого метода постоянного положительного давления в дыхательных путях (Continuous Positive Airway Pressure - CPAP). Метод неинвазивной вентиляции легких VIPAP как раз и позволяет избежать ателектазирования и перерастяжения альвеол посредством положительного давления с переменным потоком. Основным принципом VIPAP является основополагающим в концепции «открытого легкого» - наиболее прогрессивной концепции респираторной поддержки недоношенных детей в XXI веке [3-4].

Теоретические преимущества применения режима VIPAP – отсутствие физиологической инверсии дыхательного цикла, увеличение дыхательного объема, улучшение среднего давления в дыхательных путях, возможность установления двух уровней давления или двух уровней самостоятельного дыхания с постоянно положительным давлением и смена двух уровней функциональной остаточной емкости легких. Неинвазивная вентиляция легких в режиме VIPAP позволяет увеличивать функциональную остаточную емкость легких и поддерживать стабильное давление в дыхательных путях, облегчая новорожденному как вдох, так и выдох [5-7].

Представлен клинический опыт формирования комплексных перинатальных предикторов на пути совершенствования дифференцированного подхода к рациональному и целенаправленному первичному применению неинвазивной вентиляции легких у недоношенных детей малого гестационного возраста в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных в раннем неонатальном периоде [8-10].

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность первичного выбора применения режима DUOPAP в качестве метода стартовой респираторной поддержки у детей с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении реанимации новорожденных родильного дома ГКБ имени С.С. Юдина с 2018 по 2021 годы. Основа научно-исследовательской работы – результаты ретроспективно-проспективного анализа данных обследования и лечения 90 новорожденных. Дизайн, критерии включения и критерии исключения одобрены локальным этическим комитетом больницы. Средняя масса тела 850+/- 149 граммов, средний срок гестации 28 +/- 4 недели. Индивидуальные критерии формирования дифференцированного подхода к респираторной терапии у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде: 1) анамнестический: наличие/полнота курса профилактики респираторного

дистресса плода (РДС) плода: отсутствует, <30 %, 30-60 %, > 60 %; безводный промежуток (БП): <6 часов, 6-8 часов, >12 часов; хориоамнионит матери (ХМ): нет, признаки, выраженный; гестационный сахарный диабет (ГСД): нет, диета, инсулинотерапия; 2) клинический: спонтанное дыхание (СД): отсутствует, регулярное/стабильное, регулярное/пограничное; наличие оценки степени тяжести дыхательной недостаточности по шкале Сильверман-Андерсен (С-А): \leq 4 баллов; 4-5 баллов, \geq 6 баллов; мониторинг показателя преддуکتальной сатурации (на правой верхней конечности- SpO₂): < 88 %, 88-92 %, > 92 %; показатель респираторного индекса – PaO₂/FiO₂: < 200, 250-300, > 300; 3) лабораторно-инструментальный: рентгенологическая картина пневмонии: да, нет; степень внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) по данным нейросонографии (НСГ): отсутствует, первая, вторая, третья; ранняя гемодинамическая потребность в назначении кардиотонической поддержки – титрование допамина в стартовой дозировке (мкг/кг/мин): < 3, 3-5, > 5; показатели провоспалительных маркеров в биохимическом анализе крови: С-реактивный белок (СРБ) в мг/л: < 5, 5-10, >10; прокальцитонин (ПКТ) в нг/мл: < 2, 2-6, > 6.

Результаты. На основе разработанной комплексной клинической оценки степени тяжести синдрома дыхательного расстройства (СДР) у недоношенного новорожденного сформированы 3 группы научного исследования: 1 группа – искусственная вентиляция (ИВЛ) в режиме SIMV (Synchronized inspiratory mandatory ventilation) через эндотрахеальную трубку (ЭТТ): спонтанное дыхание (СД) – отсутствует, оценка по шкале С-А \geq 6 баллов, мониторинг показателя преддуکتальной сатурации SpO₂ < 88 %, респираторный показатель PaO₂/FiO₂ < 200; 2 группа – неинвазивная вентиляция (пИВЛ) в режиме DUOPAP (Duopositive airway pressure, аналог режима BiPAP – Biphasic positive airway pressure) через назальные канюли (НК): СД – регулярное/стабильное, оценка по шкале С-А \leq 4 баллам, преддуکتальная сатурация SpO₂ > 92 %, респираторный показатель PaO₂/ FiO₂ > 300; 3 группа – стартовое проведение пИВЛ в режиме DUOPAP через НК / при нарастании степени тяжести СДР - выполнение интубации трахеи и дальнейшее проведение ИВЛ в режиме SIMV через ЭТТ: СД – регулярное/пограничное, оценка по шкале С-А 4-5 баллов, преддуکتальная сатурация SpO₂ 88-92 %, респираторный показатель PaO₂/FiO₂ 250-300. Выработаны индивидуальные критерии экспресс-скрининга перинатальных факторов риска, определяющих оптимальный дифференцированный подход к респираторной терапии у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде. «Разрешающие» предикторы стартовой респираторной терапии – пИВЛ в режиме DUOPAP: полнота проведенного антенатального курса профилактики РДС плода 30-60 %, безводный промежуток < 6 часов, хориоамнионит матери – отсутствует, гестационный сахарный диабет – нет/диета, нормально

допустимые показатели кровотока в системе «мать-плацента-плод» по данным ультразвуковой материнской фетометрии; рентгенологической картины пневмонии нет, гемодинамическая поддержка допамином в дозе < 3 мкг/кг/мин, отрицательные провоспалительные маркеры: показатель СРБ < 5 мг/л и показатель ПКТ < 2 нг/мл. Индивидуальные перинатальные критерии, ограничивающие стартовое проведение ИВЛ в режиме DUOPAP через назальные канюли: отсутствие проведения и/или полнота проведенного антенатального курса профилактики РДС плода < 30 %, безводный промежуток > 12 часов, наличие признаков и/или выраженный хориоамнионит матери, гестационный сахарный диабет – инсулинотерапия, признаки нарушения показателей кровотока в системе «мать-плацента-плод» по данным ультразвуковой материнской фетометрии, рентгенологическая картина пневмонии, гемодинамическая поддержка допамином в дозе > 5 мкг/кг/мин, положительные провоспалительные маркеры: показатель СРБ > 5 мг/л и показатель ПКТ > 6 нг/мл. Ведущие индивидуальные неонатальные критерии, полностью «лимитирующие» стартовую неинвазивную вентиляцию легких в режиме DUOPAP у недоношенных новорожденных: гестационный возраст < /= 25 недель и/или масса тела при рождении < /= 700 граммов и/или декомпенсированный респираторно – метаболический ацидоз[8-10].

Выводы: Рациональный и дифференцированный выбор тактики стартовой респираторной терапии в пользу проведения механической вентиляции легких путем интубации трахеи или осуществления неинвазивной респираторной поддержки через назальные канюли, безусловно, должны опираться на данные комплексной перинатальной и клиничко-лабораторно-инструментальной оценки состояния глубоконедошенного новорожденного, а также накопленный практический опыт врача реаниматолога-неонатолога. Передовые перинатальные научные исследования, современные диагностические и лечебные стратегии с позиции доказательной медицины и широко внедренные в практическую неонатальную реаниматологию, позволили добиться значительных достижений на пути лечения и выхаживания глубоконедошенных новорожденных, снижения ранних перинатальных потерь и повышения качества жизни преждевременно родившихся детей.

Литература:

1. Неинвазивная вентиляция легких как медицинская технология. – М.: Издательский дом БИНОМ, 2020.- 630 с. УДК 615.816.2 ББК 54.5 Ш96
2. Неинвазивная вентиляция легких у новорожденных: монография / О.Э. Миткинов, В.И. Горбачев. - Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМА, 2014.-124 с. ISBN 978-5-89786-210-8. УДК 616.24-008.4 ББК 53.775:57.303

3. Байбарина Е.Н., Антонов А.Г., Ионов О.В., Борисевич О.А., Рындин А.Ю. «Методики проведения спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях с переменным потоком у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом и врожденной пневмонией». Методические рекомендации. ФС № 2008/159 от 31.07.2008.

4. Мостовой А.В., Романенко К.В., Аверин А.В., Карпова А.Л., Гараев В.Р., Шашилев В.А., Гаева А.А., Романенко В.А. Применение двухуровневого назального СРАР с переменным потоком у недоношенных новорожденных после экстубации: многоцентровое рандомизированное клиническое исследование. Уральский медицинский журнал. 2014; 08 (122): 143-150.

5. Donn S.M., Sinha S.K. Manual of Neonatal Respiratory Care. Fourth Edition. Springer International Publishing Switzerland 2017. p. 820. doi: 10.1007/978-3-319-39839-6 6.

6. GARDNER S.L., CARTER B.S., ENZMAN-HINES M., NIERMEYER S. MERENSTEIN GARDNERS HANDBOOK OF NEONATAL INTENSIVE CARE NURSING: AN INTERPROFESSIONAL APPROACH, NINTH EDITION. 2021 by Elsevier, Inc. All rights reserved. p.1238. ISBN: 978-0-323-56903-3

7. Jain L., Suresh G.K. Clinical Guidelines in Neonatology. 2019 by McGraw-Hill Education. p.648. ISBN 978-0-07-182025-7 MHID 0-07-182025-6

8. Завьялов О.В., Маренков В.В., Дементьев А.А., Пасечник И.Н. Синдром дыхательных расстройств у детей с экстремально низкой массой тела при рождении: особенности проведения неинвазивной респираторной терапии в раннем неонатальном периоде. Вопросы практической педиатрии. 2020; 15 (6): 94-102. DOI:10.20953/1817-7646-2020-6-94-102

9. Завьялов О.В., Маренков В.В., Дементьев А.А., Пасечник И.Н. Неинвазивная вентиляция легких при лечении респираторного дистресс-синдрома у новорожденных детей. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021; 20(3): 92-99. DOI: 10.20953/1726-1678-2021-3-92-99

10. Завьялов О.В., Пасечник И.Н., Игнатко И.В. и др. Антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода и сурфактантная терапия у недоношенных новорожденных: оценка курса дородовых глюкокортикостероидов при определении тактики респираторной поддержки. Врач. 2022. Т.33. № 2. С.12-20. doi:10.29296 /25877305-2022-02-02.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Завьялов^{1 2} О. В., Пасечник² И. Н., Игнатко^{1 3} И. В., Бабаев⁴ Б. Д.

1 - Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С.Юдина, Москва

2 - Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

3 - Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

4 - Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва

Oleg.zavyalov@mail.ru

Введение. Для всего живого на планете огромное значение фразы А. Блокбастера «смысл жизни дышать». Патогенетическая основа дыхательной недостаточности при синдроме дыхательного расстройства (СДР) у недоношенных детей – качественный и количественный дефицит сурфактанта, незавершенный эмбриогенез всех органов и систем организма, выраженная морфо - функциональная незрелость кардио-респираторной системы. Дыхательная недостаточность (ДН) у новорожденного (МКБ-10: P28.5) – неспособность системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав крови, которая проявляется гипоксией. Впервые в 1854 году термин ДН предложил ученый А. Wintrich.

Для клиницистов и научно-педагогических работников много веков актуальна и фраза Цицерона: «Пока у больного есть дыхание, есть и надежда». Смерть новорожденных детей от дыхательной недостаточности была описана еще в древние времена. Китайский философ и император Hwang-Ti (2698-2599 г. до н.э) заметил, что среди таких новорожденных чаще встречаются недоношенные дети. Жизнеспособность плода во многом определяется состояние его дыхательной системы. Важной физиологической характеристикой легких, предопределяющей исход беременности, является степень сформированности эффективной площади поверхности газообмена и функционирование системы легочного сурфактанта. В эмбриональном развитии дыхательной системы ученые выделяют 2 критических периода: 7-16 и 20-26 недели развития. Временной отрезок между 24 и 26 неделями считается переходным периодом от каналикулярной стадии к сакулярной стадии эмбриогенеза легких и рассматривается как важный функциональный порог жизнеспособности недоношенного плода [1-2].

Цель обзора. Рассмотреть современные эмбриональные и патогенетические особенности развития дыхательной недостаточности у детей с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы. На основе современных литературных данных и клинических наблюдений авторов представлены сведения об этиологии, эпидемиологии, эмбриогенезе и патогенезе дыхательной недостаточности у детей с экстремально низкой массой тела. Обзор современных научных источников проведен на основании научных исследований ведущих отечественных и зарубежных ученых, врачей практического здравоохранения с глубиной научного поиска в 20 лет. Изучено влияние эмбрионального развития дыхательной системы, анатомической и морфо-функциональной незрелости легочной ткани на ведущие патогенетические особенности клинической картины развития и прогрессирования дыхательной недостаточности у глубоко недоношенного новорожденного. Освещена характеристика и клиническая роль сурфактанта при перинатальной адаптации кардио-респираторной адаптации при респираторном дистресс синдроме у глубоко недоношенного новорожденного. Рассматриваются клинические варианты течения и критерии оценки клинической картины дыхательной недостаточности у детей с экстремально низкой массой тела в раннем неонатальном периоде.

Эпидемиология дыхательной недостаточности. Тайна рождения ребенка интересовала человечество с давних времен. С XVIII в. началось научное изучение вопросов эмбрионального развития, механизмов беременности и родов. Дыхательная недостаточность является одним из ведущих патогномичных клинических синдромом у детей с экстремально низкой массой тела в раннем неонатальном периоде. Синдром дыхательного расстройства (СДР) развивается у 65-85 % детей при рождении на сроке гестации 29 недель и менее, у 35 % - при сроке гестации 31-32 недели, у 20 % – при сроке гестации 33-34 недели, у 5 % - при сроке гестации 35-36 недель и менее чем у 1 % - при сроке гестации 37 недель и больше. У 10-15 % больных недоношенных новорожденных детей диагностируют пневмонию. По данным официальной статистики, в Российской Федерации за 2015 год врожденная пневмония диагностирована у 0,98 % недоношенных детей с массой тела при рождении 1000 граммов и более и у 20,77 % новорожденных – от 500 до 999 граммов. Развитие дыхательной системы человека представляет собой сложный многоуровневый процесс, в результате которого формируется сложная структура [3-4].

Эмбриональные особенности развития дыхательной недостаточности. Морфогенез легких зависит от взаимодействия между легочной энтодермой и окружающей ее мезодермой. Пренатальный морфогенез легких описан многими зарубежными (Adamson J.Y.R., 1991; Burri P.H., 1991) и

отечественными (Загорулько А.К., 1995, Романова Л.К., 2002) учеными. В пренатальном морфогенезе легких можно выделить 5 периодов: ранний эмбриональный период; железистый период; каналикулярный период; период «терминального мешка»; период сочетания мешотчатых и альвеолоподобных структур. В раннем эмбриональном периоде закладка респираторного тракта начинается на 4-й неделе из вентральной части передней кишки. На 26-й день в каудальной части первичной глотки в центре ее вентральной стенки позади 4-й пары глоточных карманов формируется ларинготрахеальная борозда, выстланная энтодермой. На 28–32-й день бронхиоллярные почки увеличиваются в размерах и начинается закладка первичных долевых почек.

Считается, что до 22-й недели внутриутробного развития площадь поверхности газообмена в дистальных отделах легких недостаточна для надежной оксигенации и вентиляции даже при наличии сурфактанта. Период «терминального мешка» и формирования альвеолоподобных структур начинается с 27-й недели эмбрионального развития легких и отмечен значительными морфогенетическими преобразованиями: ростом и ветвлением бронхиальных структур, формированием ацинусов и дифференцировкой клеток [5-6].

Патогенетические особенности развития дыхательной недостаточности. Всем врачам анестезиологам – реаниматологам хорошо известно высказывание профессора А.П. Зильбер: «Дыхательная недостаточность - неспособность легких превратить притекающую к ним венозную кровь в артериальную». Патогенез ДН у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) полиэтиологичен. Недоношенные дети с ЭНМТ в состоянии нормотермии обычно отвечают на гипоксемию двухфазной реакцией: непродолжительный период усиления дыхания с последующей депрессией. Выделяют 2 типа ДН: ДН I типа возникает вследствие нарушения вентиляционно-перфузионного соотношения, ДН II типа возникает вследствие альвеолярной гиповентиляции [7-8].

Клинические варианты течения и критерии оценки клинической картины дыхательной недостаточности. Респираторный дистресс синдром новорожденного (РДС) (МКБ-10:P22.0); синонимы – синдром дыхательного расстройства (СДР), болезнь гиалиновых мембран) и врожденная пневмония (МКБ-10:P23) – самые распространенные клинико-этиологические нозологические варианты дыхательной недостаточности у глубоко недоношенных детей в раннем неонатальном периоде. Впервые патологические изменения в легких при болезни гиалиновых мембран были описаны Hochheim в 1903 году. В 1929 году Von Neergaard высказал предположение о необходимости изменения поверхностного натяжения легочных альвеол для поддержания

нормально функционирующих легких. Недостаток легочного сурфактанта приводит к прогрессирующему ателектазу, потере остаточной функциональной способности, изменениям соотношения вентиляция – перфузия и неравномерному распределению вентиляции.

В настоящее время клиническая картина респираторного дистресс синдрома новорожденного, проявляющаяся симптомами дыхательной недостаточности (ДН), хорошо и подробно изучена. Среди признаков РДС выделяют увеличение частоты дыхательных движений >60 в минуту (тахипноэ), цианоз, «раздувание» крыльев носа и щек («дыхание трубача»). Выраженным клиническим признаком является западение грудной клетки на вдохе (втягивание мечевидного отростка грудины, подложечной области, межреберий), периодически возникают втяжения грудной клетки над грудиной (симптом Оливера–Кардарелли). При аускультации легких выслушивается резко ослабленное или бронхиальное дыхание с рассеянными крепитирующими хрипами.

Сложный многоступенчатый характер внутриутробного развития легких и созревания сурфактанта у глубоконедоношенных детей, безусловно, оказывает определенное патогенетическое влияние на риск и реализацию респираторной патологии в раннем неонатальном периоде. Для клинической оценки степени выраженности ДН у недоношенных новорожденных с целью динамического мониторинга РДС (СДР) применяют неонатальную шкалу Сильверман–Андерсен (Silverman W.A. – Andersen D.A., 1956). Врач-неонатолог и врач-анестезиолог-реаниматолог отделения неонатальной реанимации ориентируются на 5 признаков: состояние верхней части грудины; ретракция межреберных промежутков; ретракция мечеобразного отростка; раздувание крыльев носа; стон на выдохе (грандинг). Согласно шкале Сильверман-Андерсен, при суммарной оценке < 5 баллов у новорожденного отмечается начинающийся РДС новорожденного (РДСН), 5 баллов указывают на РДСН средней степени, 6-9 баллов – на тяжелый РДСН, 10 баллов – на крайне тяжелый РДСН [9-10].

Заключение. Эмбриональное развитие легких, морфофункциональное созревание сурфактанта и становление органов дыхания – длительный периодический процесс, начинающийся в антенатальном и продолжающийся в перинатальном периоде развития. Проведенный обзор современных источников отечественной и зарубежной литературы по рассматриваемой мультидисциплинарной теме эмбриогенеза легких и перинатальной адаптации легких у глубоконедоношенных новорожденных малого гестационного возраста демонстрирует теоретическую значимость и практическую направленность на пути эффективного профилакирования неонатальной респираторной патологии в антенатальном и раннем неонатальном периодах.

Понимание вопросов внутриутробного развития и морфофункциональной незрелости дыхательной системы являются крайне важным для совершенствования клинического мышления врачей – неонатологов и врачей анестезиологов – реаниматологов неонатального профиля.

Литература:

1. Банкалари Э. Легкие новорожденных. Под ред. Р. Полина; пер. с англ.; под. ред. Д.Ю. Овсянникова. М.: Логосфера, 2015; 672 с.
2. Виноградова И.В., Белова А.Н., Игнатъева Е.Н. и др. Дыхательные нарушения у новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ. Вестник современной клинической медицины. 2014; 7(6):13-7.
3. Неонатальная пульмонология: Монография. Под ред. Д.Ю. Овсянникова.,168. Москва, 2022. ISBN: 978-5-91556-757-2
4. Овсянников Д.Ю., Кравчук Д.А., Николаева Д.Ю. Клиническая патофизиология органов дыхания недоношенных детей. Неонатология: новости, мнения, обучение. 2018; 6 (3): 74-98. doi: 10.24411 / 2308-2402-2018-13003
5. Перепелица С.А., Голубев А.М., Мороз В.В. и др. Пренатальный морфогенез легких и предпосылки развития РДС у недоношенных новорожденных. Общая реаниматология. 2010; 6: 53-8.
6. Александрович Ю.С., Блинов С.А., Пшениснов К.В., и др. Критерии тяжести поражения легких у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Анестезиология и реаниматология. 2014; 1: 52-7.
7. Gomella T.L., Eyal F.G., Fayez B.-M. Neonatology. Management, Procedures, On-Call problems, Diseases, and Drugs. 8th ed. McGraw Hill Lange, 2020, p.1474.
8. Boardman J.P., Groves A.M., Ramasethu J. Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn. 8th ed. Wolters Kluwer, 2021, p. 989.
9. Завьялов О.В., Пасечник И.Н., Игнатко И.В. и др. Патогенез синдрома дыхательного расстройства новорожденного с позиции особенностей эмбриогенеза респираторной системы. Врач. 2022; 33(1):17-25. doi: 10.29296 /25877305-2022-01-03
10. Завьялов О.В., Игнатко И.В., Пасечник И.Н. и др. Дыхательная недостаточность у глубоконедоношенных новорожденных детей: анатомо-физиологические особенности, факторы риска и клинические варианты течения в раннем неонатальном периоде. Врач. 2021; 32 (4):22-30. doi: 10.29296 /25877305-2021-04-04

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ У ПОДРОСТКОВ

Загашева¹ М. В., Сухова² К. Ю., Лялина² И. Н.

1 - Санкт-Петербургский государственный институт культуры, Санкт-Петербург

2 - Лицей №126, Санкт-Петербург

mz1975@mail.ru

Главным ресурсом любого государства, гарантом его национальной безопасности и успешного социально-экономического развития являются люди, психологические, физические и образовательные возможности которых позволяют формировать профессиональные компетенции, заниматься общественно-полезным трудом, воспитывать подрастающее поколение, обеспечивать поступательное движение страны. Охрана индивидуального и общественного здоровья, следовательно, должна стать стратегическим направлением деятельности не только учреждений системы здравоохранения, но и всех государственных служб социального обеспечения граждан. В соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании» (№ 273-ФЗ от 29.12.2012 г. с изменениями 2015-2016 гг.) здоровье школьников относится к приоритетным направлениям государственной политики в сфере образования.

По данным специалистов Всемирной организации здравоохранения здоровье на 50-55 % зависит от образа жизни человека, на 20-23 % – от наследственности, на 20-25 % – от состояния окружающей среды (экологии) и лишь на 8–12 % – от работы национальной системы здравоохранения. Эти цифры убедительно указывают на то, что образ жизни человека, т.е. совокупность устойчивых убеждений (ценностей) и привычных способов поведения играют ведущую роль как в сохранении здоровья, так и в его ухудшении. Следовательно, технологии формирования ценностей здорового образа жизни должны стать обязательными в учреждениях образования, дополнив существующие способы обучения и воспитания. [1]

Цель исследования: В Калининском районе Санкт-Петербурга, креативной группой, в состав которой входят методисты образовательных учреждений, представители служб здоровья образовательных учреждений района и преподаватели СПбГИК, проводился городской мониторинг «Ценностные ориентиры учащихся образовательных учреждений». Данный трехгодичный мониторинг проводился для обоснования и разработки программы сохранения и улучшения психологического здоровья школьников, для нахождения действенных способов защиты детей и подростков от разрушающих здоровье вредных привычек и повышения уровня социально-психологической

адаптации. Цель этого лонгитюдного проекта: массовое скрининговое исследование состояния социально-психологической адаптации и ценностей школьников подросткового возраста для обоснования, разработки, апробации и внедрения комплексной программы «Формирование ценностей здорового образа жизни у школьников подросткового возраста». Это полноценная 36 часовая программа внеурочной деятельности, в которую включена рабочая тетрадь для учащихся и методическое пособие для учителя.

Внедрением и апробацией программы занимается креативная группа педагогов Лицея №126, ГБОУ СОШ № 78 и преподавателями СПБГИК.

Материал и методы исследования: В мониторинге участвовали 13 образовательных учреждений Калининского района, примерно 1200 учащихся 7 - 10 классов. В исследовании использовались методики:

1. *Опросник социально-психологической адаптированности Роджерса-Даймонд. Опросник используется для диагностики состояний школьной адаптации, представлений школьников о себе, динамики самооценки в возрастные критические периоды развития и в критических ситуациях.*

2. *Методика оценки мотивирующих ценностей личности Ш.Шварца.*

3. *Тест «Индекс отношения к здоровью». Тест диагностирует такой важнейший параметр отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность (Дерябо С., Ясин В.)*

4. *Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО), разработан Шаповал В.А.*

5. *Методика «Личностный дифференциал». Тест используется для получения информации о субъективных аспектах отношений испытуемого к себе или к другим людям.*

6. *Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса. Тест предназначен для изучения уровня и характера тревожности, связанной со школой у детей младшего и среднего школьного возраста, и позволяет оценить выраженность 8 факторов (синдромов) тревожности.*

Одна из основных задач педагогов образовательных учреждений использование здоровьесберегающих технологий. Существуют проблемные зоны развития системы образования района по сохранению и укреплению здоровья школьников, созданию здоровьесберегающей и здоровьесоздающей образовательной среды в образовательных учреждениях, из которых можно вынести главные проблемы:

- *внедрение здоровьесберегающих технологий в деятельность ОУ района (паспорт здоровья);*
- *создание комфортной здоровье создающей среды в ОУ района (комфортная среда в ОУ);*
- *здоровое питание детей и подростков (дополнительные образовательные программы на формирование здорового питания);*
- *здоровый образ жизни (навыки ЗОЖ, мероприятия);*
- *медицинское просвещение школьников;*
- *академия здоровья для взрослых (лектории для родителей).*

Для ребенка в возрасте от 6 до 17 лет основной средой жизнедеятельности является образовательное учреждение, с которым связаны более 70% времени его бодрствования. В условиях школы происходит не только усвоение общеобразовательных знаний, умений и навыков, но и, что намного важнее, формирование системы ценностей, определяющей состояние физического и психологического здоровья человека на протяжении всей последующей жизни.

Наибольший риск нарушений психологического здоровья в период школьного обучения отмечается в пубертате – фазе бурных гормональных и психоэмоциональных трансформаций личности, когда в связи с нестабильностью психологического и физиологического гомеостаза влияние неблагоприятных факторов внутренней (стремление к автономности и свержению авторитетов, формирование полоролевой доминанты, акцент внимания на эстетических характеристиках собственного тела и др.) и внешней (делегирование новых видов ответственности, новые ожидания со стороны родителей и представителей значимых социальных групп, возрастание учебных и бытовых психологических нагрузок и др.) действительности может провоцировать у школьников возникновение нервно-психических, психосоматических и аддиктивных расстройств. Причем причиной этих нарушений следует считать не столько деструктивные социально-психологические воздействия среды, сколько уже имеющуюся у школьников дисгармоничную систему ценностей в целом и несформированность ценностей здоровья в частности.

В настоящее время проблема сохранения и укрепления здоровья детей и подростков становится все более актуальной. Исследования данной темы показывают многообразие подходов к изучению проблемы здоровья школьников. Анализируя литературу, связанную с изучением здоровья детей и подростков, можно выделить следующие важнейшие конструкторы: физическое

здоровье, психическое здоровье, социальная адаптация, психологическое здоровье.

Психологическое здоровье характеризует личность в целом, ее систему отношений к миру, себе, собственной жизни. Именно изучение аспектов психологического здоровья в связи с социально-психологической адаптацией дает нам возможность обосновать программу «Формирование ценностей здорового образа жизни у школьников подросткового возраста (уроки здоровья)».

Результаты исследования: в рамках реализации проекта «Состояние социально-психологической адаптированности и система ценностей школьников подросткового возраста» (2015-2018 гг.) нами проведено исследование состояния психологического здоровья школьников подросткового возраста. Одним из результатов данного исследования стал вывод о том, что от 13 до 28% подростков имеют те или проявления негативного отношения к своему здоровью. Наиболее неблагоприятным проявлением негативного отношения оказалась неразвитость познавательной компоненты отношения к здоровью, проявляющаяся нежеланием и неумением подростков накапливать и систематизировать информацию о здоровье и здоровьесберегающих технологиях.[2]

В зоне риска социально-психологической дезадаптации в целом по выборке находится 23-27% подростков, у которых отмечаются проблемы в разнообразных сферах (семья, школа, группы сверстников). Основными проявлениями дезадаптации являются: ощущение своей несостоятельности; идеи отторжения коллективом и отвержения; снижение мотивации к учебной деятельности (прогулы занятий, посещения секций и кружков); снижение уверенности в себе, нарастание ощущения тревожности и социальной апатии; затруднения в определении перспектив (будущего); неоправданные ожидания и страх несоответствия требованиям сверстников и учителей.

Сопоставление обследованных коллективов по уровню социально-психологической адаптированности школьников позволило разделить их на три группы – с высоким, средним и низким уровнем. В классах, в которых выявлены высокие значения показателей социально-психологической адаптации, отмечается высокий уровень мотивации к учёбе как у учащихся, так и у их родителей. В классах с низкими показателями социально-психологической адаптации, в которых обучается большое число детей из неблагополучных семей и семей мигрантов, отмечается низкая мотивация школьников и их родителей к обучению и как следствие – низкая успеваемость.

Значительная доля подростков имеет сниженную самооценку, дефицитарные волевые процессы и выраженную экстравертированность. Наиболее

прогностически неблагоприятной следует считать дефицитарность волевых процессов, частота которой в разных, и даже благополучных классах колеблется в пределах от 20 до 30%.

Результаты диагностики отношения к здоровью свидетельствуют о том, что от примерно 10% подростков имеют те или проявления негативного отношения к своему здоровью. Наиболее неблагоприятной следует считать неразвитость познавательной компоненты отношения к здоровью, проявляющейся нежеланием и неумением подростков накапливать и систематизировать информацию о здоровье и здоровьесберегающих технологиях.[2]

По результатам диагностики с использованием психодинамически ориентированной методики ПОЛО установлено, что доля подростков с выраженными деструктивно-дефицитарными свойствами личности составляет от 31 до 50%. Подобный факт отражает настоятельную потребность в оказании таким подросткам психологической поддержки. Отсутствие последней предполагает возникновение в классах разрушительных микросоциумов, способствующих формированию невротических состояний, конфликтных внутригрупповых отношений, хронического стресса и других проявлений социально-психологической дезадаптации.

Доля подростков с высоким и средним уровнями различных признаков школьной тревожности. Наиболее значимы тревожные переживания подростков по поводу негативных отношений с учителями и несоответствия собственных качеств ожиданиям окружающих.

Исходя из результатов наших исследований и на основании данных научной литературы можно сформулировать вывод о необходимости разработки программ и методик здоровьесформирующей и здоровьесберегающей направленности. Нами разработана программа «Уроки здоровья», которая опирается на интегральную модель психологического здоровья.

Основой для построения программы «Уроки здоровья» послужила интегральная модель психологического здоровья подростков-школьников, разработанная Голяничем В.М., Бондаруком А.Ф. и Ходаковской О.В. [3] Данная модель включает пять компонентов, которые соответствуют основным сферам личности: эмоциональной, регуляторно-волевой, когнитивно-креативной, рефлексивно-акмеологической и социально-коммуникативной.

Каждый урок посвящен одному из пяти компонентов психологического здоровья [4]:

Целью цикла занятий является формирование знаний, навыков и умений в данной личностной сфере.

В данной программе ключевым понятием является здоровье, которое для подростка является знакомым и понятным. К подростковому возрасту формируется представление о том, что такое здоровый образ жизни, о способах поддержания своего здоровья. Задача данного цикла занятий в расширении представления о здоровье, его структуре, компонентах, осознании, что здоровье это не только физический аспект, но и духовный и социальный.

В программе занятий первый урок направлен на формирование широкого представления о здоровье, осознание того, что физическое здоровье связано со всеми сферами жизни человека. Представляется важным, чтобы итогом занятия стал вывод подростка о многогранности здоровья, его компонентах.

Рассмотрим содержание каждого блока программы.

Блок 1. «Эмоциональный компонент психологического здоровья» направлен на развитие эмоциональной сферы подростка. Безусловно, эмоциональный компонент психологического здоровья является базовым. С эмоциями, их проявлением, контролем, человек сталкивается во всех сферах взаимодействия. Наиболее подходящим для описания данной сферы является понятие эмоциональный интеллект, который объединяет в себе следующие компоненты:

– *когнитивный* компонент определяется сформированностью представлений о разнообразии эмоциональных состояний, причинно-следственных связей проявления эмоций, способностью распознать свои и другого человека эмоциональные состояния, определить эмоцию, дать ей словесное описание, прогнозировать последствия проявления тех или иных эмоций;

– *регулятивный* компонент определяется соответственно способностью контролировать и регулировать силу эмоций, уменьшать интенсивность отрицательных эмоций и общим умением контролировать внешнее выражение своих переживаний;

– *поведенческий* компонент проявляется во взаимодействии с людьми, насколько адекватно выражаются эмоциональные реакции, способность проявлять просоциальные эмоции, конструктивно выражать эмоции в отношениях с людьми разного социального статуса, возраста.

Формирование компонентов эмоционального интеллекта начинается еще в дошкольном возрасте, как показывают работы Путиловой О.А. [5], Андреевой И.Н. [6]. Среди факторов, влияющих на развитие эмоционального интеллекта можно выделить: пример поведения взрослого в ситуациях эмоционального самовыражения, описания эмоциональных состояний, разрешения конфликтных ситуаций; взаимодействие со сверстниками в ситуациях

проявление сочувствия, доброжелательности, взаимопомощи, сотрудничества; обучение способов регуляции эмоций и моделям поведения в разнообразных эмоциональных ситуациях.

При изменении направленности взаимодействия в подростковом возрасте, расширения круга общения со сверстниками и другими группами, навыки регуляции своего эмоционального состояния приобретают высокую значимость, особенно на фоне физиологических перестроек организма подростка. Представляется важным обратить внимание на коррекцию способов поведения в эмоциогенных ситуациях, формирования новых моделей поведения, поиску адекватных способов регуляции эмоциональных состояний.

Для решения поставленных задач используются психогимнастические (психотехнические) упражнения. Основой данных упражнений является двигательная экспрессия как средство коммуникации в группе: выражение эмоциональных состояний, переживаний с помощью мимики, пантомимы и различных движений тела. Это упражнения, целью которых является снижение напряжения, сосредоточение внимания, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы. Акцент делается на понимании невербального поведения людей, а также подростки тренируются выражать свои переживания, эмоции и мысли посредством невербальных средств коммуникации. Это позволяет лучше понимать себя, свои эмоциональные состояния, а также способствует более точному пониманию состояния другого человека, партнера по общению.

Так же в данный блок включаются упражнения на регуляцию психоэмоционального напряжения. Через мышечную релаксацию, дыхательные упражнения, упражнения на визуализацию. Данные техники направлены на развитие способности управления своим состоянием в стрессовых ситуациях, конфликтных ситуации, снятия усталости при умственной нагрузке. Обучение методам регуляции психоэмоционального напряжения является здоровьесберегающей технологией.

Работа с эмоциональной сферой возможна с применением арт методов. Данная группа методов основана на творческой деятельности и применении искусства. Упражнения с использованием изобразительных материалов, музыки, фотографий, изготовление коллажей и другие формы художественного самовыражения подростков.

Блок 2. Когнитивно-креативный компонент психологического здоровья. Этот блок направлен на развитие познавательной деятельности и творчества, социального интеллекта.

Одной из проблем, связанных с подростковым возрастом, снижение познавательного интереса. Если младший школьник проявляет достаточно активный уровень познавательной деятельности, то у подростка смещается акцент в сторону общения. В этом возрасте многие дети относятся избирательно к своим увлечениям. Но, даже в большей степени, проблемой является отсутствие интересов. Подростки часто выражают нежелание чем-то заниматься, в связи с тем, что «не интересно, скучно». Познавательная деятельность непосредственно связана с активностью и познавательным интересом личности. В своих исследованиях Г. И. Щукина обозначает интерес как «мощный побудитель активности личности, под влиянием которого все психические процессы протекают особенно интенсивно и напряженно, а деятельность становится увлекательной и продуктивной».[7] Н. Г. Морозова определяет познавательный интерес как «непосредственно мотивированное эмоционально-познавательное отношение, имеющее тенденцию переходить, а, при благоприятных условиях, переходящее в эмоционально-познавательную направленность личности»[8]. Таким образом, задачей данного блока является активация познавательного интереса. Одним из первых шагов предлагается сделать в сторону увлечений подростка. Познакомить с многообразием хобби и творческих занятий. Примером может служить упражнение «Ярмарка увлечений», которое позволяет познакомиться с интересами одноклассников, показать свои увлечения, что также способствует повышению коммуникативной компетентности подростков, Применение арт методов в этом блоке, также способствует развитию креативности.

Блок 3. Социально-коммуникативный компонент психологического здоровья. Задачами данного блока являются развитие навыков взаимодействия, конструктивного решения конфликтных ситуаций, развитие коммуникативной компетентности. Формирование представлений о социальной ответственности личности. Роль учащихся в жизни класса, школы. Социальная полезность, ее роль в укреплении психологического здоровья.

Здесь возможно использование дискуссий, упражнения на взаимодействие, с опорой на навыки, приобретенные в первом блоке, игровые ситуации. Важно сделать акцент на конструктивной стороне конфликта, закрепление навыков эффективного поведения.

Блок 4. Регуляторно-волевой компонент психологического здоровья направлен на формирование навыков целеполагания. Рассматриваются учебные, личные, профессиональные цели, обучение алгоритму постановки цели, техник тайм-менеджмента.

Блок 5. Рефлексивно-акмеологический компонент психологического здоровья. Задача данного блока формирование адекватной самооценки.

В период подросткового возраста личность перестраивается, запускается процесс формирования личной идентичности, рамках этого процесса подростки приобретают глубокое понимание другого и «самого себя». Одной из важных задач становится социальное принятие группы сверстников. В связи с этим, социальная поддержка в форме принятия и одобрения от других является мощным фактором формирования самооценки. Исследования показывают, что «подростки, чьи отношения со сверстниками были более позитивными и менее негативными, сообщали о более высоких уровнях самооценки. С другой стороны, когда подросток в группе сверстников не получал положительного внимания и поддержки, подросток выражал негативное отношение к «себе», что способствовало низкой самооценке.» [9]

Упражнения данного блока направлены на формирование саморефлексии, способности адекватного оценивания своих действий, личностных особенностей, принятия себя.

Выводы (заключение):

В зоне риска социально-психологической дезадаптации в целом по выборке находится 23-27 % подростков, у которых отмечаются проблемы в разнообразных сферах (семья, школа, группы сверстников). Основными проявлениями дезадаптации являются: ощущение своей личностной несостоятельности; отторжение коллективом; снижение мотивации к учебной деятельности (прогулы занятий, посещений секций и кружков); снижение уверенности в себе, повышение чувства тревожности и социальной апатии; затруднения в определении перспектив (будущего).

Значительная доля подростков имеет сниженную самооценку, дефицитарные волевые процессы и выраженную экстравертированность. Наиболее прогностически неблагоприятной следует считать дефицитарность волевых процессов, частота которой в разных школах колеблется в пределах от 53 до 75 %.

Результаты диагностики отношения к здоровью свидетельствуют о том, что от 13 до 28 % подростков имеют те или проявления негативного отношения к своему здоровью. Наиболее неблагоприятной следует считать неразвитость познавательной компоненты отношения к здоровью, проявляющейся нежеланием и неумением подростков накапливать и систематизировать информацию о здоровье и здоровьесберегающих технологиях.

Апробация программы «Уроки здоровья» показала свою результативность. Занятия могут быть включены во внеурочную деятельность, проводиться в рамках классных часов.

Литература:

1. Учитель будущего: инновационный опыт и успешные педагогические практики: монография. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2020. – 260 с.
2. Ценностные аспекты отношения подростков к здоровью / А. Ф. Бондарук, В. М. Голянич, М. В. Загашева, К. Ю. Сухова // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2016. – Т. 11. – № 1. – С. 186-187. – EDN YICINZ.
3. Психологическое здоровье школьников подросткового возраста: теория и практика: В.М. Голянич, А.Ф. Бондарук, О.В. Ходаковская, М.В. Загашева, К.Ю. Сухова / Под научной редакцией В.М. Голянича. – СПб.: НИЦ АРТ, 2018. – 172 с.
4. Голянич В.М., Ходаковская О.В., Бондарук А.Ф. Методика экспертной оценки психологического здоровья подростков // Проблемы психолого-педагогической работы в современном образовательном учреждении сборник материалов II международной научно-практической конференции. 2017. С. 39-44.
5. Путилова, О. А. Эмоциональный мир ребенка / О.А. Путилова. – М. : Генезис, 2012. – 122 с.
6. Андреева, И.Н. Азбука эмоционального интеллекта / И.Н. Андреева. – СПб.: БХВ-Петербург, 2012. – 212 с.
7. Ермизина, Ю. А. Пути развития познавательного интереса у подростков / Ю.А. Ермизина. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2016. – № 9 (113). – С. 1107-1113. – URL: <https://moluch.ru/archive/113/29369/> (дата обращения: 19.09.2022).
8. Морозова, Н.Г. Учителю о познавательном интересе / Психология и педагогика – 2007. - №2. – С. 7-10, с.
9. Кашкуш А. Специфика формирования самооценки в подростковом возрасте // МНКО. 2018. №2 (69). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-formirovaniya-samootsenki-v-podrostkovom-vozhraсте> (дата обращения: 19.09.2022).

ПРОБЛЕМНАЯ ОЗАБОЧЕННОСТЬ И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ ИЗ ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ

Знова Е. Г., Пежемская Ю. С.

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург
pjshome@mail.ru

Актуализация суицидального поведения в подростковой среде продолжает оставаться острой мировой проблемой [7]. По данным сайта Всемирной Организации Здравоохранения самоубийство является второй главной причиной смерти среди молодежи в возрасте 15-29 лет и второй причиной смерти среди девушек подросткового возраста 15-19 лет (пресс-релиз от 9.09.2019). При этом единого вектора профилактики подростковых суицидов на сегодняшний день не существует.

В России количество смертей от самоубийств среди несовершеннолетних все еще находится на достаточно высоком уровне, по данным Следственного комитета Российской Федерации, за 2021 год было зафиксировано 753 случая (+37,4 % к 2020 году). При этом число попыток суицида среди несовершеннолетних за последние три года увеличилось почти на 13 % с 3 253 до 3 675 (2019 год – 3 253, 2020 год – 3 051, 2021 год – 3 675). Существенно выросло на 92,5 % и число повторных попыток суицида со 188 до 362 (2019 год – 188, 2020 год – 296, 2021 год – 362) (Львова-Белова М. А. Доклад о деятельности Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка – 2021 г.).

В данном исследовании мы рассматриваем уровень проблемной озабоченности в разных сферах жизни подростков как возможный предиктор реализации суицидальных интенций. Понимание проблемной озабоченности строится на определении понятия «психологическая проблема». В концепции Л. А. Регуш психологическая проблема рассматривается как противоречие между сформированным (актуальным) уровнем развития тех или иных психических функций, процессов, свойств и теми вызовами, которые делает жизнь, требуя появления новых психических качеств [2].

Исследования связи психологического благополучия с выраженностью проблемных переживаний в разных жизненных сферах показывают, что наиболее значимые факторы риска, наносящие ущерб психологическому благополучию подростков в наибольшей степени, кроются в сферах отношений с другими людьми, а также размышлений о собственном будущем, сопровождающихся тревожными и депрессивными проявлениями [2].

Предикторами, повышающими суицидальные риски, могут быть биологические, психологические и социальные явления, чаще всего обнаруживается сочетанное влияние факторов на личность подростка [1; 5; 6]. Совокупность проблемных переживаний в разных сферах жизни приводит к высокому уровню проблемной озабоченности. Таким образом, проблемная озабоченность понимается как субъективно осознаваемое состояние, при котором отмечается относительно высокий уровень беспокойства от совокупности психологических проблем, приводящий к ощущению внутреннего дискомфорта и негативному эмоциональному состоянию. Высокий уровень проблемной озабоченности подростка сопряжен с негативными эмоциями, прежде всего, тревожно-депрессивного плана, что может повышать суицидальные риски.

Особую группу риска составляют обучающиеся школ-интернатов, так как эти учреждения представляют особую культурную среду, влияющую на адаптационно-защитные механизмы подростков [4]. Также часто дети, обучающиеся в подобных школах, вынуждены находиться вдали от своих родителей/опекунов, т.е. проходить весь адаптационный период практически самостоятельно, что может повысить внутреннее чувство дискомфорта и вызвать тревожно-депрессивное состояние. Наложенный на вышеперечисленные трудности нормативный возрастной кризис, проходящий в этот период, актуализирует ощущение проблемной озабоченности и увеличивает суицидальные интенции.

Цель исследования: выявление взаимосвязи уровня проблемной озабоченности с уровнем суицидального риска подростков.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 306 человек (160 девушек и 146 юношей) в возрасте от 13 до 17 лет – обучающиеся школы-интерната одного из субъектов РФ (Западная Сибирь).

Для оценки проблемной озабоченности была использована стандартизированная методика «Психологические проблемы подростков в реальной и виртуальной среде» (Регуш Л.А., Алексеева Е.В., Веретина О.Р., Орлова А.В., Пежемская Ю.С.). В качестве основных сфер проблемной озабоченности в подростковом возрасте авторами опросника выделены: 1) проблемы, связанные с общественной и личной безопасностью; 2) проблемы становления идентичности; 3) проблемы, связанные с общением; 4) проблемы во взаимоотношениях с родителями; 5) проблемы, связанные с погруженностью в Интернет; 6) проблемы, связанные со школой и 7) уровень общей озабоченности проблемами [3].

Для выявления суицидального риска был выбран опросник детской депрессии М. Ковак (валидация С. В. Воликовой, О. Г. Калининой, А. Б. Холмогоровой). Исследуемые методикой референты: А – негативное настроение, тревожность; В – девиантная идентификация, негативизм, социальная исключенность; С – школьные проблемы; D – низкая самооценка, суицидальные мысли; E – низкая самооценка, суицидальные мысли; Общий суммарный показатель депрессии. В данном исследовании для определения суицидального риска использовалась шкала E, высокие значения которой свидетельствуют о негативной оценке собственной неэффективности и наличии суицидальных мыслей.

В качестве методов обработки данных использовались методы первичной статистики, корреляционный анализ.

Результаты

Полученные результаты были проранжированы исходя из проблемных областей подростков (общество, идентичность, общение, родители, Интернет, школа и общий уровень проблемной озабоченности) по возрастам.

Согласно полученным результатам наибольшая выраженность проблемной озабоченности наблюдается у группы подростков 17 лет (среднее значение – 2,69 по 5-ти бальной шкале), наименьшая у подростков 15 лет (2,27).

Средний уровень проблемной озабоченности в выборке составил 2,4 балла. Наиболее проблемной сферой для данной выборки оказались проблемы, связанные с общественной и личной безопасностью, результаты по данной шкале являются высокими во всех возрастных категориях, причем в данной сфере наблюдается увеличение уровня беспокойства с возрастом. На втором ранговом месте находятся проблемы, связанные со школой. На третьем месте – проблемы становления идентичности. Наименее беспокоящей для подростков сферой оказалось взаимоотношения с родителями, средний уровень показателей по этой шкале соответствует 2,08. Восприятие отношений с родителями как проблемных наблюдается преимущественно у подростков 13-14 лет, далее это значение снижается.

Следующим этапом исследования было выявление группы риска по высоким значениям проблемной озабоченности: среди выборки были выделены респонденты с проблемной озабоченностью выше 2,6. Группу риска по высокой проблемной озабоченности составили 127 человек (41,5% выборки), среди которых 57% – женщины. По возрастному составу в процентном соотношении наибольшее количество подростков из групп 13-14 и 17 лет (52%, 44,3% и 53% соответственно), из чего можно сделать вывод, что

данные возрастные группы являются наиболее уязвимыми к формированию проблемной озабоченности в различных сферах своей жизни.

По уровню суицидального риска наиболее высокие показатели набрали респонденты 13 лет, наименьшие показатели принадлежат группе подростков 16 лет. При сравнении выделенной нами группы риска по высокой проблемной озабоченности с общегрупповыми показателями наблюдается увеличение показателей шкалы E (низкая самооценка, суицидальные мысли).

На основании полученных результатов был проведен корреляционный анализ между показателями шкалы E опросника детской депрессии и величиной проблемной озабоченности подростков. При анализе использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Общая проблемная озабоченность значимо положительно коррелирует с уровнем суицидального риска по шкале E (уровне значимости $p < 0,001$). Коэффициент корреляции (0,372) находится в интервале между 0,3 и 0,5, что говорит о средней величине эффекта.

Следующим этапом был анализ взаимосвязей показателей проблемной озабоченности подростков в различных жизненных сферах с уровнем суицидального риска, для уточнения ведущей области, вызывающей беспокойство у подростков.

Согласно результатам корреляционного анализа с уровнем суицидального риска значимо (на уровне значимости $p < 0,001$) и позитивно коррелируют следующие показатели проблемной озабоченности подростков (в порядке убывания):

- 1) проблемы в школе (умеренный эффект, $r = 0,413$);
- 2) проблемы, связанные с Интернетом (умеренный эффект, $r = 0,317$);
- 3) проблемы идентичности (слабый эффект, $r = 0,296$);
- 4) проблемы с родителями (слабый эффект, $r = 0,294$);
- 5) проблемы, связанные с общением (слабый эффект, $r = 0,288$).

Все перечисленные проблемные сферы также значимо положительно коррелируют с общим баллом депрессии – коэффициент корреляции от 0,408 до 0,627. Наиболее сильные положительные связи уровня депрессии обнаружены с обеспокоенностью школьными проблемами.

Такая проблемная область как «общественная и личная безопасность» значимо не коррелирует с суицидальным риском, из чего можно предположить, что обеспокоенность проблемами общества не приводит к повышению суицидального риска у подростков.

Заключение

В ходе проведенного эмпирического исследования основная гипотеза о связи проблемной озабоченности и уровнем суицидального риска подтвердилась.

Показано, что проблемная озабоченность значимо положительно коррелирует с уровнем суицидального риска и с общим уровнем депрессии на 99,9% уровне, коэффициент корреляции составляет 0,37-0,58, что свидетельствует об умеренной величине эффекта.

Выявлено, что наибольший уровень проблемной озабоченности наблюдается у подростков 17 лет, причем наибольшие показатели у данной группы наблюдаются в сфере общества, идентичности и школы. Вероятно, данные результаты связаны с переходным периодом подростков 17 лет и экзаменационным стрессом. Наименее обеспокоенной группой оказались подростки 15 лет.

В общей картине (по исследуемой выборке) наблюдается тенденция к высоким значениям проблемной озабоченности у подростков 13 лет, ее снижение к 15 годам, а затем повторное возрастание к 17 годам. Схожая тенденция характерна и для результатов опросника детской депрессии: наибольший суицидальный риск характерен для подростков 13 лет, затем наблюдается заметное снижение рисков к 14 годам и дальнейший рост к 17 годам.

Выявлено, что респонденты с высокой проблемной озабоченностью имеют большие показатели как по общему баллу депрессии, так и по суицидальному риску, чем выборка в целом.

В результате корреляционного анализа обнаружено, что проблемы, связанные со школой, повышают риски развития детской депрессии, а также повышают суицидальные риски в исследуемой выборке. Данный факт может быть связан с тяжелыми адаптационными условиями детей в школах-интернатах и должен быть принят для разработки дополнительных психопрофилактических мероприятий. Также увеличивают суицидальные риски и уровень детской депрессии проблемы, связанные с Интернетом.

Данные, полученные в ходе исследования, могут быть использованы при разработке психопрофилактических программ и мероприятий для учащихся школ-интернатов, а также для создания более точного диагностического инструментария по определению суицидальных интенций подростков.

В качестве перспективы исследования, следует отметить, что дальнейшие исследования в данной области помогут в создании новых теоретических

концепций, уточнении дополнительных характеристик суицидального поведения подростков, в частности психологических характеристик суицидента, а также будут способствовать всестороннему упорядочению категориального аппарата, что позволит в дальнейшем разработать эффективные стратегии работы с подростковыми суицидами.

Литература:

1. Печникова Л. С., Сенин А. В. Психологические защиты и копинг-стратегии у подростков с суицидальным поведением // Современные гуманитарные исследования. – 2006. – № 5. – С. 307-325.
2. Регуш Л. А., Алексеева Е. В., О. Р. Веретина, Орлова А.В., Пежемская Ю.С. Психологические проблемы подростков России периода цифровизации (2010-2020 гг.) / Л. А. Регуш, Е. В. Алексеева, О. Р. Веретина [и др.] // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2022. – № 203. – С. 7-21. – DOI: <https://doi.org/10.33910/1992-6464-2022-203-7-21>.
3. Регуш Л. А., Алексеева Е. В., Орлова А. В., Пежемская Ю. С. Психологические проблемы подростков: стандартизированная методика: Научно-методические материалы. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2012. – 34 с.
4. Федоров Р. Ю., Фишер Т. А., Петров С. А. Социокультурные и психологические аспекты адаптации детей лесных ненцев к урбанизированным условиям / Р. Ю. Федоров, Т. А. Фишер, С. А. Петров // Вестник археологии, антропологии и этнографии. – 2015. – № 3(30). – С. 161-169.
5. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch. Intern. Med.*, 2000, 160: 1522-1526. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.160.10.1522>
6. McGee R., Williams S., Nada-Raja S. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *J Abnorm Child Psychol.* 2001, 29(4):281–291. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1010353711369>
7. McLoughlin B., Gould M. S., Malone K. M. Global trends in teenage suicide: 2003–2014, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 108, Issue 10, October 2015, Pages 765–780. – DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv026>

ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГРАМОТНОСТИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Иванова О. А., Бурлакова М. А.

ГБОУ СОШ № 81 Калининского района, Санкт-Петербург

olia2103@mail.ru

Обучить функциональной грамотности учащихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования – это значит дать им такой уровень развития навыков, который обеспечит комфортные (социально приемлемые) взаимоотношения личности с партнерами по социуму, несмотря на разницу в психофизическом развитии. Здесь находит свое отражение основной принцип эффективной инклюзивной среды, предполагающий не только создание обществом условий для успешного включения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в социум, но и подготовку ребенка с ОВЗ к этому процессу. При формировании функциональной грамотности у детей с ОВЗ необходимо учитывать, что у них имеются недостатки эмоционального и речевого общения, поэтому требуется специальная организация преодоления данных недостатков. В то же время в процессе обучения детей с ОВЗ важно опираться не только на результаты диагностики, но и на личностный потенциал, познавательные возможности и способности каждого ученика.

Будучи частью непрерывного образования, функциональная грамотность включает в себя множество форм: это общая грамотность; читательская грамотность; цифровая грамотность; поведенческая грамотность в опасных и чрезвычайных ситуациях. Отдельно можно выделить грамотность в области проблем здоровья и здорового образа жизни, так как полноценное функционирование выпускника зависит не столько от освоенных им знаний, предметных умений и навыков, сколько от круга проблем, которые он может решить эффективно с минимальными затратами собственных жизненных сил и здоровья, что особенно актуально для учащихся с ОВЗ.

В нашей школе при формировании функциональной грамотности в области здорового образа жизни реализуются следующие направления работы.

Первое направление – «Основы знаний о здоровом образе жизни». Здоровый образ жизни определяется как рациональный образ жизни,

неотъемлемой чертой которого является активная деятельность, направленная на сохранение и улучшение здоровья. Образ жизни, который способствует общественному и индивидуальному здоровью, является основой профилактики, охраны и укрепления здоровья народа. Это направление решает следующие задачи:

- *закреплять знания о здоровом образе жизни;*
- *развивать у детей потребность в новых знаниях, умение переносить их в социальную среду;*
- *формировать активность и инициативность детей;*
- *воспитывать интерес к здоровому образу жизни;*
- *сформировать понятие о здоровье и здоровом образе жизни людей;*
- *вырабатывать потребность в поддержании собственного здоровья, воспитывать стремление к здоровому образу жизни.*

Второе направление – «Воспитание культуры здоровья». Воспитание культуры здоровья можно описать как создание педагогических условий, обеспечивающих развитие личности школьника как субъекта оздоровительной деятельности в соответствии с его интересами, склонностями, способностями, ценностными установками на самосохранение здоровья, а также знаниями, умениями и навыками обоснованного ведения здорового образа жизни. Это направление решает следующие задачи:

- *сформировать умение содержать свое тело в чистоте;*
- *расширять знания о средствах гигиены;*
- *воспитывать умение управлять своими физическими возможностями, чувствами и эмоциями согласно нормам морали и этикета;*
- *воспитание потребностей к здоровому образу жизни, культуре интеллектуальной (способность управлять своими мыслями и контролировать их), в умении вести здоровый образ жизни и относиться к здоровью как к ценности процесса воспитания.*

Третье направление – «Профилактика вредных привычек». Вредная привычка – это закрепленный в личности способ поведения по отношению к самой личности. Качество жизни зависит не только от соблюдения правил здорового образа жизни, но и от тех привычек, которые возникли у человека в том или ином возрасте. Направление оказывает профилактическое воздействие на ряд вредных привычек, таких как курение, употребление алкоголя и наркотиков. Это направление решает следующие задачи:

- *создать условия для формирования и развития социально-адаптированной личности, способной противостоять жизненным трудностям, негативным факторам жизни;*
- *научить детей оценивать последствия своих действий;*
- *показать разрушающее влияние отравляющих веществ на организм человека;*
- *пропаганда здорового жизненного стиля;*
- *предотвращение начала вредных привычек у детей и подростков, формирование у них личностного иммунитета к соблазну;*
- *формирование сознательного отношения к своему физическому здоровью;*
- *профилактика и предупреждение вредных привычек среди учащихся;*
- *учить детей оценивать последствия своих действий.*

Четвёртое направление – «Подвижные и развивающие игры». Для детей с ОВЗ, в том числе с расстройством аутистического спектра, игра - естественный спутник жизни ребенка и поэтому отвечает законам, заложенным самой природой в развивающемся организме ребенка, неумной потребности его в жизнерадостных движениях. Преимущество подвижных и развивающих игр перед строго дозируемыми упражнениями в том, что игра всегда связана с инициативой, фантазией, творчеством, протекает эмоционально, стимулирует двигательную активность. Так, в нашей школе успешно реализуется проект «Коммуникативные перемены». Это направление решает следующие задачи:

- *формировать самостоятельность;*
- *повышать спортивное мастерство;*
- *воспитывать чувство сплочённости, интерес к занятиям спорта*
- *научить приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды, находить выход из критического положения, быстро принимать решение и приводить его в исполнение, проявлять инициативу, оказывать товарищескую поддержку, добиваться достижения общей цели.*

Мы используем разнообразные формы и методы, носящие преимущественно интерактивный характер, обеспечивающий непосредственное участие детей в работе, стимулирующий их интерес к изучаемому материалу, дающий возможность проявить свои творческие способности.

Результативность описанной выше работы опирается на следующие критерии и показатели формирования функциональной грамотности в области здорового образа жизни у детей с ОВЗ.

Задача 1: формирование у детей мотивации к здоровому образу жизни.

Критерии: знание, понимание основных видов спортивной деятельности, ведущие к здоровому образу жизни. Взаимодействие ученика с педагогом. Приобретение учеником социальных знаний, первичного понимания социальной реальности в повседневной жизни.

Показатели: умение применять различные формы ЗОЖ в повседневной жизни, умение выделять компоненты здоровья и устанавливать связь между ними.

Задача 2: формирование навыков ответственного, бережного отношения к своему здоровью.

Критерии: сформированные умения и навыки личной гигиены. Понятие гигиены, функции гигиены в жизни человека. Правила гигиены. Значение гигиены для человека. Личная и общественная гигиена.

Показатели: умение применять различные навыки, знания личной гигиены в повседневной жизни.

Задача 3: профилактика и преодоление вредных привычек у детей.

Критерии: знание, понимание понятий «здоровый образ жизни», «вредные привычки», их влияние на качество жизни. Ознакомление с влиянием «вредных привычек» на органы человека, на основные системы жизнеобеспечения организма человека.

Показатели: умение различать, определять вредные привычки от полезных, умение передавать отрицательное воздействие вредных привычек.

Задача 4: развитие у детей лидерских качеств и умений самостоятельно работать со сверстниками по продвижению здорового образа жизни.

Критерии: положительное эмоциональное реагирование на физкультурно-оздоровительные ценности, ценности здорового образа жизни.

Показатели: стремление принимать участие в спортивных мероприятиях; занятиях, направленных на здоровый образ жизни; развитие эмоционально-чувственной сферы воспитанников.

В современном быстро меняющемся мире наша задача как педагогов состоит в том, чтобы максимально подготовить воспитанников к встрече с различными сложными, а порой опасными жизненными ситуациями.

Поэтому наиболее остро встает вопрос о необходимости развития индивидуальных возможностей каждого ребенка, жизненно необходимых для него компетенций. Таким образом, формирование функциональной грамотности учащихся происходит путем усвоения начальных представлений о социальных нормах взаимодействия, связанных, прежде всего с отношением к себе и к окружающим.

РАЗРАБОТКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧАТ-БОТА «ПРОФНАСТАВНИКОНЛАЙН» В РАМКАХ ДЕЯ- ТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ НАСТАВНИЧЕСТВА СЕМЬИ ОУ, РЕАЛИЗУЮЩЕГО АООП ДЛЯ ОБУЧА- ЮЩИХСЯ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Иванова О. В., Максименко К. Н., Никитина Е. С., Лапихина Л. А.
Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
№ 231 Адмиралтейского р-на, Санкт-Петербург
Xenia.maximenko@yandex.ru

Наличие адекватной занятости является важнейшим критерием успешной адаптации каждого взрослого человека. Подготовка к обретению этой занятости, профессиональное определение, представляется одной из приоритетных задач обучения и воспитания школьников, особенно в старших классах.

Образовательный путь обучающегося с умственной отсталостью [3, 4] имеет и педагогическую (связанную с психофизиологическими особенностями), и юридическую (освоение АООП УО (ИН) предполагает получение не аттестата, а свидетельства об обучении) специфику. Отсутствие аттестата существенно ограничивает выбор направлений профессиональной подготовки для дальнейшего обучения.

Огромная роль в жизни обучающегося с умственной отсталостью принадлежит семье, однако этой семье также нужна поддержка в виде индивидуального психолого-педагогического, консультационного, информационного сопровождения. Необходимость такого сопровождения обусловила создание Службы наставничества семьи.

Служба наставничества семьи, функционирующая в ГБОУ № 231, имеет своей целью осуществление индивидуального сопровождения процесса профориентации (реализации индивидуальной образовательной траектории) обучающихся с умственной отсталостью через взаимодействие

наставника с обучающимся и членами его семьи. Наставник работает с обучающимся с умственной отсталостью и его семьей с 8 класса и продолжает, при необходимости, сопровождать их и после окончания школы.

Опыт работы показывает, что семья обучающегося с умственной отсталостью часто испытывает дефицит информации о возможностях дальнейшего обучения и трудоустройства, об особенностях профессионального самоопределения. Поэтому значимой частью такого профориентационного сопровождения является предоставление семьям обучающихся с умственной отсталостью доступной, актуальной, качественной, структурированной, непротиворечивой информации по вопросам профориентации и возможностей дальнейшего профессионального обучения.

Проект «ПрофНаставникОнлайн»

Потребность создания обновленной и многофункциональной цифровой платформы для решения задач профориентационного сопровождения была реализована нами через проект «ПрофНаставникОнлайн» посредством сервиса Telegram и сопутствующих дополнительных инструментов.

Целевая аудитория: семьи обучающихся с умственной отсталостью; специалисты, работающие в области профессионального обучения и профориентации лиц с УО.

«ПрофНаставникОнлайн» представляет собой:

- инструмент, обеспечивающий доступ членов семьи и специалистов к актуальной информации, касающейся профориентационного сопровождения обучающихся с умственной отсталостью в течение школьного обучения; возможностей их дальнейшей профессиональной подготовки и пр. (Telegram-бот);*
- площадку для коммуникации между участниками образовательного процесса: членами семей обучающихся и выпускников с умственной отсталостью, педагогов школы, специалистов СПО, УДОД, ЦППС, НКО и т.д. (Telegram-чаты, заявки из бота).*

Основные разделы цифровой платформы ГБОУ № 231:

Раздел 1. «Гайд по профориентации» (алгоритм профориентационной работы с обучающимся с умственной отсталостью, адресованный, прежде всего, членам семьи обучающегося (родителям/законным представителям))

Раздел 2. «Куда пойти учиться?» Информация о возможностях профессиональной подготовки после освоения АООП УО (ИН) (информация об учреждениях среднего профессионального образования Санкт-Петербурга,

о доступных к освоению программах профессиональной подготовки, о необходимых для поступления документах)

Раздел 3. «Трудоустройство и занятость» находится информация о государственных и негосударственных проектах, помогающих трудоустроиться и/или обеспечивающих занятость выпускникам с умственной отсталостью.

Раздел 4. «Заявка на консультацию специалиста». Одним из достоинств бота является возможность принятия заявок на консультации от пользователей с последующей мгновенной передачей этой заявки в чат специалистов для быстрого оказания помощи, что значительно снижает затраты на передачу информации обычными способами.

Цель исследования

Описать эффекты деятельности Службы наставничества семьи с опорой на разработанный ГБОУ № 231 чат-бот «ПрофНаставникОнлайн».

Материал и методы

Педагогическое наблюдение за субъектами образовательного процесса на базе ГБОУ № 231 Адмиралтейского р-на.

Результаты

Использование чат-бота «ПрофНаставникОнлайн» в рамках деятельности Службы наставничества семьи ОУ, реализующего АООП для обучающихся с умственной отсталостью, имеет следующие положительные эффекты:

1. Повышение успешности профориентационной работы с обучающимися с умственной отсталостью. 100% выпускников ГБОУ № 231 в 2022 году поступили на направления профессиональной подготовки в учреждения СПО.

2. Внедрение современных цифровых средств в решение значимых вопросов образования и социальной сферы. Данный эффект достигается путем внедрения цифровой платформы на основе сервиса Telegram в профориентационное сопровождение обучающихся и выпускников с умственной отсталостью и их семей. Данный эффект коррелирует с национальной целью развития РФ до 2030 г. (указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474) «Цифровая трансформация», в частности, с целевыми показателями «Достижение «цифровой зрелости» ключевых отраслей социальной сферы, в том числе образования, а также государственного управления» и «Увеличение доли массовых социально значимых услуг, доступных в электронном виде, до 95 процентов», а также способствует решению следующей задачи, связанной

с национальным проектом в сфере образования (указами Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 и от 21.07.2020 № 474): создание современной и безопасной цифровой образовательной среды, обеспечивающей высокое качество и доступность образования всех видов и уровней.

3. Обеспечение доступности значимой информации для целевой аудитории. Цифровая платформа «ПрофНаставникОнлайн» создает общее информационное поле по вопросам профориентации и профессионального обучения обучающихся и выпускников с умственной отсталостью для все заинтересованных лиц, в первую очередь – для членов семей и специалистов. Наличие доступной, понятной, систематизированной, актуальной информации способствует снижению уровня тревоги у целевой аудитории, повышению доверия. Благодаря боту члены семей обучающихся с умственной отсталостью четко видят доступные формы занятости, алгоритм их обретения.

4. Автоматизация информационных потоков. Использование бота «ПрофНаставникОнлайн» позволяет автоматически выводить нужную информацию по запросу, а также ее вводить и распределять (в форме заявок). Это позволяет минимизировать искажение информации и ее потерю, экономить временной ресурс всех субъектов образовательного процесса.

5. Создание эффективного взаимодействия между педагогами ГБОУ (наставниками, классными руководителями, специалистами службы сопровождения)

Заключение

Сочетание технологий индивидуального педагогического сопровождения (наставничество семьи) и современных информационно-коммуникационных технологий позволяет гибко и эффективно решать задачи, стоящие перед образовательными учреждениями, в том числе, реализующими АООП УО (ИН).

Литература:

1. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

2. Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

3. Велюго И.Э., Максименко К.Н. Возможности повышения адаптационного потенциала обучающихся с умственной отсталостью при

предпрофессиональной подготовке // Сборник научных трудов на основе материалов XXVIII Международной конференции к 225-летию РГПУ им. А.И. Герцена. СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2022. - С. 219-222.

4. Васенков Г.В., Гужанова В.С. Обучающиеся с интеллектуальными нарушениями: коррекционно-развивающая технология профориентационной работы. Методическое пособие. URL: <https://ikp-rao.ru/metodicheskie-rekomendacii/soderzhanie-3/>

ТРАНСГЕНЕРАЦИОННАЯ ПСИХОТРАВМА ПРИ СОЗАВИСИМОСТИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Игнатьев¹ П. Д., Защиринская² О. В.

1 - Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

2 - Санкт-Петербургский государственный университет, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург
zaoks@mail.ru

Традиционным в рассмотрении семейного окружения зависимого от алкоголя является концепция созависимых отношений. Понятие созависимости возникло в 70-е годы прошлого века. Однако исследователи и раньше фиксировали наличие определенных характеристик близких зависимых: контроль, при низкой самооценности имеется высокая значимость и зависимость от отношений, нарушенные личные границы и т.д. Созависимость понимается как патологическое состояние, которое характеризуется глубокой поглощенностью и эмоциональной, социальной, физической зависимостью от другого человека (Москаленко, 2000; Короленко, Дмитриева, 2001; Б., Дж. Уайнхолд, 2002; Менделевич, 2003). Это определенный паттерн взаимоотношений между людьми, при котором один субъект отрицательно влияет на личность другого, при этом каждый из них избегает распада общения и взаимодействия.

Изначально внимание исследователей было сосредоточено на индивидуально-психологических особенностях людей, которые окружали зависимого от алкоголя: изучались отдельные свойства и характеристики родственников. В современной научной литературе созависимость рассматривается в качестве определенного стереотипа взаимодействия членов алкогольной семьи, который идентифицируется как негативные обратные связи (Битти, 1997). Как правило, члены семьи избегают изменений, стремятся сохранить свой статус-кво через поддержание существующих правил и порядков. По мнению Л.К. Шайдуковой (2006), зависимость одного из партнеров влияет

на поведение другого, при котором второй изменяет свой образ жизни, полностью подстраиваясь под него, но при этом поддерживает зависимость: испытывает чувство вины, жалости, начинает брать на себя функции заботы и обслуживания аддикта.

Паттерны созависимости обнаруживаются у всех, кто находится в непосредственном близком контакте с зависимым (родители, супруги, дети). Важно то, что созависимым близким наносится вред на всех уровнях функционирования психики: когнитивный, эмоциональный, поведенческий, в результате взаимодействия с больным.

К числу наиболее специфических характеристик личности членов семьи, состоящих в созависимых отношениях, во-первых, можно отнести низкую самооценку, которая подвержена влиянию внешних оценок, отношений с другими, т.е. нарушается собственная личностная ценность на фоне деструктивных переживаний – чувство стыда, неполноценности, отсутствие автономии. Во-вторых, в семейном кругу развивается склонность к контролю за жизнью и употреблением алкоголя у близких родственников. Например, созависимая жена имеет определенные представления о поведении своего мужа и предпринимает ежедневные усилия, чтобы подчинить его правилам трезвости. В-третьих, у взрослых и даже детей может доминировать стремление «спасать» – созависимые часто берут на себя ответственность за жизнь аддикта, при этом парадоксально безответственны по отношению к самому себе и игнорируют собственные потребности и психическое благополучие. В данной ситуации зависимый от алкоголя представляется в ментальном поле семьи как неспособный, беспомощный, некомпетентный. К примеру, партнеры зависимых говорят: «Муж без меня обязательно пропадет».

В-четвертых, у созависимых наиболее часто выявляются защитные механизмы по типу вытеснения, рационализации, отрицания (Войтиц, 2014). Они склонны игнорировать свои проблемы, словно ничего не происходит, а также часто оправдывают поведение и состояние зависимого. В таких семьях для жены будет характерным такое высказывание: «Мой муж много работает». В том числе, они отрицают наличие у себя созависимости, не обращаются за помощью и поддерживают семейную дисфункцию. В-пятых, среди созависимых распространены психосоматические заболевания. Они часто страдают от головных болей, бессонницы, отмечаются нарушения со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной системы, развиваются нейроциркуляторная дистония, астма, невротические расстройства, повышается уровень тревожности, возникают устойчивые иррациональные страхи. Как правило, заболевания носят психогенный характер, а их появление свидетельствует о прогрессировании состояния созависимости.

Психоэмоциональное напряжение коррелирует с субъективными представления о реальной жизненной ситуации, потерей контроля над ней.

Аффективная сфера созависимых характеризуется тенденцией к подавлению эмоций, в тяжелых случаях возможен даже полный отказ от чувств. Одно из отрицательных последствий деструктивного контейнирования переживаний – это повышение толерантности к насилию, внутренней боли и страданию. Многие созависимые оказываются неспособными осознать, понимать и вербализовывать свои эмоции (Меринов, Шустов, Лукашук, 2015).

Таким образом, проявления созависимости довольно разнообразны и относятся ко всем сторонам психической жизни, физического здоровья, мировоззрения, поведения, системы оценок, ценностных ориентаций.

Цикл взаимодействия в алкогольных семьях возможно описать с точки зрения социальной и психологической модели Стивена Карпмана – драматического треугольника, в котором зависимый от алкоголя и его партнер поочередно играют роли преследователя, жертвы, спасателя (Манухина, 2009). В ситуации злоупотребления алкоголем, супруг выступает в роли преследователя, жена занимает позицию жертвы. В данном цикле наиболее часто возникает физическое, психологическое, сексуальное насилие. В ситуации прекращения приема алкоголя, возникает похмелье, различные социальные проблемы в связи с запоем и муж играет роль жертвы, его супруга – в роли спасателя, которая заботится, помогает, говорить и настойчиво напоминает о вреде алкоголя.

Случай из практики. Клиент клинического психолога В., 36 лет. Со своим мужем я много натерпелась. Будучи пьяным, он постоянно придирался из-за всего, обвинял в том, что у него проблемы из-за меня, унижал, избивал. Когда он прекращал пить и начинал болеть, я его спасала, вызывала скорую, возила по врачам, оправдывала перед родственниками, его начальством, сама себе говорила, что он страдает из-за проблем на работе, помогала расплачиваться с многочисленными долгами, бывало и такое, что я его вытаскивала из разных пьяных передраг. В какой-то момент я начала вместе с ним употреблять алкоголь, утешала, сочувствовала ему, я считала, что так лучше смогу контролировать его пьянство. Надеялась, что он поймет, как я его люблю, ценю, понимаю, он одумается, все наладится, и мы не разведемся.

В данном случае наблюдается определенный сценарий: нарастание напряжения, злоупотребление алкоголем и разрядка. В данном случае агрессор активно применяет различные виды насилия, обвинение, оскорбления, побои. В период трезвости аддикт использует в отношениях с женой извинения, стремится к примирению. На данном этапе жертва склонна оправдывать

его употребление и насилие, предпринимает различные попытки предотвратить алкоголизацию.

Описанный цикл взаимодействия отражает взаимную зависимость партнеров, в котором возможно проследить на примере индивидуальных психических проявлений у близких аддикта признаки стокгольмского синдрома. Подобная травматическая связь, как патологический симбиоз, оказывается достаточно устойчивой: жертва развивает эмоциональную привязанность на фоне негативного события и страха в отношениях с насильником. В ситуации длительного травматического события, насилия и жестокости трезвый член семьи может утрачивать собственную идентичность, считая себя незрелой и несамостоятельной личностью, что актуализирует механизм идентификации с агрессором.

В ситуации угрозы безопасности жертва отказывается от самой себя и уподобляется ожиданиям агрессора в своем поведении, отношении, эмоциях, когнициях. Во многих психоаналитических исследованиях отмечалось, что механизм идентификации с агрессором в долгосрочной перспективе имеет свои отрицательные последствия, при которой наблюдается искажение личности часто по мазохистическому типу, что также может объяснять, в случае, разрыва, последующее воспроизведение алкогольного сценария в семейной жизни (Уайнхолд, Уайнхолд, 2002).

При взрослении в алкогольных семьях, как отмечает В.Д. Москаленко (2006), на фоне сложившейся дисфункциональности часто наблюдается эмоциональная депривация – недостаток внимания членов семьи к детям, непоследовательность, непредсказуемость жизни, отрицание проблем, запреты на выражение собственных чувств и потребностей, ригидность семейного устройства, жестокость и деспотичность в отношениях.

Существует отдельная категория детей, выросших в семьях людей, страдающих алкоголизмом, именуемая «взрослые дети алкоголиков» (ВДА). Интерес к данному контингенту обусловлен рядом особенностей. Они чаще демонстрируют социальную дезадаптацию и психопатологическую симптоматику. Дж. Войтиц (2014) выделяет ряд психологических характеристик взрослых детей алкоголиков: слабость или отсутствие границ в различных сферах жизни – неспособность отличать нормальное от нарушений, повышенная аффективность, при которой наиболее частыми эмоциями становятся страх, обида, гнев, лживость. Трансгенерационная психотравма при семейном алкоголизме приводит к снижению самооценки, отсутствию уверенности в себе, постоянной тревоге, импульсивности, неразвитому копинг-поведению у родителей, а потом и их детей. По мере взросления созависимые члены семей часто совершают побеги из дома, избегают доверительного

и дружеского общения с окружающими, склонны к аутоагрессивному поведению. Как отмечает Н.К. Радина (2003), взрослые дети алкоголиков имеют менее дифференцированный образ реального Я, диффузную идентичность по сравнению группой лиц, не имевших родителя-алкоголика. Представление о себе у этих людей основано на биполярном ролевом конфликте: быть жертвой или агрессором.

М. DeBellis (2002) отмечает, что жестокое обращение в детстве становится наиболее распространенной причиной психических травм и посттравматического стрессового расстройства, начиная с подросткового возраста. Различные виды насилия и пренебрежение родителем чаще сочетаются друг с другом, и трансформируются в хроническое стрессовое состояние у детей, что имеет серьезные последствия для их когнитивного, эмоционального, поведенческого развития.

Анализ различных работ по данной тематике С.С. Widom (1993) показал, что жестокое обращение с детьми часто возникает вследствие употребления алкоголя родителями и проявляется в различных формах, включая физическое, сексуальное, эмоционально-психологическое насилие, включая пренебрежение. В исследовании Widom с коллегами (2007) в числе долгосрочных последствий воспитания в алкогольных семьях была обнаружена корреляционная связь между жестоким обращением и насилием над детьми и паттернами злоупотребления алкоголем. Было показано, что физическое и эмоциональное насилие выступают значимым предиктором чрезмерного употребления психоактивных веществ среди подростков. Изучение суицидологических и психологических характеристик взрослых детей алкоголиков (Меринов, Шустов, Лукашук, 2015) позволило выявить, что в группе лиц, у которых родитель страдал алкоголизмом, наблюдается больше суицидальных паттернов: чувство одиночества, безысходность, отсутствие смысла жизни, а также склонность к самоповреждениям, приему психоактивных веществ, рискованному поведению по сравнению с контрольной группой, в которой у обследуемых отцы не употребляли алкоголь.

Любопытным оказывается исследование А.М. Луценко, А.С. Спиваковской (2020), посвященное изучению представлений о феномене «семейной боли» психически здоровых лиц – участников программ оказания помощи для взрослых детей алкоголиков. Изучаемое авторами понятие интерпретируется как переживание всеми членами семьи общей для них семейной проблемы, включая осознание совокупности отрицательных эмоций и поведения, направленного на преодоление возникшей хронической проблем. В результате анализа ответов участников исследования было показано, что для созависимых семейная боль становится знакомым понятием. Они чаще описывали ее через категории «физическая боль»: физическое страдание

зависимого родителя и собственную как результат побоев и насилия. Из их высказываний «общая семейная проблема» – это горе, которое касается всех членов семьи и доставляет неудобства. Злость как эмоция возникает из-за алкоголизма родителя, который становится тяжелой и мало решаемой семейной драмой. Распространена и жалость к себе, которая подразумевает наличие обвинения родителей в собственных проблемах, в отсутствии внимания в детстве. Семейная боль описывалась в образах режущих предметов (нож, цепь с шипами), что отражало переживание страха, одиночества. Данные эмоции относятся к описанию особенностей детских воспоминаний. При этом, у лиц, выросших в алкогольных семьях и потерявшие родителей, отмечается чувство вины и переживание утраты.

Таким образом, пребывание в близком, длительном и тесном контакте партнеров и детей с зависимым от алкоголя членом семьи можно рассматривать как хронический травмапроцесс, основанный на постоянном состоянии стресса из-за конфликтов, жестокого обращения, нарушенных межличностных отношений, депривации собственных потребностей, пренебрежительного отношения родителей к психическому и физическому развитию ребенка. Алкогольные семьи становятся основой для развития различных жизненных проблем – социальной дезадаптации и дисфункциональных отношений с другими значимыми людьми. Индивидуальная психотравматизация при алкогольной зависимости члена семьи – это безусловная мишень в психотерапевтической и психокоррекционной работе, в том числе, с целью изменения функционирования семейной системы и изменения зависимого поведения аддикта.

Литература:

1. Битти, М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости / Пер. с англ. М.: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
2. Войтиц, Дж. Взрослые дети алкоголиков: семья, работа, отношения. Полный справочник ВДА / Пер. с англ. Л. Лучиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2014 – 368 с.
3. Короленко, Ц.П., Дмитриева, Н.В. Психосоциальная аддиктология. Изд. «Олсиб», Новосибирск, 2001. – с. 122 - 127.
4. Луценко, А.М., Спиваковская, А.С. Представления о феномене «семейная боль» у лиц, выросших в алкогольной семье // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2020. № 2. С. 83-102. doi: 10.11621/vsp.2020.02.05
5. Манухина, Н.М. Созависимость глазами системного терапевта/ М.: Изд. «Класс», 2009. 280 с.

6. Менделевич, В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: Мед-прессинформ. – 2003. – 328 с.

7. Меринов, А.В., Шустов, Д.И., Лукашук, А.В. Взрослые дети алкоголиков: суицидологические и экспериментально-психологические характеристики // Вестник ВГМУ. 14 (1), 2015, 97-102 (дата обращения: 03.09.2022).

8. Москаленко, В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления. Лекции по наркологии 2-е изд., перераб. и расш. / Под ред. Ч-кор. РАМН проф, Н.Н. Иванца. – М.: Нолидж. - 2000. – с. 365-405.

9. Москаленко, В.Д. Наркологические, психопатологические нарушения, психологические проблемы в популяции взрослых сыновей и дочерей, больных зависимостями / В.Д. Москаленко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - № 3. - С. 55-61.

10. Радина, Н.К. Личностные паттерны в воспроизводстве сценариев домашнего насилия: анализ романтических отношений «взрослых детей алкоголиков» // Домашнее насилие в отношении женщин: Масштабы, характер, представления общества. М.: МАКС-Пресс, 2003. С. 111-116.

11. Уайнхолд, Б., Уайнхолд, Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской - М.: Независимая фирма «Класс», 2002. – 224 с.

12. Шайдукова, Л.К. Женский и супружеский алкоголизм./Л.К. Шайдукова. - Казань. - Изд.дом «Мир без границ». 2006- с.176.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ПРИЧИНА СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦИИ

Игнатъев¹ П. Д., Защиринская² О. В.

1 - Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

2 - Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург
zaoks@mail.ru

Цель данной работы заключается в рассмотрении ситуации алкогольной зависимости одного из членов семьи (супруг/отец) в контексте внутрисемейных отношений как психотравмирующего фактора для близких. Работа будет состоять из двух частей: первая часть будет посвящена анализу поведенческих особенностей зависимого, функционирования алкогольных

семей, рассмотрения их с точки зрения психотравматизации; во второй части будет представлена специфика отношений зависимого члена семьи со своим партнером, отношения в системе «аддикт-дети», опыт переживания детьми ситуации, в которой родитель является зависимым.

В современном мире алкогольная зависимость является широко распространенной и актуальной проблемой различных наук. Наряду с тем, что алкоголь является фактором риска для жизни и здоровья самого индивида, он изменяет функционирование семьи, коммуникацию внутри нее, поведение и состояние ее членов. Наиболее отрицательным последствием для близких зависимого является домашнее насилие над партнером и жестокое обращение с детьми, и само нахождение в подобной среде, наблюдение систематических эксцессов является условием развития хронического эмоционального стресса (Newman W.C., Newman E., 2008). Нам представляется, что данные последствия могли бы быть удачно концептуализированы с точки зрения понятия «психическая травма».

Психическая травма понимается как состояние душевной боли и страдания человека, связанного с переживанием негативного события и наносящее вред здоровью, нарушает естественную способность к адаптации к миру и дезорганизует работу психических функций и процессов, изменяя нормальное функционирование личности. Понятие психической травмы используется для обозначения различных тяжелых переживаний и страдания, при этом тяжесть отражает дефицит защитных механизмов психики, а имеющихся очевидно недостаточно, чтобы справиться с болью. Спектр событий, по причине которых возникает травма, достаточно широк: стихийные бедствия, внезапная болезнь и смерть, несчастные случаи, а также лишение свободы, пытки, различное насилие. Последние перечисленные события наиболее часто встречаются в дисфункциональных, социально и психологически неблагополучных семьях, к числу которых относятся семьи с зависимым членом.

Проведенное исследование M. Berglund, K. Tunving (1985) показало, что на протяжении 20-летнего сбора катанестических данных 19,3% обследуемых демонстрировали склонность к агрессивному и садистическому поведению, они многократно применяли физическое насилие и угрозы, оскорбления по отношению к собственным женам и детям. Также была обнаружена связь между агрессией больных алкоголизмом в зависимости от принимаемой дозы. Cherek D.R., Spiga R., Egli M. (1992) показали усиление агрессивности при незначительном количестве алкоголя в крови, не приводящее к опьянению. Вместе с этим отмечается, что у лиц с высокой агрессией, по сравнению с теми, кто имеет низкий уровень агрессии, после приема алкоголя наблюдается ее резкое увеличение, что приводит к совершению

общественно опасных деяний и криминальному поведению. Особенно это касается лиц, для которых характерен гнев как личностная черта и склонности к экстернализации – выражению гнева и отрицательных эмоций вовне (Norström, Pape, 2010).

Существует множество работ, в которых показано влияние алкогольных веществ на функционирование головного мозга и психики человека. Обобщая некоторые имеющиеся данные можно сказать, что длительное употребление алкоголя вызывает изменение химических связей (ГАМК-рецепторов, дофаминовой, серотонинергической, опиоидной систем) и поражение центральной нервной системы и приводит к возникновению когнитивных, аффективных, неврологических расстройств (Kril, Haliday, 1997). Например, известно, что этанол, выполняя ингибирующую функцию, нарушает работу префронтальной коры головного мозга, которая отвечает за исполнительные функции, обеспечивающие сложные целенаправленные формы поведения, к их числу относятся управление мыслительной и моторной активностью, способность к планированию, регуляция эмоций и социального поведения (Андреева, Слуцкий, 2005; Сиволап, 2011). Их нарушение часто является причиной появления у зависимых от алкоголя агрессивного поведения и повышения вероятности совершить насильственные действия в отношении социального окружения больного. Подобные изменения поведения наблюдаются уже и при начальном этапе возникновения зависимости и усиливаются по мере прогрессирования заболевания. Т.е. человек в состоянии алкогольного опьянения теряет контроль над собой, процесс мышления изменяется - ухудшается обработка информации, в том числе нормативные ограничения, сдерживающие агрессивное поведение в трезвом состоянии, оценка ситуации и реальности искажается - он начинает видеть угрозу там, где ее нет, агрессивно реагировать на различные стимулы.

Вместе с этим имеются данные, касающиеся влияния зависимости на семейное взаимодействие и ситуацию, а также членов семьи друг на друга в поддержании аддикции.

Начиная со второй половины 20-го века, доминирующая медицинская модель алкоголизма как сугубо индивидуальной характеристики человека, при которой семья больного не являлась значимым фактором, стала претерпевать существенные изменения. С развитием системного подхода в психологии фокус внимания специалистов сместился в сторону изучения специфики семейного функционирования и отношений зависимого от алкоголя. Исследователь М. Боуэн (1978) рассматривает симптоматическое поведение-употребление алкоголя как способ снижения тревоги и напряжения в семейной системе, особенно если данный паттерн передается из одного поколения в другой. Тревога является базовой характеристикой эмоционального поля

семьи. При высоком уровне тревоги в системе индивиды развивают различные паттерны поведения для ее снижения. В данном случае алкоголь призван снизить напряжение в паре, особенно если коммуникация супругов конфликтная или существуют сексуальные дисфункции. При этом образуется треугольник «муж, жена и алкоголь», в котором алкоголь переключает на себя все внимание от других существующих проблем в паре. С точки зрения стратегического подхода в системной теории (Д. Хейли, К. Маданес), алкоголизм является результатом инверсии в семейной иерархии, т.е. с одной стороны члены семьи сами являются зависимыми от поведения члена семьи страдающего аддикцией, с другой стороны они берут на себя и выполняют самые различные функции, в этом смысле занимают высокофункциональную позицию. Структурный подход (С. Минухин) предполагает, что появление любого симптоматического поведения, в том числе алкогольной зависимости, в системе связано с неспособностью внутренней структуры семьи удовлетворять потребности других членов семьи: автономии и взаимной поддержки. От степени определенности и четкости границ системы зависит ее целостность и способность членов семьи успешно выполнять свои функции. Напротив, структурная рассогласованность и неопределенность, ригидность внутренних границ, спутанность ролей и правил, принятых в семье, замедляет развитие членов семьи и достижение ими автономии. Если структура семьи и ее границы несбалансированны, потребности членов семьи не могут быть удовлетворены и возникает симптоматическое поведение.

Наиболее существенный вклад в контексте системного семейного рассмотрения алкогольной зависимости внес Р. Steinglass с коллегами (1985, 1987). Согласно их предположению, алкоголическая семья понимается как система, в которой образующим ее фактором становится сам алкоголь, т.е. семья организуется вокруг алкогольной темы как, например, употребление, алкогольное поведение, проблемы, возникающие на фоне алкоголя и др. Длительное изучение алкоголических семей и их взаимодействия друг с другом показало, что в таком типе семей зависимость от алкоголя одного члена семьи поддерживается за счет поведения других. Р. Steinglass рассматривал их с точки зрения двух системных сил: гомеостаза и развития. Гомеостаз поддерживает существование и стабильность семейной системы, и в семьях имеется достаточно широкий круг паттернов поведения для сохранения гомеостаза. Основным следствием организации семейной системы вокруг алкоголя является быстрая актуализация в алкоголических семьях данных стереотипов поведения для сохранения стабильности в ущерб росту и развитию. На этой основе была обнаружена и описана «двухфазность» алкогольной семьи. Первая фаза – цикл активного употребления алкоголя, при этом характерные изменения поведения наблюдаются не только у самого аддикта, но и у других членов семьи, у них начинают действовать

паттерны поведения присущие опьянению (ведут себя «по-пьяному»). Вторая фаза возникает при прекращении употребления алкоголя, начинается промежуток трезвого состояния. В алкоголических семьях цикл двухфазности тем самым обеспечивает стабильность семейной системы и определяет тип взаимоотношений, который зависит от состояния интоксикации и трезвости. Алкоголизм в семье рассматривают в аспекте прохождения жизненных циклов семьи и изменений паттернов взаимодействия в зависимости от выделенных фаз алкоголизма.

Таким образом, в любом варианте системного подхода, алкоголические семьи характеризуются как дисфункциональные, в которых силы гомеостаза преобладают над силами развития. Т.е. возникновение и течение алкогольной зависимости члена семьи является результатом функционирования всей семейной системы, в которой взаимодействие других членов семьи оказывает влияние на зависимое поведение, сохраняя привычное гомеостатическое устройство, препятствуя развитию и удовлетворению потребностей. Однако описанная двухфазность взаимодействия в алкогольных семьях представляется нам как наиболее патогенный фактор для близких.

Случай из практики. Клиент клинического психолога М. 31 год. – Когда мне было 6 лет, мой отец потерял работу и начал пить, и хуже всего то, что он не был тихим алкоголиком, он даже имел судимость за разбой, но мама от него не уходила. Хорошо помню, что каждый раз, когда папа напивался, он с мамой устраивал скандалы и начинал ее избивать, иногда мне тоже доставалось, но в эти моменты я старалась прятаться под кроватью, в ванной. Постарше я убежала к соседям, могла оставаться у них неделями, пока папа не прекратит пить. Проходит время, он трезвеет, первое время просил прощения, говорил, что любит нас с мамой, потом перестал и стал вести себя, как ни в чем не бывало. И даже когда он был трезв, у нас не было теплого общения друг с другом. Он мог не пить месяцами, но потом начинал снова. Все это время мы жили как «в вулкане», мы все время боялись, что он сорвется, и начнутся бесконечные ссоры и драки.

Основной особенностью данного сценария алкогольной семьи является то, что жизнь ближайшего окружения зависит от того, в каком состоянии находится зависимый от алкоголя член семьи: трезв или в опьянении. Подобная среда вызывает у близких аддикта состояние хронической тревоги и страха, ощущение беспомощности, отсутствие возможности построения жизненных планов и перспективы, психическое и физическое напряжение и последующим истощением. А также, в данном случае у ребенка развивается внутриличностный конфликт с точки зрения переживания амбивалентных чувств к пьющему родителю: близкий человек – источник страданий в семье. Кроме того, в науке имеются данные, свидетельствующие о том, что дети зависимых

могут демонстрировать различные формы дезадаптивного поведения, в виде развития зависимости, психосоматических заболеваний и других психических и поведенческих расстройств. Такие люди отличаются высоким уровнем возбуждения при нахождении в травматической ситуации, и даже при стимулах, отдаленно напоминающих о травме. Данный набор переживаний соотносится со специфическими симптомами посттравматического стрессового расстройства (Тарабрина, 2007). Подобную среду возможно можно охарактеризовать как пролонгированное травматическое событие, в которой действие травматического стрессора является постоянным и повторяющимся, при этом жертва начинает испытывать страх повторения травматической ситуации.

Таким образом, семьи с наличием аддиктивных расстройств, в данном случае алкоголизма, в которых наблюдается жестокость и насилие, представляют собой отдельную категорию семей с высоким уровнем агрессии, и является психотравмирующей ситуацией для всех близких зависимого. Члены подобных семей развивают различные признаки посттравматического стрессового расстройства, часто приобретающее хроническую форму. Попытки справиться с травматическими переживаниями могут вытекать впоследствии в дезадаптивные формы поведения, аддикции, психические, соматические расстройства.

Литература:

1. Андреева, И.В., Слуцкий, Э.В. Нарушения высших психических функций при алкогольной зависимости. Российский психиатрический журнал. 2005; 6: 55-58.
2. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н.В. Тарабриной. - М.: «Когито-Центр», 2007. - С. 208.
3. Сиволап, Ю.П. Психические расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Психиатрия и психофармакотерапия. 2011;138(6): 43-49.
4. Berglund, M., Tunving, K. Assaultive alcoholics 20 years later // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1985. – Vol. 71, № 2. – P. 141–147.
5. Bowen, M. Alcoholism as viewed through family systems theory and family psychotherapy. *Ann N Y Acad Sci*. 1974 Apr 15; 233: 115-22. doi: 10.1111/j.1749-6632.1974.tb40288.x. PMID: 4523792.
6. Cherek, D.R., Spiga, R., Egli, M. Effects of response requirement and alcohol on human aggressive responding // *J. Exp. Anal. Behav.* – 1992. – Vol. 58, № 3. – P. 577–587.

7. Kril, J.J., Haliday, G.M., Svoboda, M.D. et al. The cerebral cortex is damaged in chronic alcoholics. *Neuroscience*. 1997; 79: 983-998.
8. Newman, W.C., Newman, E. *Domestic Violence: Causes and Cures and Anger Management* (Tacoma, wa: Newman International, 2008), – P. 5-8.
9. Norström, T., Pape, H. Alcohol, suppressed anger and violence // *Addiction*. – 2010. – Vol. 105, № 9. – P. 1580–1586.
10. Steinglass, P. Family systems approaches to alcoholism. *J Subst Abuse Treat*. 1985; 2(3):161-7. doi: 10.1016/0740-5472(85)90047-9. PMID: 4094004.
11. Steinglass, P. *The Alcoholic Family*. // 1987. NY Basic Books. 381 pp.

РИСКИ ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Каменская В. Г., Татьяна Е. В.

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. И.А. Герцена»

katenskaya-v@mail.ru

tatianinaelena@mail.ru

Интернет – это огромный информационный ресурс, который выступает главным помощником в обучении и развитии подрастающего поколения, решении насущных вопросов и рабочих задач. Цифровизация образования становится неотъемлемой частью учебного процесса и досуга молодежи в России в том числе. Высокая значимость цифровых компетенций для молодых людей связана с их высокой социальной оценкой. Чтобы стать полноценным, успешным членом современного общества, подросткам необходимо обладать умением ориентироваться в мировом информационном пространстве и пользоваться его ресурсами и огромными возможностями. Согласно официальным данным Всероссийского Центра Изучения Общественного Мнения (на основании опросов «ВЦИОМ-СПУТНИК» - ежедневного всероссийского телефонного опроса ВЦИОМ): 72 % жителей нашей страны используют Интернет каждый день и только 16 % респондентов совсем не пользуются Интернетом.

Однако, существует реальный риск пройти грань между вовлеченностью в виртуальное пространство за пределами образовательной среды и Интернет-зависимостью. Под увлеченностью принято рассматривать эмоционально-мотивированное состояние, при котором человек испытывает сильный интерес к проведению времени в Интернет-пространстве. Под зависимостью

– патологическое пристрастие к проведению времени в виртуальном мире [Слепцова Н.К., Васильева А.Н., 2016]. Известно, что современные подростки предпочитают социальные сети и Интернет-игры возможностям самообучения и саморазвития, что и выступает одной из главных проблем в вопросе о месте Интернет-пространства в сохранении здоровья и психологического благополучия детей и подростков [Каменская В.Г. и др. 2020]. Существует представление о том, что формирование адекватного отношения к компьютерным играм и общению в социальных сетях у детей и подростков является важнейшим условием сохранения и укрепления их психологического здоровья. При этом наиболее значимой является профилактическая работа с подростками, имеющими повышенный риск возникновения аддикций разных видов [Каменская В.Г., Николаева Е.А.: 2021]. В последние годы Интернет аддикция была включена в последние редакции международных Глоссариев нервно-психических расстройств [Каменская В.Г., Томанов Л.В.:2022]. Практическое использование Интернета по мнению многих зарубежных и отечественных исследователей [Бабаева Ю.Д. и др., 2000, Каменская В.Г., Томанов Л.В., 2022] существенно опережает накопление результатов научных работ по этой проблеме. Не решен вопрос о влиянии конкретных социокультурных условий жизни и обучения на степень вовлеченности детей и подростков в Интернет, не ясна выраженность индивидуального предпочтения цифровых занятий. Не ясна роль пола при выборе любимых видов поведения в Интернете.

Таким образом, перечисленные выше задачи являются актуальными и требующими научно-исследовательского решения. Психологические механизмы индивидуального использования информационных технологий подростками должны стать предметом тщательного анализа, с целью разработки профилактических и реабилитационных программ в условиях цифровизации образования и общества в целом.

Цель исследования. Психодиагностическое изучение особенностей цифровых предпочтений учащихся Санкт-Петербурга по сравнению с подростками других городов России, а также дифференциальных особенностей использования Интернет-ресурсов юношами и девушками, осваивающих одни и те же образовательные программы.

Материалы и методы. Были сформированы группы испытуемых 9,10,11 классов ГБОУ СОШ № 546 с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла Санкт-Петербурга. Школа реализует основные общеобразовательные программы: образовательные программы начального общего, основного общего и среднего общего образования. Для исследования предпочтений Интернет – технологий девушками и юношами школы Санкт-Петербурга использовалась авторская анкета цифровых

предпочтениях (Каменская В.Г.). Анкета включает 11 вопросов по темам, связанным с использованием различных видов деятельности в сети Интернет, с использованием различных технологических устройств, с определением временных затрат на досуг в киберпространстве. Особенность анкеты заключается в том, что участники опроса были поставлены в ситуацию выбора одного ответа из нескольких возможных вариантов ответа во всех вопросах анкеты. Таким образом, процент ответов на каждый вопрос группой испытуемых должен составлять 100%. Процесс получения результатов состоял из оценки процента участников, которые выбирали определенные варианты ответов в анкете. Все полученные ответы респондентов были сформированы в единую таблицу и обработаны в программе: «MicrosoftExcel», версия 2013. Для оценки статистической достоверности данных использовали пакет программ «SPSS Statistics-22.0»

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняло участие 214 респондентов (81 девушка, 133 юношей): из 9-х классов (83 человека), 10-х классов (87 человек), и 11-х классов (44 человека). Обучающиеся прошли анкетирование, в рамках которого ответили на все вопросы, однако в данной статье представлены результаты статистической обработки ответов респондентов на следующие пункты: 1) время, проведенное с гаджетами 2) наличие блога в социальных сетях 3) приоритетные интересы в Интернете, которые, как показали предыдущие исследования, максимально валидны для разных выборок.

Частотное распределение ответов респондентов на вопрос, касательно указания времени, проводимого с гаджетами выглядит следующим образом:

максимальный процент (41,1 %) в группе учащихся школы № 546 тратят на досуг в Интернете 4 часа и более в день, что может рассматриваться, по литературным сведениям и нашим данным, как признак определенной склонности к формированию зависимости;

37,4 % обучающихся посвящают время гаджетам в пределах 2-3 часов в день;

21,0 % обучающихся проводят с гаджетами в пределах 1 – 1,5 часов в день.

Частотное распределение ответов респондентов на вопрос о приоритетных интересах в Интернете представлено ниже:

55,1 % обучающихся предпочитают проводить свое время в социальных сетях;

18,2 % обучающихся большую часть времени проводят в мессенджерах поисковых сетей; 15,9 % обучающихся предпочитают проводить свое время за играми в сети Интернет, а 10,7 % обучающихся проводят основное время в Интернет – магазинах.

Наши результаты изучения распределения любимых видов досуга подтверждают уже зафиксированную особенность российских подростков в сравнении со своими сверстниками Китая, Южной Кореи и США, заключающуюся в приоритетном выборе общения в социальных сетях (55,1%) в ущерб кибер-играм (15,9%), которые по существующим исследованиям преобладают у американских и китайских школьников [Kamenskaya V.G., et al.: 2021]. С большим отрывом в доле учащихся, которые выбирают в качестве любимого досуга и, возможно, как помощь в учебе, следует активность в мессенджерах поисковых систем (18,2%).

Известно, что в социальных сетях существуют устойчивые группы активной молодежи, которые формируют свои аккаунты для информационного воздействия на «жителей» цифрового мира, ведущих свои блоги с определенными темами, цифровыми инструментами и подписчиками. Предыдущие исследования школьников Москвы и Липецка дают основания считать эту деятельность в социальных сетях не только высоко компетентной и требующей постоянной работы со своей аудиторией в киберпространстве, но и затратной по времени. Возможно, что эти подростки могут иметь высокий риск формирования Интернет зависимости и утраты не только психологического, но и физического здоровья.

Тестирование школьников школы Санкт-Петербурга дало результаты, которые во многом соответствует уже представленным в литературе фактам. Действительно, как следует из полученного анализа, максимальный процент учащихся не ведет блогов (57,5%), только 32,2% школьников имеют свою постоянную цифровую аудиторию, имея персональный аккаунт. Еще 10,3 % ведут свой блог вместе с другом, объединяя общение онлайн с общением оффлайн при наполнении блога новой и актуальной информацией.

Таким образом, исследование выборки школьников Санкт-Петербурга на предмет приоритета определенных цифровых предпочтений в очередной раз подтвердило индивидуальную избирательность цифровых форм досуга школьников в ситуации бесконтрольного применения Интернета и гаджетов. Кроме этого, установлен высокий процент учащихся, у которых уже представлен риск формирования Интернет-зависимости, который может быть связан с активностью в социальных сетях и организацией блога и его ведением.

Это предположение было статистически проверено с помощью непараметрического критерия Хи-квадрат Пирсона. Оказалось, что значение Хи-квадрат (11,65%) связи времени активности в Интернете и выбора социальных сетей в качестве доминирующей активности подтверждает с достаточным уровнем значимости ($P=0,05$) эту связь, в то время как сила связи наличия блога в социальных сетях и времени активности в Интернете незначительна (0,431) и не достигает нижнего порога значимости ($P=0,980$). Следовательно, высокие временные затраты на активность в Интернете школьников Санкт-Петербурга связаны с относительно комфортным и пассивным общением в социальных сетях, которое представляется исследователями как мало информативное и не дающее особого стимула для развития.

Мало изученным и противоречивым проявлением цифровых предпочтений является критерий - половые особенности поведения в киберпространстве. Еще лет 5 назад считалось, что Интернет, в особенности, онлайн игры – это увлечение, типичное для юношей. Однако в настоящее время это утверждение подвергается критике.

Наш материал конкретизирует неопределенные представления о роли половых особенностей участников виртуального мира. Согласно полученным данным: максимальное количество респондентов (как юношей, так и девушек) подтвердили длительное присутствие в Интернете, из них: 16 девушек и 29 юношей проводят в Интернете от 1 до 1,5 часов в день; 33 девушки и 47 юношей предпочитают проводить на просторах Интернета от 2 до 3 часов в день; 32 девушки и 56 юношей признались, что ежедневное времяпрепровождение в Интернете занимает более 4 часов их личного времени в день. Современные девушки так же, как и юноши, их сверстники имеют риск формирования Интернет зависимости.

Оказалось, что в цифровых предпочтениях имеется сходство выборов юношей и девушек. Одинаково редко выбираются игры в качестве предпочитаемого вида досуга, как в группе девушек, так и группе юношей (по 16%), в то же время зафиксированы различия в выборе социальных сетей в качестве любимого занятия. Больше процент юношей (58%) считают посещение социальных сетей своим предпочитаемым досугом по сравнению с девушками, которые только в 49% выборов подтвердили активность в социальных сетях, выбрав это направление, как любимый досуг. Вместе с тем девушки чаще используют поисковики, чем юноши (23% по сравнению с 15%), используя их в качестве учебного инструмента.

На первый взгляд, не существенно различаются по численности группы блогеров у юношей (44%) и у девушек (37%). Но учитывая низкую представленность группы школьников, способных к созданию социального контента,

эти различия в численности блогеров юношей и девушек требует дополнительного исследования, тем более, что интенсивно формируется коммерциализации блогинга с неясной ролью в нем половой специфики. По крайней мере, на уровне тренда можно обнаружить, что в Интернет среде активно себя проявляют как юноши, так и девушки, дифференциальных различий их поведения в Интернете обнаружить на нашем материале не удалось. Возможно, сказалась специфика образовательной программы и особенности интересов учащихся, связанных с художественно-эстетическим направлением.

Заключение. Доступ в Интернет, с использованием современных гаджетов, является, несомненно, неотъемлемой частью современного мира, а также важным инструментом в образовании детей и подростков. Всемирная сеть - это обширная развлекательная и образовательная среда. Однако становится крайне сложно регулировать время, проводимое в сети Интернет, особенно за пределами образовательной среды детей и подростков. Группа подростков Санкт-Петербурга мало отличается по основным показателям поведения в виртуальной среде от своих сверстников Москвы и Липецка. Согласно полученным результатам: учащиеся школы № 546 Санкт - Петербурга, в среднем, используют различные гаджеты от 2 до 3 часов в день (37,4 % респондентов). 41,1 % из них проводят время с гаджетами более 4 часов в день. 21% обучающихся ограничивают свое пребывание в цифровом пространстве в пределах 1-1,5 часов. Следует отметить, что подростки, которые страдают отсутствием должного внимания и социальных взаимодействий, чувствуют себя одиноко и отчужденно. У таких детей больше риск чрезмерного использования Интернета, а именно: ресурсов различных социальных сетей, чатов для общения, которые позволяет таким подросткам сбежать от реальности и от проблем, создавая "эффект защитного покрывала" [Дрепа М.И., 2009].

В ходе нашего экспериментального исследования была еще раз подтверждена высокая значимость социальных сетей для обучающихся 9, 10, 11 классов (55,1 % респондентов). Результаты применения критерия хи-квадрат оказались статистически значимыми (p -уровень=0,05), что говорит нам о наличии взаимосвязи между переменными: временем, которое подростки проводят с гаджетами и их приоритетными интересами в Интернете. Следовательно, чем больше подростки проводят своего времени с гаджетами, тем выше у них проявление интереса к социальным сетям. Общение в сети Интернет, пожалуй, в большей степени привлекательно именно в подростковом и раннем юношеском возрасте, когда они заняты поисками новых друзей и новых субкультур, стараясь сформировать чувство принадлежности к той или иной группе. На втором месте приоритетных интересов в

Интернете уверенно расположились Интернет – поисковики (18,2 % респондентов). Интернет – это огромный информационный ресурс, который выступает главным помощником в обучении человека. С появлением Интернета у современного школьника открылась масса возможностей: возможность дополнительного образования, удаленного образования, опосредованного домашнего обучения, возможность полностью перейти на дистанционное обучение. Теперь, выполнение домашнего задания, подготовка реферата, прочтение дополнительной литературы, просмотр исторических фильмов или онлайн-экскурсии по знаменитым местам не составляют никакого труда. На третьем месте приоритетных интересов у подростков – компьютерные игры (15,9 % респондентов), на последнем месте – посещение Интернет – магазинов (10,7 % респондентов).

В последнее время, очень популярным занятием среди подростков стал блогинг – ведение личной Интернет-страницы, транслирование своего опыта и мыслей, своих эстетических вкусов. Такое увлечение можно выделить в качестве отдельной подкатегории возникновения рисков Интернет-зависимости, так как оно требует большого количества времени, проводимого в соцсетях и на платформах, предназначенных для блогинга, вызывая полное погружение в Интернет-ресурсы и отрыв от реальной действительности.

Показатели подростков школы № 546 Санкт – Петербурга по критерию «наличие блога в социальных сетях» распределились по следующим процентным соотношениям: 57,5 % респондентов не имеют личного блога в социальных сетях; 32,2 % респондентов подтвердили наличие блога, который ведут самостоятельно; 10,3 % активно ведут личный блог в тандеме со своим другом. Сочетание высокой активности в социальных сетях с большими временными затратами на жизнь в виртуальном мире создает высокий риск формирования Интернет-аддикций у более, чем 40% школьников из Санкт-Петербурга. При этом нам не удалось подтвердить известную связь сверх увлеченности Интернетом и мужским полом. Риск формирования зависимости в группах юношей и девушек приблизительно одинаков, так же, как и приоритеты имеют сходный характер.

В настоящее время проблема Интернет-аддикции продолжает оставаться малоизученной, однако сама постановка проблемы и разработка соответствующих методик по ее диагностике уже сейчас позволяют оценить степень сложности ее профилактики.

Литература:

1. Бабаева Ю.Д., Войскунский А.Е., Смылова О.В. Интернет: воздействие на личность. Гуманитарные исследования в Интернете / Под ред. А.Е. Войскунского Москва: МожайскТерра, 2000, - 431 с.

2. Дрепа, М. И. Интернет-зависимость как объект научной рефлексии в современной психологии // Знание. Понимание. Умение. 2009. № 2.
3. Каменская В.Г., Николаева Е.А. Аддиктология: теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикции. - М.: Форум, 2021. - 208 с.
4. Каменская В.Г., Томанов Л.В., Татьяна Е.В. Дети и подростки цифрового мира / «Семья и общество: психологические и социально-педагогические аспекты профилактики девиантного поведения». Конф. мат. Липецк, 2020, П.П. 40-46.
5. Каменская В.Г., Томанов Л.В. Digital technologies and their impact on the social and psychological characteristics of adolescents// Экспериментальная психология 2022, Т.15. №1, 139-159. <https://doi.org/10.17759/exppsy.202215010>
6. Слепцова Н. К., Васильева А. Н. Социальные сети как фактор социализации современных подростков // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 30. С. 309-311.
7. Kamenskaya V.G., Tomanov L.V., Tanianina E.V. Features of the Use of the Internet by Russian Teenagers. The Regional Aspect. // Advances in Social Sceinces, Educational and Humanities Research. 2021. V. 755, 73-75 (MMER 2021)

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Карпатенкова О. В.

Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей ГУМ-ВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Санкт-Петербург
karpat-08@mail.ru

Введение. Влияние семьи на физическое, психическое и духовное развитие ребенка не подлежит сомнению. Традиционно считается, что важнейшим фактором риска развития поведенческих девиаций, сопровождающихся делинквентными эпизодами, является воспитание ребенка в неполной и/или бедной семье, родителями, имеющими химические зависимости и криминальное поведение [1-3]. В то же время семья несовершеннолетнего

правонарушителя может быть полной и внешне благополучной [3,5]. При этом состояние здоровья ребенка недостаточно контролируется родителями, не создаются условия для обеспечения доступной медицинской помощью и формирования здорового образа жизни. Качество жизни семьи определяет многие аспекты физического и психологического благополучия ребенка, а ряд заболеваний рассматривается как патофизиологические предикторы девиантного поведения. В криминальном контексте ребенок может оказаться как объектом, так и субъектом преступления. Так в 2021 году несовершеннолетними совершено 14810 преступлений, в том числе 950 особо тяжких [6]. Жертвами преступлений в 2020 году стали 94,9 тыс. детей и подростков, погибли 2,3 тыс., получили тяжкий вред здоровью - 2.9 тыс. человек [4]. Недостаточное питание, плохие социально-гигиенические условия жизни ребенка увеличивают риски развития хронических заболеваний, а неадекватное отношение родителей к обеспечению несовершеннолетнего доступной медицинской помощью способствуют хронизации патологических процессов и развитию осложнений [3]. Вместе с тем, расстройства психики и поведения, черепно-мозговые травмы, неврологические и эндокринные нарушения способствуют формированию делинквентного поведения детей и подростков [5].

Цель исследования: изучить показатели семейного статуса и родительско-детских взаимоотношений в семьях несовершеннолетних, помещенных в Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей ГУ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (ЦВСНП) и Государственное казенное образовательное учреждение Ленинградской области «Сланцевское специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа» (СУВУЗТ). в период с 2017 по 2021 годы.

Материалы и методы: Проведен анализ личных дел несовершеннолетних, содержащихся в ЦВСНП и ГКОУ ЛО «Сланцевское СУВУЗТ» за пятилетний период с 2017 по 2021 гг. По специально разработанной анкете выполнено анкетирование 55 несовершеннолетних.

Результаты: В Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей за период с 2017 по 2021 годы 51,7% детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет поступили на срок 48 часов для установления личности и передачи законным представителям несовершеннолетнего, 41,0% по постановлению суда за совершение административных правонарушений, в связи с чем также были переданы родителям или заменяющим их лицам, 4,1% направлены судом в СУВУТ, 0,8% совершили побег из такого учреждения и ожидают возвращения, 2,4% совершили преступление, но не достигли возраста уголовной ответственности и ожидают решения суда. Подавляющее большинство возвращаются в привычную неблагополучную

социальную среду. К ним практически не применяются меры социальной, психологической и медицинской реабилитации, девиантное поведение сохраняется и усугубляется. В Сланцевское СУВУЗТ дети от 11 до 16 лет были помещены по решению суда в связи с бродяжничеством (74%), уклонением от учебы (64,8%), попрошайничеством (3,7%), а также совершением следующих преступлений: кражи (60%), хищения (51,9%), побои и избиения (41%), хулиганство (22,1%), умышленное уничтожение (15,6%) или порча (15,1%) имущества, угон автотранспорта (10,2%), поджоги (7,5%) и грабежи (6,5%), вымогательство (5,4%), угроза убийством (1%), распространение наркотиков и истязания (по 0,5%). Из них 96,8% ранее поступали в ЦВСНП за совершения общественно опасных деяний меньшей степени тяжести (бродяжничество, административные правонарушения). Многие несовершеннолетние страдают химическими аддикциями. Чаще всего отмечались злоупотребления алкоголем (51,6% в ЦВСНП и 47,5% в СУВУЗТ). Среди воспитанников Сланцевского СУВУЗТ более распространены токсикомании (15,1% против 3,1% в ЦВСНП), среди контингента ЦВСНП – наркомании (14,8% против 6,0% в СУВУЗТ). Нами проанализированы показатели образа жизни родителей детей и подростков, помещенных в Сланцевское СУВУЗТ. Матери страдают алкоголизмом в 28,1% случаев, отцы – лишь в 5,4%; оба родителя пьют у 4,8% несовершеннолетних. Таким образом, на делинквентное поведение несовершеннолетних наибольшее влияние имеет алкоголизация матери, а распространенность потребления психоактивных веществ многократно выше среди несовершеннолетних, чем среди их родителей.

Считается, что девиантное поведение характерно для детей и подростков, оставшихся без попечения родителей. В Сланцевском СУВУЗТ доля таких детей составила 12,4%, 4,3% были сиротами, у 8,1% родители лишены родительских прав. В ЦВСНП сироты составили 4,4%, дети, чьи родители лишены родительских прав – 8,6%, причем доля таких лиц в последние три года снижается (с 11,1% в 2019 г. до 6,3% в 2021 г.). Криминальное поведение родителей несовершеннолетних, совершивших уголовно наказуемые деяния, зафиксировано в 8,1% случаев. В полных семьях проживали 16,2% воспитанников спецшколы и 53,6% несовершеннолетних, помещенных в ЦВСНП; одним родителем воспитываются 74% (СУВУЗТ) и 33,4% (ЦВСНП). Увеличивается удельный вес малоимущих семей: 58,9% (СУВУЗТ) и 45,3% (ЦВСНП). Статус неблагополучной имеют 55% семей несовершеннолетних правонарушителей, помещенных в ЦВСНП, 40% семей, чьи дети находятся в СУВУЗТ. В ЦВСНП помещаются преимущественно дети и подростки, воспитывающиеся в полных (53,6%), но неблагополучных (55%) семьях. Дети и подростки с делинквентным поведением, не достигшие возраста уголовной ответственности, чаще воспитываются в неполных (71,4%), малоимущих (58,9%) семьях.

В Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей поступают дети и подростки из внешне более благополучных семей. Обычно они чувствуют себя сытыми (70,4%), тепло одетыми (81,5%), имеющими необходимые для жизни материальные ценности (66,7). Подавляющее большинство опрошенных нами детей и подростков - 81,5% - считают родителей хорошими заботливыми людьми и любят их; по 7,4% относятся к родителям негативно или равнодушно, 3,7% сообщают о постоянных конфликтах. В то же время по 11,1% подвергаются физическому насилию или моббингу со стороны родителей; 3,7% в наказание лишались еды, 7,4% - одежды. Более строгие наказания применялись к девушкам. Их чаще били (46,1% против 13,6%), лишали еды (16,6% против 0%), отбирали вещи (41,6% против 21,8%). В полных семьях более распространены: вербальное порицание (64,7%), лишение личных вещей (35,3%), лишение еды, физическое насилие и моббинг (по 11,7%). В неполных семьях несколько реже ругают (57,1%), лишают личных вещей (22,2%), игнорируют (7,4%), никогда не лишают еды. Били несовершеннолетних с целью наказания чаще в неполных семьях (22,2%).

Недостаточная забота о здоровье детей, неблагоприятные социальные условия их жизни приводят к развитию экстренных и неотложных состояний. В анамнезе подростков, принявших участие в анкетировании, встречались в 69,2% случаев травмы, в 38,4% случаев – отравления; 30,7% случаев - приступы неконтролируемой агрессии; в 23,0% случаев – ожоги, в 15,3% - обморожения, по 7,7% сообщили о суицидальных попытках и электротравме. Подростки, воспитывающиеся в приемных семьях, жалоб на состояние здоровья не предъявляют, среди них распространены травмы и панические атаки (по 50%). Среди проживающих в неполных семьях более распространены отравления (44,4% против 25%), только в этой группе встречались неконтролируемые приступы агрессии и суицидальные попытки, обморожения и переохлаждения. При этом в 86,7% случаев родители не обращались за медицинской помощью, пока ситуация не стала очевидно угрожающей жизни.

Крайней формой отвержения является скрытый и явный отказы принимать ребенка обратно в семью после завершения пребывания в ЦВСНП. Рисунок 6 иллюстрирует динамику случаев повторных помещений несовершеннолетнего в ЦВСНП и отказов родителей принимать ребенка в семью по окончании пребывания в Центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей. Начиная с 2018 года, отмечаются случаи повторного неоднократного помещения в ЦВСНП в течение года и единичные случаи отказа родителей от возвращения ребенка обратно в семью по месту жительства.

Повторно в течение года в ЦВСНП поступали за пятилетний период 6,5%, при этом в 2017-2018 годах такие случаи отсутствовали, а максимальный показатель был достигнут в 2019 году (13,6%), постепенно снижаясь в последующие три года до 8,5% (в 2021 г.). Дети могут поступать в ЦВСНП в течение года более 2-3 раз, семьи зачастую имеют статус неблагополучной, а тяжесть совершенных общественно опасных деяний увеличивается в 45,2% случаев. Такие случаи связаны с фактическим отказом родителей от воспитания и медицинской помощи, так как ни в одном из них необходимые меры законным представителем несовершеннолетнего не предпринимались. В 2018 году нами впервые был зарегистрирован отказ родителей принять ребенка в семью (скрывались, не открывали дверь, выставляли на улицу). В 2019 году отказались возвратить в семью 1% несовершеннолетних, в 2021 году этот показатель увеличился более чем в 2 раза (2,2%). Причины такого поведения родителей в настоящее время не изучены. Складывается впечатление о том, что на отношение к ребенку в первую очередь влияют не уровень материального достатка семьи, а сложившаяся в обществе тенденция к «мышлению потребителя», инфантильное стремление избавиться от «некачественного товара». В ряде случаев законный представитель рассчитывает на получение пособий по содержанию несовершеннолетнего, фактически отказываясь от обязательств по такому содержанию.

Выводы. Традиционные причины совершения несовершеннолетними общественно опасных деяний и побегов из дома встречаются реже ожидаемого. Респонденты в большинстве случаев любят родителей, сыты и комфортно одеты, к ним не применяются физические меры воздействия. Более удовлетворены качеством жизни опекаемые подростки, а наименьшим этот показатель являлся для несовершеннолетних, воспитываемых в родных неполных семьях. В последние годы девиации поведения зависят скорее от типа родительно-детских отношений, чем социальных характеристик семьи.

Необходимо сформировать долгосрочную программу семейной медико-социальной и психологической реабилитации несовершеннолетнего, включая семейную психотерапию, медицинские профилактические осмотры и реабилитацию детей и подростков в условиях детской поликлиники, детских и подростковых отделений психоневрологических и наркологических диспансеров, систематический контроль выполнения обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего со стороны инспекторов ОППН и органов опеки, в том числе мультидисциплинарные патронажи семей несовершеннолетних.

Литература:

1. Диагностика и прогнозирование отклоняющегося поведения подростков в образовательной среде / Под общей редакцией О.В.Зыкова. – СПб: Эри, 2013 – 144 с
2. Превентивная педагогика и психология: учеб. Пособие /Н.Ю.Костюнина., А.О.Лучинина – Казань, Издательство «Бриг», 2015– 144 с.
3. Превентивное прогнозирование девиантного поведения как условие духовной безопасности современной молодежи: учебник [Текст] / Автор-составитель И.Ф.Шиляева. – Уфа: Изд-во БГПУ, 2019 – 121 с.
4. Преступность в России//Демоскоп Weekly-№943-944, 2022.- текст: электронный. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2022/0943/barom01.php#:~:text=%D0%9F%D0%BE%D0%B8%D1%81%D0%BA,%D0%9F%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C%20%D0%B2%20%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8%2C%202021%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4,%D0%A0%D1%83%D0%B1%D1%80%D0%B8%D0%BA%D1%83%20%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D1%82> (дата обращения 26.08.2022)
5. Реан, А.А. Семья, социальные установки и асоциальное поведение детей и подростков / А.А.Реан.- Текст: непосредственный// Российский психологический журнал, 2015.-Т.12, №1.- С. 29- 39
6. Совбез РФ: в 2021 году отмечен рост преступлений против детей/Российская газета. Федеральный выпуск №27(88622) от 29.11.2021. текст: электронный, URL: <https://rg.ru/2021/11/29/sovbez-rf-v-2021-godu-otmechen-rost-polovyh-prestuplenij-protiv-detej.html> (дата обращения 26.08.2022)

ОБРАЗ ТЕЛА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Киричик¹ Е. С., Сомова² Н. Л.

1 - Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина, Областной центр медицинской реабилитации «Тонус» для детей с психоневрологическими заболеваниями г. Бреста, Республика Беларусь

2 - Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Российская Федерация

kirichikelena@yandex.ru

Проблема телесности и образа тела вызывает интерес во многих направлениях научного познания – в медицине, философии, культурологии, психологии. Этот интерес обоснован тем, что образ тела является важнейшим компонентом самосознания, который влияет на отношение человека к себе, на качество его жизни и деятельности, взаимоотношения с окружающими [1].

Самосознание определяется А. Г. Спиркиным как «осознание и оценка человеком своих действий, их результатов, мыслей, чувств, морального облика и интересов, идеалов и мотивов поведения, целостная оценка себя и своего места в жизни. Самосознание – конституирующий признак личности, формирующийся вместе со становлением последней» [2, с. 148-149]. И. И. Чеснокова в структуре самосознания выделяет самопознание, эмоционально-ценностное отношение к себе и саморегулирование поведения личности, определяя эти компоненты самосознания как познавательный, эмоциональный, поведенческий [3].

В свою очередь, В. С. Мухина считает структурными единицами самосознания совокупность ценностных ориентаций, которые наполняют структурные звенья самопознания: 1) ориентацию на признание своей внутренней психической сущности и внешних физических данных; 2) ориентацию на признание своего имени; 3) ориентацию на социальное признание; 4) ориентацию на физические, психические и социальные признаки определенного пола; 5) ориентацию на значимые ценности в прошлом, настоящем, будущем; 6) ориентацию на основе права в обществе; 7) ориентацию на долг перед людьми [4]. Таким образом, телесное Я согласно концепции В.С. Мухиной является одним из важнейших звеньев самосознания.

В исследованиях Н. Н. Рождественской указывается, что восприятие своего тела, формирует ряд установок, влияющих на Я-образ в целом и создает определённое самоотношение, и именно во взаимодействии с другими людьми, с окружающим миром в целом человек может по-настоящему сложить представление о самом себе и о своей телесности, в частности [5].

В современном социокультурном пространстве, в основном через средства массовой информации, активно культивируются определенные стандарты красоты, формируется культурный идеал телесного Я, что оказывает существенное влияние на отношение к своему телу. Обычно требования к внешности, определенным пропорциям тела в большей степени касаются женщин, нежели мужчин.

В последние десятилетия отмечается устойчивое снижение массы у женщин – идеальной считается худощавая фигура, маленькие бедра и большая грудь (К. Н. Белогай). Однако в настоящее время отмечаются тенденции моды, рекламы, где женщина представлена с довольно пышными формами, так называемое направление «plus-size». В любом случае данные модели задают идеалы, на которые ориентируются современные женщины, переживая свое соответствие или несоответствие данным тенденциям, даже если эти тенденции негармоничны и противоречат концепции здоровья.

К. Н. Белогай обнаружила возрастную изменчивость образа тела у женщин: наименьшую удовлетворённость своим внешним обликом испытывают девочки-подростки. У женщин в период ранней взрослости оценки своего тела связаны с тем, как оценивает партнер тело женщины. При этом у женщин более зрелого возраста таких взаимосвязей не выявлено. У молодых женщин присутствует более выраженная ориентация на культурные стандарты внешности, с чем также связана неудовлетворенность телом, стремление похудеть, быть выше ростом и иметь более пышные формы [6].

Когда женщина становится матерью, в ее самосознании происходят значительные изменения. В концепции Г. Г. Филипповой материнство определяет особенности личностного развития женщины. Предпосылки развития самосознания женщины как матери закладываются еще задолго до момента зачатия, но важнейшим фактором развития самосознания матери является рождение ребенка и последующее взаимодействие с ним. Критической точкой в изменении женской идентичности Г. Г. Филиппова называет период первой беременности [7], что подтверждает Д. Пайнз: «Беременность доказывает и укрепляет успешное достижение женской сексуальной и полоролевой идентичности...» [8, с. 55].

Е. Б. Айвазян исследовала развитие телесного и эмоционального опыта беременной женщины. Она утверждает, что период беременности представляет собой смену социальной ситуации развития, которая приводит к значимым личностным изменениям: формируется новая внутренняя позиция – позиция матери, возникает особая психологическая структура – внутренняя картина беременности. Позиция матери и внутренняя картина беременности

отражают значительные телесные и эмоциональные изменения, которые сопровождают беременность [9].

Установлено, что беременные женщины в большей степени удовлетворены внешностью и отдельными параметрами своего тела (лицо, волосы, туловище и др.), и в меньшей степени переживают из-за увеличения веса тела, нежели небеременные. Данные результаты говорят о том, что беременность дает новый телесный опыт, который позволяет снизить значимость культурного влияния относительно современных стандартов красоты, принять изменения в своем теле в данный период [10].

Д. Пайнз в своей книге «Бессознательное использование своего тела женщиной» подробно описывает происходящие изменения в телесном образе Я у женщины в разные периоды ее жизни. По мнению автора, беременность – не статичный процесс, как в физиологическом, так и эмоциональном плане: «...процесс, включающий в себя либидинозное заполнение образа (катексис) развивающегося и изменяющегося плода, который сперва является невидимой частью материнского тела и продолжением ее Собственного Я». Для женщины, которая ожидает первенца, беременность доказывает ее половую принадлежность, обладание сексуально зрелым телом, способным к репродукции и факт того, что женщина состояла в сексуальных отношениях, что уже на этапе беременности вносит изменения в самосознание будущей матери [8].

Как отмечает Д. Пайнз, образ ребенка в самосознании будущей матери, соединяет в себе часть материнских образов собственного Я и ее сексуального партнера, но одной из главных задач будущей матери становится последующее принятие в ребенке отдельного индивида. Автор выделяет три основных этапа беременности, в процессе которых происходят существенные изменения, как в физиологическом плане, так и в психологическом плане.

1) Первый этап (от зачатия до шевеления плода). На данном этапе женщина часто чувствует недомогание, у нее может развиваться токсикоз, наблюдаются колебания настроения, повышение тревоги, в телесном плане происходит увеличение молочных желез и обостряется их чувствительность, что приводит к изменениям в телесном Эго женщины. На данном этапе происходит принятие факта беременности: женщина либо наслаждается новой ситуацией, либо пытается отрицать новые ощущения, либо впадает в легкую депрессию.

Одни женщины уже на ранних сроках беременности в своем воображении представляют определенную внешность, пол ребенка, для других же плод пока лишь часть их тела, скопление клеток от которых можно легко

избавиться, если в этом будет необходимость. Одни женщины с легкостью принимают изменения в своем теле, другие же испытывают особые трудности в адаптации к тому, что они начинают набирать вес. По наблюдениям Д. Пайнз подобные трудности принятия своего тела в период беременности чаще возникают у женщин, которые ощущали неприязнь к своей подростковой полноте и стыдились ее.

2) Второй этап (начинается с первых шевелений ребенка). Шевеления доказывают матери физическое существование ребенка, она чувствует, что в ее теле присутствует отдельное человеческое существо со своей жизнью, со своей активностью. На этом этапе будущая мать чаще прислушивается к процессам, происходящим в теле, к шевелениям ребенка. Так же на этом этапе многие женщины удерживаются от полового акта, тревожась о том, что сексуальная активность повредит ребенку. Кроме того, возникает тревога, что определенные продукты могут повредить или быть более полезными для ребенка, даже вопреки медицинским свидетельствам противоположного. Испытывая воздействия тревожных фантазий и неразрешенных конфликтов прошлого, Эта беременной женщины нуждается в дополнительной поддержке окружающих.

3) Третий этап (приближение родов). Данный этап характеризуется усталостью, телесным дискомфортом, перепадами настроения, обострением тревоги о процессе будущих родов, нетерпением и сильным желанием быстрее родить.

В процессе родов впервые в самосознании женщины возникает реальный образ ребенка, как пишет Д. Пайнз: «Реальность ребенка входит в сознание матери и внешнего мира только когда появляется головка» [8, с. 60]. В период после родов у женщины возникает ощущение пустоты в том месте, где был ребенок. Так в женском самосознании в очередной раз меняется телесный образ Я. Происходит осознание женщиной изменений в своем теле, их оценка, принятие. И. Е. Валитова очень четко описывает изменения в телесном Я родившей женщины: «Выражение «плоть от плоти» наилучшим образом характеризует связь матери и ребенка. Тело женщины порождает этого ребенка, и любовь к ребенку отражается в любви женщины к своему телу и принятии его» [11, с.70].

Женщина адаптируется к новой реальности, в которой она уже не вместилище новой жизни, а ее активный направляющий. Перед женщиной стоят новые задачи: признать своего ребенка как отдельного человека, узнать его, позаботиться о его потребностях. Однако возбуждение и облегчение от родов часто сменяется периодом упадка и депрессии, и в это время очень важна поддержка от близкого окружения. Тем не менее, бывает так, что какой

бы адекватной ни была поддержка от окружения, тяжесть неразрешенных конфликтов матери либо травмирующие обстоятельства в процессе родов требуют вмешательства специалистов [8].

Рождение ребенка, имеющего особенности развития является тяжелым психотравмирующим фактором, трансформирующим самосознание женщины, внося такие коррективы, которые негативно влияют на взаимоотношения матери с ребенком, с другими людьми, на деятельность матери, ее отношение к себе, что вызывает необходимость организации профессиональной психологической помощи.

Как отмечает И. Е. Валитова, у матерей детей с особенностями развития трансформируется телесный образ Я: «...в случае рождения ребенка с отклонениями в развитии женщина может рассматривать свое тело как породившее проблемное дитя, поэтому может не принимать его, обособляясь от своего тела» [11, с. 70]. Кроме того может в принципе исчезать радость чувствовать себя женщиной, снижаться или вовсе отсутствовать сексуальное желание.

Таким образом, образ тела – это отражение в сознании представлений о своем теле и эмоционально-ценностного отношения к нему, что стимулирует возникновение определенных паттернов поведения в отношении своего тела: деятельность, направленную на заботу о своем теле или на его коррекцию, исправление. Образ тела является важнейшим элементом самосознания, а значит, и критерием развития личности и ее благополучия. Проблема недовольства своим телом, недостаточного осознания и принятия своего образа тела является важнейшим направлением в работе практических психологов и психотерапевтов.

В данной статье мы рассмотрели трансформации образа тела в самосознании матерей. Мы установили, что материнство определяет особенности личностного развития женщины, внося значительные изменения в самосознание матери и соответственно в образ телесного Я. Период первой беременности – важнейший этап в достижении женской сексуальной и полоролевой идентичности. Беременная женщина чаще прислушивается к процессам, происходящим в своем теле, особенно когда появляются шевеления ребенка. Также в зависимости от индивидуальных особенностей беременные женщины по разному адаптируются к изменениям, происходящим в теле, к набору веса, но чаще беременные женщины в большей степени удовлетворены параметрами своего тела, принимают их легче, чем не беременные. Рождение ребенка формирует в самосознании женщины еще один образ – образ ребенка, а в послеродовой период в женском самосознании в очередной раз меняется телесный образ Я.

Исследования образа тела матери и материнского самосознания в целом является новым и важным направлением в научном познании, так как они обеспечивают специалистов профессиональными знаниями и навыками в области поддержки материнства.

Литература:

1. Татаурова, С.С. Актуальные проблемы исследования образа тела / С. Татаурова // Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 8. – Екатеринбург: [Изд-во Урал. ун-та], 2009. – С. 142–154.
2. Спиркин, А.Г. Сознание и самосознание. / А.Г. Спиркин. – М.: Политиздат, 1972. – 303 с
3. Чеснокова, И.И. Проблема самосознания в психологии / И. И. Чеснокова ; АН СССР, Ин-т психологии. – М. : Наука, 1977. – 144 с.
4. Мухина, В. С. Возрастная психология : феноменология развития, детство, отрочество : учеб. для студентов, обучающихся по пед. специальностям / В. С. Мухина. – М. : Академия, 2004 (ГУП Сарат. полигр. комб.). – 452 с.
5. Рождественская, Н. Н. Образ тела как проекция отношения к собственной личности / Н. Н. Рождественская, О. А. Волкова // Психология телесности: теоретические и практические исследования : III международная научно-практическая конференция: 25-27 января 2011 года : сборник статей. – М. : Федерация психологов образования России , 2011. – С. 7-10.
6. Белогай, К. Н. Возрастная изменчивость образа тела женщины в период взрослости / К. Н. Белогай, И. С. Морозова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2017. – № 1. – С. 94-98.
7. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. – 2001. – №2. – С. 22-36
8. Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Д. Пайнз ; пер. с англ. Е. И. Замфир; под ред. М. М. Решетникова. – СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1997. – 490 с.
9. Айвазян, Е. Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности : автореферат дис. ... кандидата психологических наук : 19.00.04 / Е. Б. Айвазян. – М.: Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. – 2005. – 28 с.
10. Продовикова, А.Г. Особенности восприятия собственного тела у беременных женщин / А.Г. Продовикова, Л. Р. Имайкина // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – 2019 – № 1(3) – 2019. – С. 696-710

11. Валитова, И.Е. Особенности самосознания матери ребенка с ограниченными возможностями здоровья / И. Е. Валитова // Развитие личности. – 2018. – № 4. – С.57-85.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА СО СТАРШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ 15-18 ЛЕТ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ БУЛЛИНГА

Коновалова¹ Е. И., Котова² С. А.

1 - Русская христианская гуманитарная академия, Санкт-Петербург

2 - ФБГОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

sa-kotova@yandex.ru

Одной из наиболее распространённых проблем в школах является буллинг, заключающийся в агрессивном преследовании одного ученика другим (другими) [1]. Швеция признала травлю проблемой национального уровня. В 2010 году в Канаде было отмечено, что почти 70% учащихся стали свидетелями буллинга. «Распространенность буллинга в РФ растет. Согласно результатам PISA, в России число детей, которые становятся жертвами школьной травли, увеличилось с 2015 по 2018 г. на 10% и составило 37% всех учеников. При этом в России буллинг в большей степени, чем в других странах, «сконцентрирован» в определенных школах: примерно 70% учеников ходят в школы, где травле несколько раз в месяц подвергаются от 25 до 50% учеников (против 34% в среднем по странам ОЭСР)» [3, с.64]. Можно сделать вывод, что издевательства в школьной среде являются распространенной проблемой, которая несет последствия для большинства учащихся.

Российские исследования данной проблемы появились в начале двухтысячных, поэтому на данный момент очень мало русскоязычных источников, предлагающих решение данной проблемы при широкой базе исследований ее феноменологии, в том числе раскрывающих предпосылки развития травли в малых группах. Так Е.Н.Волкова, О.В.Защиринская, И.Г.Малкина-Пых, И.С.Бердышев, А.А. Бочавер, С.А. Котова и многие другие занимались исследованиями различных аспектов буллинга в школьной среде.

Наше исследование посвящено травле в старших классах. Юноши и девушки 15-18 лет находятся в ситуации, когда появляется потребность в самоактуализации. А буллинг может причинить психологическую травму разной глубины, которую может усугубить юношеский кризис. Поэтому данная проблема вызывает у нас большой интерес.

Итак, для того, чтобы перейти к описанию методики работы с молодыми людьми 15-18 лет, необходимо выделить особенности школьного класса, как малой группы часто с низким уровнем безопасности и высоким уровнем разобщенности.

Психология членов малой группы имеет отличный от членов большой группы характер. Социальные процессы, возникающие в малой группе, оказывают значительное влияние на становление личности школьника, особенно в подростковом возрасте. Например, они могут столкнуться с такими негативными явлениями как демонстративность, агрессия, насилие, предательство, социальная леность и пассивность, деиндивидуализацией и беспомощностью. Разбор каждой из этих позиций позволяет определить факторы, влияющие на возникновение буллинга или, скорее его усугубляющие.

Так, при социальной ленности у членов малой группы отмечается низкий уровень ответственности и более низкий уровень симпатии друг к другу. Прими, чем выше число участников малой группы, тем больше выражена социальная леность. По мнению Е.А. Пырьева [5], оптимальным будет 5-7 человек в группе для того, чтобы не возникло данной проблемы. Также в малой группе имеет место такой процесс как деиндивидуализация, или отклонение индивидуального сознания в группе, ведущее к более упрощенному преодолению социальных норм. При этом отмечается ослабевание страха в получении негативной социальной оценки. Данному процессу подвержены малые группы с большим количеством участников. И, наконец, в классе может возникнуть выученная беспомощность, которой больше подвергнуты молодые люди с внешним локусом контроля. Они зависят от мнения окружающих, на которых часто перекладывают ответственность.

Когда в классе возникают перечисленные проблемы, можно говорить о слаборазвитом коллективе, т.е. такой коллектив характеризуют низкие сплоченность и взаимопомощь, а также частые межличностные конфликты. [5]

Слаборазвитый класс, как и высокоразвитый, состоит из неформальных групп. В школьном коллективе отмечается статусная система. Причем определенный статус может занимать как отдельный человек, так и целая неформальная группа. Интересно, что при этом школьник может иметь два разных статуса в классе и в своей группе. Так, например, школьник, включенный в не лидирующую подгруппу, но по своим качествам похожий на лидера класса, может столкнуться с травлей со стороны последнего для сохранения своего статуса [4].

О наличии буллинга в коллективе можно говорить, если в классе выстроены определенные негативные межличностные отношения, характеризующиеся избирательной направленностью подростков на себя и на

референтную группу из молодых людей (сверстников или даже старшеклассников из другого класса), а также стереотипизацией другого, ограничением восприятия и понимания другого. Если в классе преобладает подобное отношение одноклассников друг к другу, то это приводит к появлению злобы, зависти, ревности, презрения, ненависти, стремления подавить и унижить другого. Понятно, что такой школьный класс слаборазвит и его можно перевести на более высокоразвитую ступень за счет продуманной целенаправленной работы взрослых по развитию положительного отношения друг к другу участниками группы [2].

Для предотвращения буллинга в коллективах молодых людей 15-18 лет рекомендуется разрешение следующей задачи: сопровождение школьников в развитии положительных межличностных отношения для формирования высокоразвитого коллектива. Для ее решения нами первоначально была проведена диагностическая работа на базе МКОУ СОШ №2 г. Отрадное Ленинградской области среди 9, 10 и 11 классов. Критерием формирования рабочей группы было усиление чувства незащищенности и разобщенности внутри группы, а также снижение чувства благополучия и равноправия. Данный критерий позволил использовать опросник риска буллинга, разработанный и апробированный А.А. Бочавер, В.Б. Кузнецовой, Е.М. Бианки, П.В. Дмитриевским, М.А. Завалишиной, Н.А. Капорской и К.Д. Хломовым [5]. Методика включает в себя 14 вопросов, среди которых «В вашем классе принято обзывать?», «В вашем классе есть кто-то, кого все боятся» и т.д. Помимо этого, опросник позволяет выявить уровень разобщенности и небезопасности, которые предшествуют или говорят о наличии буллинга.

Использование опросника риска буллинга позволило выделить базу для психологической работы с учащимися. Результаты диагностики стали серьезным поводом для начала психолого-педагогических сессий с детскими школьными коллективами. Исследование показало, что с ситуацией травли столкнулись 4 из 6 старших классов. То есть среди обследованных 151 учащихся 93 человека (почти 62%) являются участниками ситуации буллинга. Очевидно, что решение данной проблемы требует специально организованной психолого-педагогической работы, которую мы условно разделили на 3 этапа: ознакомительный, коррекционный и завершающий.

На ознакомительном этапе с молодыми людьми 15-18 лет проводилась интерактивная беседа, в ходе которой они узнали о феноменологии буллинга, а точнее о его участниках, о возможных причинах того или иного поведения в буллинге и его последствиях для членов группы. Молодым людям было предложено поразмышлять над тем, как травля влияет на агрессора, на жертву и на наблюдателей. В ходе общения школьники сами стали

предлагать возможные варианты выхода из конфликтных ситуаций с точки зрения жертвы и наблюдателей.

По итогу уже первого занятия отмечалась эмоциональная вовлеченность участников. Некоторые молодые люди приводили примеры своего травмирующего опыта в предыдущих местах обучения.

В классах также было проведено анонимное сочинение на тему «Самый плохой случай в школе». Оказалось, что некоторые старшеклассники написали о том, что они и в данный момент подвергаются травле, однако в ходе непосредственной беседы жертвы никак не выделялись. Также важно подчеркнуть то, что среди всех групп учащихся 9-х, 10-х и 11-х классов большинство школьников смогли предложить варианты помощи от «наблюдателей» в отношении «жертвы». Некоторые свидетели актов насилия отметили, что данная беседа поможет им в дальнейшем противостоять агрессору.

Таким образом, отметим, что буллинг остается одной из наиболее распространенных и тяжелых проблем в школьной среде. Малая группа, в том числе и в старших классах, может включать в себя предпосылки для его формирования и развития. Однако психолого-педагогическое сопровождение особенно в слаборазвитых классах помогает преодолеть буллинг. В ходе экспериментального целенаправленно выстроенного психолого-педагогического сопровождения подростков и молодых людей по предотвращению буллинга даже в слаборазвитых классных коллективах выявилась возможность эффективной работы.

Литература:

1. Волкова Е. Н., Гришина А. В. Оценка распространенности насилия в образовательной среде школы // Психологическая наука и образование. 2013. № 6. - С. 19–27.
2. Клепцова Е.Ю. Виды межличностных отношений //Известия Самарского научного центра Российской академии наук, №2 (2). – 2013.- С 382-387.
3. Новикова М.А., Реан А.А., Коновалов И.А. Буллинг в российских школах: опыт диагностики распространенности, половозрастных особенностей и связи со школьным климатом.// Вопросы образования. 2021. № 3. - С.62-90.
4. Попова С.В., Балкизова Ф.Б.. Особенности межличностных отношений у подростков //Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. №1. 2015.- С 61-65.
5. Пырьев Е.А.. Психология малых групп. Практико-ориентированный курс; учебное пособие. – Оренбург: Изд-во ОГПУ, 2016. – 232 с.

ПОВЫШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ ПРОФИОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Кот¹ Т. В., Ковальская² В. А.

1 - Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, Санкт-Петербург

2 - гимназия № 426, Санкт-Петербург

tvkot2010@mail.ru

Важным фактором, влияющим на здоровье человека, является его стрессоустойчивость. В особой степени это касается подростков, психика которых активно формируется.

Стрессоустойчивость определяется совокупностью личностных качеств, позволяющих переносить значительные интеллектуальные, волевые, эмоциональные нагрузки. Процесс обучения предполагает высокие нагрузки, что обуславливает значимость формирования стрессоустойчивости обучающегося. Применительно к школьникам подросткового возраста актуальность данной проблемы возрастает по ряду причин, которые определяются, прежде всего, возрастными особенностями – спецификой Я-концепции, отношениями со сверстниками и взрослыми и др. [3].

Среди факторов, влияющих на стрессоустойчивость, выделяют следующие:

- психологическая компетентность (осознание своих психофизиологических качеств, знание симптомов стрессового состояния и понимания его последствий);
- жизненный опыт (сложившиеся отношения, способы реагирования);
- психологические особенности личности (мотивация, направленность, способность к саморегуляции и др.) [2].

Известно, что качества личности формируются в деятельности, в связи с чем важна такая организация учебного процесса, которая содействовала бы формированию стрессоустойчивости. Решение этой задачи определяется, в первую очередь, психолого-педагогической компетентностью педагогов и деятельностью службы сопровождения в учреждении [1].

В числе причин, влияющих на способность человека противостоять стрессу, – нарушение удовлетворения его актуальных потребностей и/или отсутствие возможностей их удовлетворения в будущем. Среди актуальных потребностей старших школьников можно выделить потребности в

самопознании, самооценке, в эмоциональной независимости, в самоопределении, в том числе и самоопределении профессиональном.

Профессиональное самоопределение молодежи – одна из важных государственных задач, инструментом решения которой является профессиональная ориентация (профориентация). Профориентация – это научно обоснованная система мер по оказанию подросткам помощи в выявлении и развитии склонностей, познавательных интересов в выборе профессии, в формировании у них потребности и готовности к труду. Поскольку в числе таких мер, наряду с мерами социально-экономическими, медико-физиологическими, производственно-техническими, выделяют меры психолого-педагогические, задачу профориентации призвана решать и общеобразовательная школа [4].

Профориентационная работа имеет большое значение в формировании у подростка представлений о себе как будущем профессионале, определении цели и задач на перспективу и вносит существенный вклад в становление и развитие у него позитивной картины мира.

С позиций осмысления удовлетворения потребностей школьников в процессе учебной деятельности, профориентационная работа способствует удовлетворению потребности учащихся в профессиональном самоопределении, что в свою очередь, должно содействовать повышению их стрессоустойчивости. Для проверки такого предположения нами было проведено экспериментальное исследование (2020-2022 г.г.).

Описание исследования

Цель исследования: выявить влияние системной профориентационной работы на формирование стрессоустойчивости учащихся.

Исследование проводилось на базе гимназии № 426 Санкт-Петербурга. Общее количество респондентов – 76 человек (экспериментальная группа – 36 учащихся, контрольная – 40 учащихся).

В процессе исследования была реализована разработанная нами авторская учебная программа по профориентации «Человек и профессия». Программа рассчитана на учащихся 8-х и 9-х классов, количество учебных часов – 68 (из расчета 34 часа в год, 1 час в неделю).

Программа «Человек и профессия» направлена на изучение мира профессий и ориентации в нем, ознакомление со способами получения профессионального образования, а также на оказание учащимся помощи в познании себя, своих мотивов, устремлений, склонностей, в планировании своего жизненного и профессионального пути. Программа предполагает

формирование и развитие трёх компонентов готовности к профессиональному самоопределению: мотивационно-личностного (смыслового), когнитивного (карьерная грамотность) и деятельностного.

Методы исследования: психолого-педагогическое наблюдение, тестирование, методы статистической обработки результатов.

Результативность экспериментальной работы оценивалась по критериям: уровень тревожности, выраженность суицидального риска.

Тестирование проводилось по следующим методикам:

– опросник школьной тревожности Филлипса, позволяющего оценить внутреннее эмоциональное состояние ученика, наличие у него тех или иных тревожных синдромов;

– опросник суицидального риска (в модификации Т.Н. Разунаевой). Методика позволяет выявить наличие или отсутствие факторов суицидального риска и степень их выраженности по следующим шкалам: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива, антисуицидальный фактор.

Результаты

По критерию «уровень тревожности». За период реализации программы профориентации уровень тревожности значительно снизился у 72,2% от общего количества учащихся экспериментальной группы (в контрольной группе \square у 35% учащихся). На заключительном этапе эксперимента высокий уровень тревожности выявлен у 2,7% обучающихся экспериментальной группы, в контрольной группе \square у 15% респондентов.

По критерию «выраженность суицидального риска». Суммарный результат по этому критерию не выходит за границы нормы в обеих группах: у всех респондентов выявлен антисуицидальный фактор, что снимает глобальный суицидальный риск. Результаты по отдельным показателям существенно отличаются. Так, в контрольной группе высокие результаты по показателю «временная перспектива»: у 42,5% учащихся она отсутствует (в экспериментальной группе \square у 0% учащихся), что указывает на невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности школьника в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в страх неудач в будущем. Отсутствие представлений о ближайшем будущем, растерянность в профессиональном определении, нежелание и непонимание «кем я хочу быть» ведет к повышенной тревожности, неуверенности в себе, негативным представлениям о

себе, особенно в период первого профессионального выбора по окончании 9-го класса. Как следствие, появляется страх экзаменов, снижается стрессоустойчивость. Все учащиеся экспериментального класса показали умение конструктивно планировать будущее.

Вывод

Системно организованная профориентационная работа с учащимися 8-9 классов формирует у них позитивное мышление и соответствующую картину мира, снижает тревожность, что содействует повышению стрессоустойчивости школьников.

Литература:

1. Алексеев С.В., Бура Л.В., Кот Т.В. Приоритеты деятельности психолога в школьной команде здоровья // Гуманитарные науки. – 2021. – № 4 (56). – С.158-162.
2. Данченко С.П., Костецкая Г.А. Педагогика безопасности: о понятии «личность безопасного типа» // Педагогика. – 2021. – Т.85. – №2. – С.57-63.
3. Кубашичева Л.Н. Стрессоустойчивость старшеклассников как одно из средств развития психического здоровья // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. – 2021. – №9-10. – С.171-173.
4. Пилюгина Е.И., Иванова М.Д. Актуальность профориентационной работы в образовательных учреждениях // Молодой ученый. – 2017. – № 15 (149). – С.619-623.

МЕТАПРЕДМЕТНЫЙ КОНЦЕПТ СОВРЕМЕННОГО ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВО- ЖДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Котова С. А.

Санкт-Петербург, ФБГОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена

sa-kotova@yandex.ru

В современном мире образование рассматривается как хэдлайнер прогресса общества. Именно качество образования выступает залогом прогресса и устойчивого развития. Изменения в образовании подрастающего поколения связаны не только с запросами будущего, но и с реальными достижениями в мировой экономике и промышленности. Среди этих достижений на

первый план выступает диджитал экономика и процесс цифровизации всех сфер жизни человека. Сегодня важно вписать новое поколение в эту новую цифровую среду существования, в виртуальную культуру. Но эта задача не может быть решена простым и одномоментным способом. Е.А.Сергиенко[4] отмечает, что современная социокультурная ситуация в образовании подразумевает конфликт между усвоением ребенком общих умений справляться с информационной нагрузкой и ценностной сообразностью достижения личной образованности. Преодоление данного противоречия во многом связано с организацией образовательной деятельности школьника, нацеленной на достижение метапредметных результатов образования.

В Концепции ФГОС метапредметные результаты рассматриваются как освоение обучающимися на базе учебных предметов разнообразных способов деятельности. Применимость таких достижений ученика важна в широком понимании результатов обучения, когда ученик способен решать проблемы в гипотетических, так и в реальных жизненных ситуациях.

Метапредметный подход в образовании позволяет создать условия для усиления субъектности школьника в образовании. Это имеет большой педагогический смысл, поскольку открывает возможности для осуществления учеником как субъектом образовательной деятельности способности к саморазвитию и самостоятельному обогащению личного опыта [3].

Научная школа Андрея Викторовича Хуторского рассматривает метапредметность как принцип интеграции содержания образования, способ формирования теоретического мышления и универсальных способов деятельности, который обеспечивает освоение ребенком целостной картины мира. Универсальность метапредметных навыков состоит в обучении школьников общим приемам, техникам, схемам, образцам мыслительной работы, которые экстраполированы в межпредметное поле, но в то же время воспроизводятся при работе с любым предметным материалом.

Принцип метапредметности заключается в акцентировании обучающихся на способах представления и обработки информации при изучении достаточно большого количества учебных дисциплин на основе обобщенных методов, приемов и способов, а также организационных форм деятельности учащихся и преподавателя. Благодаря овладению метапредметными знаниями и умениями возможно сформировать такое новообразование как «умение учиться», способность субъекта к сознательному и активному присвоению нового социального опыта, а не только освоение учащимися конкретных предметных знаний и навыков на уроках. Именно метапредметные знания и умения обеспечивают возможность решения широкого круга не только школьных задач, но и различных жизненных ситуаций [1, 2].

Метапредметные результаты – универсальные способы деятельности – познавательные, коммуникативные, регулятивные. А.В. Хуторской [5] отмечает, что «Метапредметными в стандартах названы деятельности, которые всегда и общепринято назывались общеучебными: целеполагание, планирование, рефлексия, контроль, оценивание, сравнение, анализ, синтез и т. п.

Опираясь на концептуальные положения научных работ А.В. Хуторского в области педагогической психологии, мы можем выделить следующие метапредметные способности: 1) целеполагание; 2) анализ и обобщение, критическое мышление; 3) гипотетичность и планирование; 4) перенос; 5) оценка и самооценка собственных действий, решений [5].

Достижение метапредметных результатов традиционно проверяется в процессе выполнения комплексных заданий на межпредметной основе. Для оценочной деятельности используются специально подобранные педагогические диагностические задачи, направленные на оценку уровня сформированности познавательного, коммуникативного, рефлексивного компонентов обучения.

Метапредметные действия, отличаясь своим ориентировочным характером реализации, составляют психологическую основу успешности решения учащимися учебных задач. Соответственно, их уровень может быть качественно оценён и измерен психологическими методами и методиками.

Необходим более глубокий контроль динамики формирования «умения учиться» через использование широкого комплекса психодиагностических методик. И это не только педагогическая диагностика. Необходимо вести поиск корректных и валидных методов и методик психологической диагностики, поскольку данный комплекс должен включать изучение когнитивного, эмоционального и социального интеллекта для учеников разного возраста. Крайне значимой выступает оценка способности к анализу, обобщению, переносу и самоконтролю в процессе образовательной деятельности. Ежегодная психологическая диагностика, проводимая на основе принципов современной педагогической психологии, позволит не только вскрыть проблемы развития школьников, но и своевременно увидеть внутренние ресурсы, выявить «зону ближайшего развития» (Л.С. Выготский).

Таким образом, оценка метапредметных результатов может и должна проводиться в ходе различных процедур как педагогических, так и психологических. Более активное погружение педагога-психолога в образовательный процесс как на этапе планирования результатов, так и на этапе контроля за их достижением создаст реальные условия для достижения метапредметных результатов и подлинной персонализации образования.

Литература:

1. Котова С.А., Николаева Е.И. Как оценить метапредметность? // Народное образование. - №7, 2015. С.170-174.
2. Котова С.А., Николаева Е.И. Метапредметные результаты в начальной школе и методы их оценки // Школьные технологии. - № 5, 2015. С. 170-174.
3. Муштавинская И.В. Система формирования и оценки метапредметных результатов //Проблемы современного педагогического образования, 2019. № 63(1). С. 208-211.
4. Сергеенко Е . А . Развитие идей А. В. Брушлинского: соотношение категорий субъекта и личности. Человек, субъект, личность в современной психологии: Материалы Международной конференции, посвященной 80-летию А. В. Брушлинского. Т. 1 / Отв. ред. А. Л. Журавлев, Е. А. Сергеенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. С. 41–44.
5. Хуторской, А. В. Работа с метапредметным компонентом нового образовательного стандарта / А. В. Хуторской // Народное образование. – 2013. – No 4. – С. 157–163.

КОНКОРДАНТНОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ И ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА УЧЕНИКОВ

Красновский В. Н.

Военно-космическая академия имени А.Ф. Можайского,
г. Санкт-Петербург
krasnovskiy@bk.ru

Профессиональные компетенции современного педагога полифункциональны и реализуются при активации организационных и управленческих действий специалиста. Их интегрированность становится показателем успешного опыта работы. Однако роль интерактивного, личностно-ориентированного взаимодействия субъектов образовательного процесса, несмотря на широкий процесс цифровизации, остается по-прежнему важным инструментальным способом образования современного молодого поколения.

Для эффективности учебного процесса значимо целенаправленное дополнение знаний студентов, стимулирование их творческого и личностного потенциала. Педагогическая коммуникация повышает свою продуктивность

при условии, что она способна целенаправленно предусматривать организацию и поддержку интеракции в учебных группах, создание в них климата взаимопонимания и доверия через преодоление появляющихся коммуникативно-психологических барьеров. Психологическая готовность профессорско-преподавательского состава к расширению коммуникативного потенциала формирует ориентацию на конкретные педагогические технологии, которые составляют содержание функциональной роли преподавателя.

В педагогической среде соотношение потребностей и ценностей можно представить себе в виде логического континуума, начальная точка которого соответствует «асоциальному» индивиду, имеющему одни потребности и не имеющему никакой ценности. В ходе возрастного развития индивида происходит усвоение социальных ценностей и трансформирование их в личностные. Данный процесс можно описать в понятиях интериоризации и социализации, которые с точки зрения становления личностных ценностей фактически представляют собой две стороны единого процесса.

Формирование ценностей осуществляется по-разному. Их различные варианты можно определенным образом типизировать. Например, формирование личностных ценностей под влиянием гиперсоциализирующего воспитания приводит к вторжению социальных ценностей в структуру личной мотивации таким образом, что они, немного трансформируясь, приводят к потере личностной идентичности и способствуют возникновению чрезмерного конформизма. Еще один крайний тип возникает при отторжении или слабом влиянии социальных ценностей, тогда они не имеют надлежащей представленности в структуре личной мотивации. Этот тип формируется преимущественно под влиянием воспитания в стиле гиперопеки, когда ребенок имеет статус кумира семьи, или, наоборот, растет в условиях безнадзорности. Оба указанных стиля воспитания можно отнести к гипосоциализирующим. В первом случае формируется эгоцентричная личность с высокими требованиями к другим, а во втором – личность, ориентированная на собственное выживание всеми доступными способами, включая хорошее образования.

Еще один тип формирования личностных ценностей – это, так называемое, ценностное оформление потребностей. Оно имеет место тогда, когда ценности по своему содержанию совпадают с потребностями и формируются путем усвоения идеалов малых референтных групп. Благодаря гармонии этих ценностей с определенной частью индивидуальных потребностей не возникает внутренних препятствий к их ассимиляции. Этот механизм играет основную роль в формировании иерархии личностных ценностей. Психологической основой такого варианта развития личности является несформированность механизмов ценностного регулирования поведения индивида. Не усвоив позитивных ценностей в семье и младших классах

школы, подрастающая личность находит источник социальной идентичности в делинквентной группе, которая становится для него референтной. Отсутствие позитивных жизненных ценностей у молодежи, которая идет по этому пути, приводит к внутренней пустоте, ориентации на внешние критерии оценки людей и жизненных явлений, а также личностной зависимости от групповых норм. Иными словами, это путь формирования примитивной личности, которая, пропустив сензитивные периоды своего развития и обречена на духовную стагнацию.

Ведущей социально-профессиональной функцией образования остается дидактическая. Мастерство дидактики требует тщательно подобранную информацию перевести в её аксиальные формы. В современном образовательном процессе произошла смена парадигм к дидактическим построениям передачи современного знания (Д. Фодор, 1983). Возрастает несогласованность знаний по отдельным областям знаний, что позитивно только в решении узкоспециализированной задачи, но ограничивает доступ к содержательным аспектам, а не репрезентативным формам.

По мнению Д. Фодора, инкапсулированность информации – это доступ только к одностороннему, ограничительному обучению по конкретным дисциплинам. Информации. Особенность заключается в том, что обучающийся не получает всестороннюю информацию, которая перерабатывается путем активизации когнитивных систем у каждого субъекта усвоения знаний.

Система образования и социальные условия влияют на стиль развития обучающихся. Например, творческий подход в педагогической деятельности предусматривает активное включение в процесс усвоения знаний, умений и навыков. Он может выступать как проблематизация – то есть нетривиальные поиски в решении собственных проблем, как «импровизация», или умение гибко менять свое поведение в зависимости от обстоятельств – стремление пережить определенные состояния при преодолении ситуаций, обусловленных образовательной средой. Такое преодоление становится фактором дальнейшего личностного развития обучающихся.

Современные взгляды о социальном развитии индивида в обществе имеют определенные концепты в понимании его как интегративного процесса. Интеграция социальных и когнитивных аспектов должна рассматриваться как целостная трактовка одного и того же процесса. В теориях развития личности многие ученые опираются на разработанную концепцию генезиса «Я». В отличие от эволюционно-когнитивной части этой теории, где развитие рассматривается как индивидуальная аккомодация, которая определена интенциональными действиями, социальная ее часть презентует

индивида через генезис его сознания, что проявляется в ходе его социальных интеракций.

Направленность эволюции формируется под влиянием нашего интеллекта, наших традиций и наших преимуществ; процесс социального взаимодействия является главным источником личностных аккомодаций, влияющие на формирование интеллекта индивида. Сознание индивида в большей мере результат социального, чем когнитивного. В концепциях развития личности научение считают главным механизмом развития «Я», которое втягивается в социальное окружение. Эта социабильность связана с целостными эволюционно-когнитивными возможностями человека. Стержнем социабильности является умение индивида синтезировать свою деятельность через ассимилятивные и аккомодационные формы, которые включают в себя личностные элементы поиска творчества, инноваций, включая образование. Например, подражание можно рассматривать как способ развиваться интеллектуально, т.к. при сбалансированности внешних воздействий с личным сознанием достижимы высокие академические результаты.

Тесная связь социализации, обучения и воспитания – условия для педагогических достижений. Упрощенно речь ведется о системе поступков и действий, с помощью которых определенные индивиды пытаются влиять на развитие личности других индивидов, формируя их в соответствии с ценностями данного общества. На всех фазах жизни на личность влияют биологические и социокультурные факторы. Вместе с тем она не является пассивным продуктом этого влияния, ее развитие определяется также ее собственной позицией, собственным выбором, собственными действиями.

Развитие личности в социуме проявляется в росте ее способности не только к овладению знаниями, но также к ее трансформации. Общество оказывает реальное влияние на развитие личности. Человеческое существо становится субъектом, способным на социальные действия, только через приспособление к материальной и социальной среде, а также активную деятельность в нем.

Развитие личности происходит в ходе взаимодействия с окружением в конкретном, исторически определенном мире. Анализ отношений индивида и общества показывает их взаимно трансформирующее влияние. Соответственно, современная система образования с её тенденцией к цифровому выхолащиванию педагогического общения, безусловно, должна исходить из модели личности, которая в принципе способна на творческое преобразование действительности. Процесс овладения действительностью и ее трансформации в значительной степени происходит в ходе непосредственных

социальных интеракций в семье и других формальных и неформальных социальных институтах.

Развитие и социализация личности, возможности ее влияния на среду существенно зависят от так называемой автоконцепции (образа самого себя) – обобщенного отражения совокупности своих мотивов, наставлений, способностей, умений, стиля деятельности и т.д. Достаточно объективная автоконцепция является одной из основ способности к гибкости и компетентности в действиях и поступках, а недоразвитость или искаженный характер автоконцепции усиливает риск возникновения девиантных форм поведения.

Модель человеческой личности, способной на творческое трансформирование действительности, должна быть методологически связана с исследованиями конкретных социальных реалий и их субъективного отражения. И поскольку центром исследовательского внимания становится индивид, то важно использовать как данные самонаблюдения, так и наблюдения других лиц, в том числе и педагога с ориентировкой на наставничество при воспитании и обучении молодого поколения.

Социальные факторы, как и образовательная среда, влияют на развитие личности в условиях современной действительности. Здесь следует указать не только на системный кризис общества, кардинальное изменение его ценностных идеалов, соперничество мировоззренческих позиций, но и на такие производные явления, как нарушение глубинных связей между взрослыми и детьми, оторванность школьного обучения от сегодняшних потребностей общества т.д.

Наиболее пораженной оказалась духовно-моральная сторона общественных отношений. Поиск смысла жизни противопоставляются «смыслы-эрзацы». Они негативно влияют на формирование личности, прежде всего, в молодом возрасте. Утрата своего «лица», своей позиции, то есть того, что должно составлять психологическую сущность каждого человека, ставит под угрозу нормальный ход личностного развития. Опасным аспектом сегодняшнего кризиса общества является ослабление и разрушение мотивационных механизмов умственной деятельности.

Однако было бы неправильно видеть в современных социальных обстоятельствах только негативные моменты. В целом, позитивным в плане возможностей для развития личности следует считать процесс социальной диверсификации, то есть нарастающего разнообразия социальных субъектов, что способствует созданию «экологических ниш» для молодых людей с различными интересами и способностями. Конечно, втягивание молодежи в широкий спектр общественных отношений имеет неравномерный и не

всегда положительный характер. В кризисные времена, когда через духовный упадок в обществе становятся более привлекательными модели социально нежелательного поведения, важное место занимают сообщества, обеспечивающие если не социальную, то социально-психологическую защиту, к ним можно отнести и образовательную среду. Учебный процесс и активное, осмысленное участие в нем всех субъектов образования позволяют подрастающему человеку добиться положительной практики включения в жизнь и приобретать опыт ролевого плюрализма. Будучи носителем различных социальных ролей, постоянно участвуя в различных видах социальной деятельности, подготавливаясь к сотрудничеству с людьми, которые имеют разные интересы, индивид обогащает свой социально-образовательный опыт. При наличии сегментации социальных отношений, люди становятся более гибкими в изменении видов деятельности, и соответственно – своих ролей и типа поведения в образовательной среде.

Неформальный авторитет преподавателя можно также отнести к ролевой функции, повышающей педагогическую коммуникацию. Она состоит в личностном влиянии (преимущественно неофициально) на обучающихся, для которых он является образцом не только деловых качеств, но и эмоциональных черт психологического уровня. Роль педагогической коммуникации – это дополнительное влияние на перспективы развития образовательных компетенций и педагогов, и их учеников. Принцип конкордантности (универсальная согласованность) позволяет результативно осваивать базовые знания, нормы, цели образования.

Таким образом, образование является важным каналом профессиональной мобильности. От него зависит рассчитанная высота теоретического и практического искусства, поэтому учебный процесс необходимо как можно больше разнообразить, сделать его развивающим профессиональную индивидуальность будущего специалиста. Образовательная система, построенная на стратегиях разных моделей преподавания, не может не учитывать разноплановые компоненты педагогических практик. Это, прежде всего, касается содержания и структуры ее идеологии. Важными составными в этом процессе остаются психологический климат, направленность знания на индивидуальное развитие личности студента.

Литература:

1. Красновский В.Н. Диффузная проективность символов инкультурации в пространстве образования / В.Н. Красновский // Сборник Международной конференции «Формирование целостного мировоззрения и духовно-нравственной идентичности учащихся профессиональных образовательных учреждений». – Санкт-Петербург, 2015. – С. 145–149.

2. Fodor J. A. The Modularity of Mind. - Cambridge, MA, 1983.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКА В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Крылова М. А., Якимов Ю. М.

Санкт-Петербургский государственный экономический
университет (СПбГЭУ)

Krulova72@mail.ru

В последние десятилетия актуализировался блок связанных воедино вопросов: сохранение здоровья школьника в процессе школьного обучения; нарушение норм учебного процесса (неуспеваемость, первично-негативные виды девиантного поведения в учебном процессе, употребление ПАВ, делинквентное поведение); формирование здорового образа жизни.

Одними из первых, исследовавших соотношение здоровья школьника и успеваемости в процессе обучения, стали М.М. Безруких, С.П. Ефимова [1]. При помощи данных статистики авторы обосновывали проблему потери здоровья школьниками в процессе обучения, в общеобразовательном учреждении в динамике от первого класса начальной школы до выпускного класса общеобразовательной школы. С этой целью авторы исследования анализируют и систематизируют распределение детей, начинающих обучение в школе, по группам в зависимости от начального состояния здоровья.

Состояние здоровья, нарушение норм учебного процесса и формирование здорового образа жизни могут быть рассмотрены как части интегрального понятия «образ жизни». Под образом жизни принято понимать типичные способ и формы индивидуальной и коллективной жизнедеятельности человека, характеризующие особенности его поведения, общения, склада мышления, находящие своё выражение в деятельности, интересах, убеждениях людей в конкретной исторической эпохе.

Основными параметрами образа жизни являются: труд (учёба для школьников и студентов), быт, общественно-политическая и культурная деятельность людей, а также различные поведенческие привычки и проявления.

Образ жизни человека — ключевой фактор, определяющий его здоровье.

Обращение к философской, социологической, психолого-педагогической литературе, а также анализ авторами проблем девиантного поведения позволяет сделать предположение, что анализ причин заявленного комплекса проблем и их последствий может вестись на трех уровнях: общества в целом, институциональном, индивидуальных свойств личности [4-5].

На уровне общества формирование образа жизни связано с менталитетом, сложившейся системой ценностей и традиций, стереотипами, модой (например – мода на посещение заведений фаст-фуда как способа свободного времяпрепровождения или мода на определенный вид курения), социальными трансформациями и связанными с ними изменениями в системе социальных норм, ценностей, стереотипов поведения, девиациями.

Второй уровень связывают с системой норм, принятых в конкретных социальных институтах (организациях) и отклонениях от них. В этой связи внимание обращается на два базовых образования: семью и школу. Закладывая основу будущего личности школьника, определяют его отношение и модель поведения относительно аспектов жизнедеятельности в обществе (социализация).

Например, в семье ребёнок активно взаимодействует не только с родственниками, но и близкими им людьми. Именно в семье приобретаются основные навыки поведения в быту, закладываются умение разрешать конфликты, выстраивать диалог в непосредственном окружении. Механизм социализации в семье довольно прост – младшие, как правило, копируют старших.

С усвоенными в семье нормами, правилами, основными стандартами поведения ребёнок приходит в школу. Там он на практике подтверждает / корректирует усвоенное в семье.

Социализация ребёнка в школе довольно односторонняя по той причине, что в течение одиннадцати лет дети, находясь на территории одного и того же учебного заведения, проводят большую часть дня в обществе сверстников, осуществляя социальное взаимодействие с одними и теми же педагогами. Тем не менее, школа, как один из факторов социализации организует процесс направляемой и стихийной социализации одновременно, становится ведущим источником информационного обеспечения для ребенка, поскольку в ней сосредоточено общение с взрослыми и сверстниками. Соответственно осуществляется двухканальный обмен социальным опытом, передачей знаний, умений, навыков, формирование поведенческих стереотипов в различных жизненных ситуациях.

Приходится признать: иногда сам социальный институт формирует нездоровый образ жизни.

Например, в семье посредством специфического семейного уклада может продуцироваться девиантное поведение, применение в практике воспитания антипедагогических методов и приемов, утверждение специфической системы норм и ценностей, формирование нездорового питания и образа жизни в целом (ставшая знаменитой в 80-е годы прошлого века «культура трех Т»: тахта, тапочки, телевизор» в настоящее время трансформировалась в гаджет-зависимость во всех её проявлениях).

В свою очередь проблемы школы связаны с переполненными классами, неумением современного ребенка взаимодействовать со сверстниками (общаться, играть), увеличение объема изучаемого, отсутствие распорядка дня, соответствующего возрасту ребенка и т.п. Исследователи вопроса обращают внимание на раннее приобщение ребёнка к электронной технике и, как следствие, формированию гаджет-зависимости [2].

Третий уровень – индивидуальные свойства и качества (физиологические, волевые), присущие личности.

Как отмечалось в начале текста тезисов, нельзя игнорировать направление психиатрической, физиологической, генетической наук, разрабатывающих проблемы поведения личности. В социологической и педагогической литературе этот вопрос освещался недостаточно. Тем не менее, обратить внимание на эту сторону в учебном процессе просто необходимо.

Физическое здоровье может стать фактором, отвлекающим от учебы, хотя в обыденном сознании понятия «молодость» и «здоровье» – неразделимы. Однако факты, озвученные исследователями вопроса, говорят об обратном [1-2; 4-5; 6].

Выявляются несоответствие социальных устремлений молодежи, например, к получению послешкольного образования с личными качествами, необходимыми для успешной реализации этих устремлений. Только половина студентов, поступивших на первый курс, считает, что у них есть личностные качества, требуемые для успешного выполнения будущей профессиональной деятельности [3-4].

Вместе с тем хорошо известны случаи, когда стремление к вхождению в референтную профессиональную группу развивали необходимые для этого качества и свойства личности школьника или студента.

Проблемой соотношения личностных характеристик с успеваемостью занимались американские исследователи Блум, Стерн, Стайн, которые

обосновали взаимодействие указанных параметров. Авторы исследования пришли тогда к выводу, что несоответствие между личностными стремлениями студентов, покинувших колледж с одной стороны, и специфическими требованиями колледжа с другой, стали причиной того, что обучение было прекращено [3, С.48-49].

Стремление к получению знаний невозможно без волевых усилий, которые должен прикладывать обучаемый для достижения цели.

Индивидуальная воля является предметом исследования психологии и трактуется как «регулирующая сторона сознания, выраженная в способности человека совершать целенаправленные действия и поступки, требующие преодоления трудностей» [6, с.309]. Она проявляется и заключается в регулировании практической познавательной деятельности, учебно-познавательной деятельности школьника как через регуляцию поведения, так через способность к самоорганизации. Однако педагоги считают, что причиной плохой самоорганизации, отсутствия самоконтроля является лень обучаемого (не важно – школьника или студента), его безответственность, корни которой следует искать не столько в волевых, сколько не сформированности социально-значимых, нравственных качествах личности.

Проведённый анализ данных показывает взаимосвязь как объективных, так и индивидуальных объективно-субъективных характеристик (например, сочетание физического, функционального и психического) и факторов их влияние на социальное поведение обучаемого.

Общество выработало систему мер воздействия на индивида с целью заставить его следовать принятым в микро или макросреде предписаниям, нормам, правилам, которые трансформировались в виды и формы социального контроля.

Сегодня общепринятым является определение, где под социальным контролем понимается «вся совокупность средств и методов воздействия общества на нежелательные (негативно отклоняющиеся) формы поведения с целью их элиминирования или минимизации» [7, с.194]. По сферам своего действия социальный контроль охватывает различные области жизнедеятельности. В каждой из этих сфер социальный контроль имеет свою специфику проявления.

Санкционный механизм социального контроля включает систему правовых и не правовых мер, запретов. При этом правовые санкции имеют характер «прямого воздействия», а не правовые - опосредованное действие через источники социально-психологического влияния на личность и группы. В

первом случае говорят об институциональной, а во втором – не институциональной форме социального контроля.

Любая из форм институционального контроля позволяет констатировать соблюдение требований учебных норм. Соответственно, в случае их невыполнения следует механизм негативных санкций: выговор, дисциплинарное взыскание, предупреждение. Активность обучаемых в учебном процессе регламентируется системой поощрений: премиями, подарками, грамотами и благодарностями, общественным признанием.

Перечисленные виды институционального контроля, по сути, остаются формализованным контролем. При решении же проблем корректировки необходим комплексный подход. Поэтому, помимо формализованного контроля также необходим и неформализованный контроль, в первую очередь, со стороны семьи.

Однако проблема заключается в том, что часто семья находится в неведении относительно возникших осложнений у школьников или студентов и узнает о них в последнюю очередь. В этом случае можно говорить об осуществлении номинального контроля над успеваемостью обучаемого со стороны его семьи, который, в лучшем случае, ограничивается вопросами типа: «Как дела? Как учишься? Есть ли проблемы в школе (колледже, вузе)?». На подобную серию вопросов родители чаще всего получают успокаивающий ответ, который может не соответствовать действительности. В таком случае родителям следует понять, что социальный контроль в семье не должен прекращаться никогда, становясь своеобразным средством социализации личности, поддержки и помощи своим детям.

Помимо перечисленных форм и видов социального контроля, особое значение имеет саморегуляция, осуществляемая на уровне индивидуального бытия и осуществляемая посредством самоконтроля личности.

«Внутренний контроль» или «самоконтроль» – саморегуляция поведения личности, основывающейся на интерпретации одобряемых социальных ценностей и норм, – вторая, не менее важная форма социального контроля [7].

Самоконтроль – это самостоятельное регулирование личностью своего поведения через систему мотивов, побуждений, самооценки. Возможность его исполнения зависит от ряда социально-психологических факторов: волевых свойств личности и её (личности) ценностных ориентаций.

Выработка перечисленных выше качеств и навыков не является результатом только вербального воздействия на сознание обучаемого. Самоорганизация, самостоятельность формируются через систему отношений «ученик

– учитель»; посредством их, развиваются самостоятельность, самоорганизация как нравственное качество, проявляющееся в личной ответственности «за овладение знаниями».

Таким образом, анализ теоретических аспектов подхода к изучению формирования образа жизни школьника в современном образовательном процессе позволяет сделать вывод, что исследование образа жизни детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как определяет будущее страны.

Литература:

1. Безруких М.М., Ефимова С.П. Знаете ли вы своего ученика?: Пособие для студентов пединститутов, пед. уч-щ, колледжей и родителей. 2-е изд. – М., 1997
2. Безруких М. Ребёнок бледный, синяки под глазами – учёба этого стоит? Интервью с профессором Марьяной Безруких от 21.12.2021 // Официальный сайт канала «Правмир». [Электронный ресурс]. URL: <https://www.pravmir.ru/rebenok-blednyj-sinyaki-pod-glazami-ucheba-etogo-stoit-professor-maryana-bezrukih/> (дата обращения 20.09.2022)
3. Инкельс А. Личность и социальная структура // Американская социология: Перспективы. Проблемы. Методы / Сокр. пер. с англ. В.В. Воронина и Е.В. Зиньковского; ред. и вступ. статья д-ра филос. наук Г.В. Осипова. М.: Прогресс, 1972. С.47-50.
4. Крылова М.А., Якимов Ю.М, Психологические особенности и социальные характеристики студентов с девиантным поведением: теоретический обзор вопроса // Психология обучения. 2022. № 1 (январь-июнь 2022). С. 37-49
5. Крылова М.А. Специфика мотивации девиантного поведения студентов в учебном процессе // Телескоп: Журнал социологических и маркетинговых исследований. 2022. № 1. С. 81-86
6. Немов Р.С. Психология. – М., 1995
7. Смольков В.Г. Социальный контроль // Социально-гуманитарные знания. 2000 № 4. С.193-205

ПОДХОДЫ К ПРОЕКТИРОВАНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА ПЕДАГОГА

Кураченко А. С., Марущак И. А., Бузырева Е. Г.

ГБОУ гимназия № 295 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга

marushak.irina@bk.ru

buzireva79@mail.ru

В современном образовании появляются новые запросы к качеству профессионально-педагогической деятельности, связанные с тем, что в мире растет значение человеческого капитала. Социально-экономический прогресс вызывает интеллектуализацию всех сфер жизни человека, требует нового качества подготовки молодого поколения к решению задач будущего. От педагога сегодня требуется повышать свою квалификацию постоянно, использовать новейшие цифровые и психолого-педагогические технологии, более активно влиять на новое поколение силой примера, культуры, творчества [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Анализ нормативных документов и практики профессиональной подготовки педагогов, проведенный нами, позволил выявить наличие следующего комплекса противоречий:

- между возрастающей значимостью профессионального развития учителя как основного условия инновационного развития образования и недостаточной разработанностью механизмов управления профессиональным развитием;

- между развитием педагога как субъекта инновационной деятельности и недостаточной разработанностью методических средств инновационной деятельности педагогов в условиях повышения квалификации.

Осмысление данных противоречий совместно с сотрудниками ИМЦ Московского района позволили нам, педколлективу ГБОУ гимназии 295, сформулировать тему нашего индивидуального проекта «Управление компетенциями педагогов через формирование и реализацию индивидуального плана профессионального роста». Научным руководителем и вдохновителем экспериментальной работы стала С.А. Котова, которая помогла сформулировать цель проекта ОЭР - создание необходимых условий, обеспечивающих профессиональный рост педагогов в процессе работы по индивидуальному образовательному маршруту.

На стартовом этапе главной задачей было создание нормативно-правовой основы реализации проекта ОЭР.

На экспертно-аналитическом этапе мы разработали алгоритм формирования профессионального роста педагога и работали над мотивацией педагогов к инновационной деятельности.

Исходно, многие педагоги не выказали большой активности к работе по повышению своего профессионализма и мы задались вопросом: «Может ли педагог добиться решения выше названных задач только самообразованием?» и пришли к выводу, что педагог нуждается в поддержке со стороны профессионального сообщества и, в первую очередь, внутри своего профессионального коллектива. Поэтому первичным звеном, которое реально может помочь педагогу работать над профессиональным и личностным развитием, на наш взгляд, должны выступать методические объединения. Именно ресурсы данной структуры, в которой объединены учителя одного предметного направления для совместного решения общих задач, мы и постарались активизировать. В таком тесном объединении коллеги наиболее лучше знают достоинства и слабые стороны друг друга и могут наиболее сильно мотивировать процесс профессионального самосовершенствования.

Работа строилась традиционно, начиная с диагностики проблемных зон. В целях повышения личной заинтересованности и осознанного отношения педагогов к процессу и результатам работы по индивидуальному образовательному маршруту мы стали проводить различные виды анкетирования, которые помогли бы педагогу лучше узнать себя. Мы начали с выявления профессиональных дефицитов педагогов гимназии. Все педагоги прошли регистрацию и тестирование в системе «Конструктор индивидуальной траектории профессионального роста» на сайте ЦППМ Санкт-Петербургской академии постдипломного образования. Определив свои профессиональные дефициты педагогам необходимо было выявить барьеры профессиональной деятельности. Что нам мешает двигаться к своей цели и профессионально развиваться в своей области? На помощь пришла авторская методика Т. М. Шамовой «Барьеры педагогической деятельности» [5], которая состоит из 2 анкет и позволяет выявить способности учителя к саморазвитию и выявить факторы, стимулирующие и препятствующие обучению, развитию, саморазвитию учителей в школе. В результате обработки анкет мы выявили 3 категории учителей, с различной степенью их готовности к саморазвитию: педагоги с позицией активного саморазвития, педагоги с несложившимся, неустойчивым саморазвитием и с остановившимся саморазвитием. К работе над данным проектом, мы привлекли наших партнеров из образовательных организаций с опытом аналогичной ОЭР (из нашего района) к сотрудничеству и нами было проведено анкетирование педагогов из этих школ. Результаты анкетирования были представлены на районном круглом столе

«Барьеры профессионального роста», который гимназия проводила 16 февраля 2022 г. в соответствии с планом по реализации ОЭР.

Основным барьером для всех категорий педагогов стала собственная инерция. Также активно отмечались такие барьеры как недостаток времени, состояние здоровья, разочарование в результате имевшихся ранее неудач, отсутствие поддержки и помощи в этом вопросе со стороны руководителей.

Понимание и принятие своих барьеров педагогической деятельности привело к осознанию необходимости поиска ресурсов для их преодоления. Это помогло педагогам более серьезно задуматься о ситуации своего дальнейшего профессионального развития.

Для профессионального роста необходим внутренний комфорт, уверенность в себе и эмоциональная стабильность. В своем коллективе мы проводим диагностику личности на мотивацию к успеху, т.к. замотивированный сотрудник работает в разы эффективнее. Здесь мы использовали методику Т. Элерса на оценку выраженности мотивации к успеху. Все наши учителя также прошли эту диагностику. Результаты анкетирования диагностики личности на мотивацию к успеху и барьеров профессиональной деятельности стали важной частью построения ИОМ педагогов нашей гимназии, повлияли на назначение тьюторов по сопровождению ИОМ, что в целом выстраивает персонифицированный образовательный маршрут педагога.

Следующим шагом стало определение списка тьюторов по каждому МО и проведение подготовительных консультаций для тьюторов по работе с ИОМ педагога. Был также подготовлен и проведен установочный вебинар для педагогов гимназии №295 по проектированию индивидуального образовательного маршрута. Далее каждым МО гимназии были утверждены планы сопровождения и поддержки каждого педагога. В пакет документов, регламентирующих нашу ОЭР мы включили положение о тьюторском сопровождении, где прописаны основные функции и роль тьютора. Тьюторами стали педагоги из нашего коллектива, которые находятся в стадии активного саморазвития (согласно методике «Барьеры проф деятельности») и имеющие опыт работы более 7 лет, председатели МО или опытные учителя, имеющие высшую профессиональную категорию.

Именно с тьютором учитель проходит собеседование, на котором формулируются цели и задачи его ИОМ. Затем тьютор составляет план поддержки и сопровождения педагога, после чего начинается реализация педагогом ИОМ. Опыт нашей работы по проектированию ИОМ педагога был представлен на районном круглом столе «Барьеры профессионального роста педагога» в феврале 2022 г. и в марте на Петербургском международном

образовательном форуме, где мы представили доклад по теме «Персонификация профессионального развития педагога».

Наши педагоги уже сейчас приступают к реализации плана ИОМ и через полтора года мы планируем провести мониторинг результатов.

Литература:

1. Котова С.А. Молодой учитель в школе: проблемы и их решение. - СПб.: изд-во РГПУ им. А.И. Герцена. 2019. - 128 с.
2. Котова С.А., Цветков В.В. Технология проектирования индивидуального образовательного маршрута // Школьные технологии. - № 1, 2017. С.69-77.
3. Корочкова Л.Н. Проблема профессиональной компетентности педагога в контексте современного образования // Вестник Башкирского университета, Т.11, № 4, 2006. – С.197-199.
4. Менеджмент в управлении школой» // Ред. Т.М.Шамова.- М.: Магистр, 1992. – 232 с.
5. Печеркина А.А., Сыманюк Э.Э., Умникова Е.Л. Развитие профессиональной компетентности педагога: теория и практика: - Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2011, -- 233 с.
6. Соломенникова О., Гладкова Ю. Профессиональная компетентность современного педагога // Дошкольное воспитание, № 11, 2018. – С. 86-93.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ АКТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Латухина Н. И., Ивлева С. А.

Отделение дошкольного образования ГБОУ школа № 100

Калининского района, Санкт-Петербург

100ds.natali@mail.ru

svetlana.1973@mail.ru

В последние годы стала прослеживаться явная тенденция к увеличению количества физически ослабленных и часто болеющих детей, детей с избыточной массой тела. Нередко группы общеразвивающей направленности

дошкольных образовательных учреждений посещают дети с ограниченными возможностями здоровья.

Федеральный государственный стандарт дошкольного образования подчеркивает, что одним из приоритетных направлений в образовании является сохранение и укрепление здоровья детей. Профессиональный стандарт педагога определяет, что педагог дошкольного образования участвует в создании психологически комфортной и безопасной образовательной среды, обеспечивает безопасность жизни детей, сохранение и укрепление их здоровья, поддерживая эмоциональное благополучие ребенка в период пребывания в образовательной организации. Таким образом, актуальность проблемы обусловлена объективной необходимостью разработки системы здоровьесберегающих технологий и мероприятий по коррекции и укреплению здоровья воспитанников учреждений дошкольного образования. Актуальность темы также определяется социальным заказом общества к личности выпускника дошкольного образовательного учреждения, который физически и психологически развит, устойчив, осознанно и бережно относится к своему здоровью. У выпускника должна быть сформирована ценность здоровья, сохранение и укрепление которого зависит от позиции самого ребенка (его знаний, умений, действий) по отношению к своему здоровью и здоровому образу жизни, от овладения простыми методами и приемами его поддержания, т.е. от освоения культуры здоровья как важной части общечеловеческой культуры.

Успех обучения зависит от состояния здоровья детей. По данным исследований С.П. Ефимовой, среди слабоуспевающих детей первых классов начальной школы примерно 80% имели функциональные нарушения психоневрологического характера. Как показал анамнестический опрос родителей, в большинстве случаев у детей с невротическими расстройствами отмечались нарушения в ante-, пере- и постнатальном развитии [1].

Дошкольный возраст – период интенсивного формирования всех органов и систем организма. Именно в дошкольном возрасте формируются те двигательные качества, навыки и умения ребенка, которые служат основой его нормального физического и психического развития. Перспективы нервно-психического развития и успешность обучения детей с отклонениями, их социальная адаптация зависят от своевременного выявления нарушений в сенсомоторной сфере. Любые недостатки в развитии, например, двигательной сферы, создают трудности в обучении, особенно отчетливо проявляясь в различных целенаправленных действиях при рисовании, в ручном труде, что отражается на общем развитии ребенка, и как следствие, создает трудности в освоении образовательной программы детского сада.

При взаимодействии с ребенком, характеризующимся неуравновешенной нервной системой, у воспитателя дошкольного образовательного учреждения (ДОУ) возникают большие сложности, так как дети с подобными нарушениями отличаются либо повышенной нервной возбудимостью, либо заторможенностью, что сказывается на выполнении разных видов деятельности и заданий. Поэтому детям, у которых имеются нарушения со стороны психоневрологической сферы, необходима специальная коррекция и медико-психологическая реабилитация.

Дифференциальная диагностика детей с трудностями в обучении до сих пор является одной из сложнейших проблем. Знание нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе неуспеваемости детей, имеет не только самостоятельное научное значение, но и актуально в практическом плане, так как способствует проведению индивидуальной и адекватной коррекции. Чем раньше будет проведено обследование, начаты лечение, логопедическая и психологическая коррекция, тем меньше у него будет проблем в будущем [2].

Если ребенок не говорит в два года, необходимо обратиться к следующим врачам-специалистам: неврологу, отоларингологу и сурдологу (потому что иногда причина задержки речевого развития – это нарушения слуха), психиатру, зачастую дополнительно требуется консультация гастроэнтеролога, аллерголога, мануального терапевта, остеопата [3].

Целью коррекционной-педагогической работы является создание условий для всестороннего развития ребенка для обогащения его социального опыта и гармоничного включения в коллектив сверстников. Перед педагогами остро стоит задача в поиске и расширении используемых инновационных технологий и их внедрения в работу для создания наибольшего здоровьесберегающего и здоровьесозидающего пространства в дошкольном учреждении.

Здоровьесберегающие и здоровьесозидающие образовательные технологии помогают обучать детей и одновременно с этим укреплять их здоровье, а также помогают решать задачи коррекционной работы:

- развития и коррекции физических, интеллектуальных, нравственных, эстетических и личностных качеств;
- формирования предпосылок учебной деятельности;
- сохранения и укрепления физического и психического здоровья детей, в том числе их эмоционального благополучия;

- коррекции недостатков в физическом и психическом развитии детей;
- создания современной развивающей предметно-пространственной среды, комфортной как для детей с нарушениями, так и для детей, развивающихся в пределах возрастной нормы;
- формирования у детей культуры здоровья как компонента общей культуры.

Здоровьесберегающие и здоровьесозидающие педагогические технологии применяются в различных видах детской деятельности и в разных режимных моментах через взаимодействие педагогов образовательного учреждения. Педагоги и специалисты нашего отделения дошкольного образования (ОДО) уже не первый год используют различные технологии, самой интересной из которых стали кинезиологические упражнения.

Кинезиология – это наука о развитии головного мозга человека посредством движений. Ее методики можно назвать универсальными для развития умственных способностей с помощью специальных двигательных упражнений, направленных на синхронизацию работы обоих полушарий мозга. Здесь задействованы не только механические, но и психофизиологические законы развития человека

Кинезиологические упражнения – это комплекс движений, позволяющих активизировать межполушарное взаимодействие. Они влияют не только на развитие умственных способностей и физического здоровья, позволяют активизировать различные отделы коры больших полушарий, что способствует развитию способностей человека и коррекции проблем в различных областях психики. Под влиянием кинезиологических упражнений в организме происходят положительные структурные изменения. Данные упражнения позволяют выявить скрытые способности ребёнка и расширить границы возможностей его мозга, а именно развитие межполушарной специализации, межполушарного взаимодействия, межполушарных связей; синхронизация работы полушарий; развитие мелкой и крупной моторики; развитие способностей ;развитие памяти, внимания, мышления; устранение дислексии и дисграфии; развитие речи.

Инструктор по физической культуре ОДО разработала комплексы занятий с включением кинезиологических упражнений. Кинезиологические упражнения, включённые в систему занятий по физической культуре в дошкольном учреждении, дополняют развитие основных физических качеств оздоровительным компонентом.

Так, например, во время физкультурных занятий детям предлагаются упражнения, направленные на координацию между конечностями, глазами,

головой. Это могут быть асимметричные движения (одна рука гладит – другая бьет), движения, выполняемые с закрытыми глазами (дотронуться до носа, уха, постоять на одной ноге), движения, выполняемые сначала поочередно рукой или ногой, и затем – вместе обеими.

Комплексы упражнений включают в себя растяжки, дыхательные упражнения, глазодвигательные упражнения, телесные упражнения, упражнения для развития мелкой моторики, упражнения на релаксацию. Растяжки нормализуют гипертонус (неконтролируемое чрезмерное мышечное напряжение) и гипотонус (неконтролируемая мышечная вялость). Дыхательные упражнения улучшают ритмику организма, развивают самоконтроль и произвольность. Глазодвигательные упражнения позволяют расширить поле зрения, улучшить восприятие. Однонаправленные и разнонаправленные движения глаз и языка развивают межполушарное взаимодействие.

В своей работе с детьми инструктор по физической культуре включает в занятие 4-5 кинезиологических упражнения в разные его части.

В начале занятия, когда нужно активизировать мозг на работу, сконцентрировать внимание детей, выполняются упражнения на развитие мелкой моторики, например, «Колечко», «Кулак-ребро-ладонь», «Ухо-нос». Во время выполнения комплекса общеразвивающих упражнений как завершающие можно использовать глазодвигательные упражнения «Глаз-путешественник», «Слон». Такие упражнения способствуют снятию статического напряжения, улучшают кровоснабжение, улучшают циркуляцию внутриглазной жидкости, совершенствуют координацию в горизонтальной плоскости, повышают устойчивость вестибулярных реакций, способствуют улучшению координации движения глаз и головы, улучшают упругость век.

В основной части занятия используется разнообразный спортивный инвентарь: скакалки, гимнастические палки, малые мячи, кольца, палочки, флажки, мешочки и др. Хорошие результаты по развитию тонкой моторики рук показывают упражнения с малыми мячами и утяжеленными мешочками. Можно использовать мячи, разные по размеру, материалу, фактуре. Через мышечное чувство, зрительную и тактильную чувствительность в процессе действий ребенок научится сравнивать мячи, осуществлять свой конкретно-чувствительный опыт.

В зависимости от индивидуальных возможностей ребенка и этапа работы над освоением движений можно варьировать характер манипуляций с утяжеленным мешочком или другими предметами (перекладывание, подбрасывание, ловля), темп работы и степень ее сложности, количество одновременно задействованных в работе предметов.

Приведем несколько примеров упражнений в перекладывании предмета.

1. Основная стойка, мешочек в правой руке. На счет 1-2 руки в стороны – вдох; счет 3-4 – руки вниз перед собой (или за спину), мешочек переложить в левую руку – выдох. То же проделать с мешочком в левой руке.

Ниже приведены примеры упражнений в бросках и ловле предметов в парах.

1. Броски и ловля мешочка двумя руками, дети стоят на расстоянии 2-4 м друг от друга.

2. Одновременный бросок мешочков друг другу двумя руками с последующей их ловлей. То же одной правой рукой, одной левой.

3. Групповые упражнения в передаче, подбрасывании, перебрасывании и ловле.

4. Перебрасывание мешочка друг другу одной рукой. То же другой.

5. Одновременный бросок мешочков друг другу двумя руками с последующей их ловлей. То же одной правой рукой, одной левой.

Целесообразно использовать также групповые упражнения в передаче, подбрасывании, перебрасывании и ловле предмета.

1. Дети стоят по кругу, у каждого в руках по мешочку. Передача мешочков вправо (влево) по сигналу.

2. Дети сидят по-турецки или стоят по кругу. Передача мешочков друг другу под музыкальное сопровождение. Музыка замолкает – передача прекращается, с возобновлением музыкального сопровождения игра продолжается.

Кинезиологические упражнения незаменимы для развития координации движений. Координация движения зависит от развития вестибулярного аппарата (равновесия) и от «чувства пространства», «чувства времени», «мышечного чувства», за счет которого осуществляется статистическое и динамическое равновесие.

На своей практике в дошкольном учреждении мы убедились, что детям для развития координации и формирования межполушарных связей нужны упражнения для рук и ног с нарастанием сложности. С детьми нужно разучивать такие упражнения по частям, где изолированно тренируются руки, ноги, или туловище, а затем постепенно вводить объединяющие упражнения, с движением частей тела. Например, вот одно упражнение из разработанных комплексов.

1. Исходное положение (и.п.) ноги вместе, руки опущены вниз.
2. На счет 1-2 поднимаем руки вверх и поднимаемся на носки.
3. На счет 3-4 наклон туловища, отводим руки в стороны, выставляя вперед ногу (можно руки не в стороны, а одна вверх, другая вниз или вперед и назад, также ногу выставить назад или в сторону).
4. На счет 5-6 принимаем и.п.

В начале обучения детям сложно выполнить эти задачи, поэтому кинезиологические упражнения на развитие координационных способностей, равновесия инструктор по физической культуре ОДО включает на каждом своем занятии уже на протяжении года. Такие элементы быстро развивают у детей пространственные ориентировки, так как здесь одновременно участвуют зрительные и кожно-мышечные ощущения, в то время как упражнения сопровождаются пояснениями, указаниями, командами инструктора. Комплексная работа нескольких анализаторов первой сигнальной системы в сочетании со второй дает наилучшие результаты.

В заключительной части занятия незаменимы упражнения на релаксацию и растяжки. Детям очень нравится растяжка «Снеговик», «Сорви яблоки». Отлично расслабляет и улучшает настроение упражнение «Дирижёр».

Родители также могут использовать игровые упражнения для развития межполушарного взаимодействия, ниже приведены несколько примеров.

1. «Заборчик». Предлагаем ребенку одновременно крепить прищепки к краю коробки или контейнера, проговаривая при этом текст: «Раз дощечка, два дощечка, вот заборчик у крылечка. Раз, два, три, четыре, починить забор решили». Руки движутся навстречу друг к другу, одна рука прикрепляет прищепки слева направо, другая рука – наоборот. Усложняя упражнение, можно предложить ребенку одной рукой крепить прищепки, а другой рукой снимать их.

2. «Бусы». Предлагаем ребенку перебирать бусы двумя руками, которые сначала двигаются навстречу друг к другу, а потом «расходятся» в разные стороны. При этом ребенок произносит текст: «Раз, два, три, четыре, пять, будем бусины считать. Раз, два, три, четыре, бусы перебрать решили».

3. «Колючий мячик». Предлагаем ребенку покрутить массажный мячик (резиновый с колючками или су-джок) пальцами обеих рук, которые совершают движение в разные стороны. Пальцы одной руки двигаются по мячику от себя, пальцы другой – к себе. При этом ребенок произносит текст: «Я возьму колючий мяч, буду я его катать. Раз, два, три, четыре, мячик покатать решили».

4. «Чурочки». Предлагаем ребенку покрутить две чурочки пальцами обеих рук. Пальцы одной руки двигаются по чурочке от себя, пальцы другой – к себе, можно чередовать пальцы. Если использовать шипованные чурочки или шестигранные карандаши, то еще происходит массаж пальцев. При этом ребенок произносит текст: «Раз, два, три, четыре, пять, будем чурочки катать. Раз, два, три, четыре, покатай мы их решили» [4].

5. «Кулак-ладонь». Обе руки лежат на столе или на коленях ладонями вниз, одна сжата в кулак. Одновременно кулак разжать, а другую ладонь сжать в кулак, поменять руки. Движения по мере усвоения можно ускорять, но следить за тем, чтобы сжатия-разжатия производились попеременно, не соскальзывая на одновременные. При этом ребенок произносит текст: «Вот ладошка, вот кулак, всё быстрее делай так».

Таким образом, кинезиологические упражнения для дошкольников не менее полезны, чем для взрослых, особенно для детей, имеющих различные проблемы здоровья и развития (отставание в общем или речевом развитии, гиперактивность и т.п.). При систематическом выполнении кинезиологических упражнений на занятиях по физической культуре дети становятся более активными, сообразительными, энергичными, учатся контролировать свои психические процессы (негативное поведение, раздражительность, низкую произвольность, возбудимость), улучшают речевые и двигательные навыки, лучше концентрируются, а также улучшают вестибулярный аппарат.

Следует подчеркнуть, что сохранению и укреплению здоровья способствует система здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий, направленных не только на всестороннее оздоровление ребенка, но и на воспитание здорового образа жизни, который закладывается с дошкольного возраста, поскольку знания и личностные качества, заложенные с детства, часто оказываются наиболее постоянными и активно влияют на все последующие этапы развития личности.

Решение конкретных задач коррекционно-развивающей работы возможно лишь при условии комплексного подхода к воспитанию и образованию, тесной взаимосвязи в работе всех специалистов дошкольной организации, а также при участии родителей.

В организационное поле взаимодействия следует включать педагогическую, социально-педагогическую, психолого-педагогическую и медико-педагогическую составляющие и объединять усилия воспитателей, музыкальных руководителей, инструкторов по физическому воспитанию, логопедов, педагогов-психологов, медицинских работников, родителей в решении проблем ребенка. Целостность составляющих определяется их взаимозависимостью и подчинением общей цели. Только когда совместная работа

подчинена общей цели, когда ей посвящены все мысли, можно полностью раскрыть заложенный потенциал и высвободить скрытые ресурсы ребенка.

Литература:

1. Богина Т.И. Современные методы оздоровления дошкольников: метод. рекомендации для работников дошк. образоват. Учреждений.– М., 2011
2. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. Учебное пособие. 11-е издание. – М., 2018
3. Колганова В.С., Пивоварова Е.В.. Нейропсихологические занятия с детьми. Практическое пособие в 2-х частях. – М., 2019
4. Иванов В.А.. Развитие физических качеств детей дошкольного и младшего школьного возраста. Методическое пособие. – СПб., 2014

НАСТАВНИЧЕСТВО В ШКОЛЕ КАК ПРАКТИКА ЗДОРОВЬЕСОЗИДАНИЯ

Лубенникова С. А., Кузьмина С. А., Шмакова С. В.
ГБОУ школа № 482 Выборгского района, Санкт-Петербург
vip.lubennikova@mail.ru

Здоровье человека издавна считается безусловной ценностью. Сохранение здоровья школьников, формирование здорового образа жизни как личностного результата – одна из ключевых задач школьного образования. Однако сегодня все чаще речь идет не только о здоровьесберегающей, но и о здоровьесозидающей деятельности в системе образования [2].

В рамках здоровьесозидающего подхода здоровье понимается как многомерная система, включающая взаимосвязанные компоненты и признающая определяющую роль культуры здоровья как ценностно-мотивационной составляющей целенаправленного оздоровления образа жизни [6].

С этой точки зрения целесообразно особое внимание уделить формированию социального здоровья школьников, которое связано с позитивной адаптацией детей и подростков к окружающей среде, в том числе и социальной.

Социальное здоровье подразумевает способ существования и развития общества и человека, всесторонний процесс преобразования им

окружающей природы и социальной реальности (включая его самого) в соответствии с его потребностями, целями и задачами. С этой точки зрения социальное здоровье может рассматриваться как готовность субъекта к социальной деятельности [5, 6].

Период школьного обучения – особый этап в формировании ценностных ориентаций, а также поведения человека, индивидуального стиля жизни. В современной системе школьного образования происходят активные трансформационные процессы, обусловленные изменениями в социальной, экономической, информационной и других сферах общественного развития. Актуальной является задача формирования духовно-нравственных качеств подрастающего поколения, которые лежат в основе формирования «новых грамотностей» и необходимых компетенций выпускника школы, которые позволят ему продолжать обучение, работать, быть успешным в различных сферах деятельности.

В настоящее время на новой основе возрождается и развивается наставничество. Это движение имеет свои корни, традиции, основы, которые весьма позитивно воспринимаются сегодня не только педагогами, но и учащимися.

Наставничество – это универсальная технология передачи опыта, знаний, формирования навыков, компетенций, метакомпетенций и ценностей через неформальное взаимообогащающее общение, основанное на доверии и партнерстве [4]. Наставничество – это стратегия непрерывного развития. В условиях динамичных изменений современного мира, как мира труда, возникает необходимость мобилизации всех ресурсов, внутренних и внешних, для успешного решения проблем устойчивого развития общества и природы.

Наставническая деятельность тесным образом связана с здоровьесозиданием, поскольку «важными компонентами здоровьесозидательной деятельности являются саморефлексия состояния тела, духа и интеллекта; самоцелеполагание (обнаружение нового «Я» самого себя); самопрограммирование (разработка последовательности своих действий по осуществлению себя и поиск ресурсов в себе); самореализация (осуществление процесса выхода на новый образ «Я»)[1, с.133].

Одной из эффективных наставнических практик является эко-наставничество – процесс передачи экологических знаний, социального опыта, психологической поддержки через неформальные события, общение, экологические проекты, акции. Поиск решения экологических проблем позволяет развивать у всех обучающихся способности к их решению, а также критическое и оригинальное мышление.

Наиболее активно в школьные годы формируется экологическая грамотность, которая включает в себя не только осведомленность об окружающей среде и связанных с ней проблемах, но и экологические установки, которые обеспечивают включенность личности в преобразование окружающей среды, ответственное и активное экологическое поведение [3].

Любая современная экологическая проблема является одновременно социальной и экономической, а ее решение связано с включением в деятельность, основанную не только на знаниях, но и на способности сотрудничеству, поиску рациональных, а иногда креативных, путей ее решения, использованию предпринимательского подхода, ориентации на идеи устойчивого развития общества и природы.

Экологические ценности и знания, безусловно, являются не только составляющими экологической культуры и культуры здоровья, но и мотиватором здоровьесберегающей и здоровьесозидающей деятельности.

В 2020-2021 уч. году ГБОУ школа № 482 стала участником пилотного проекта по внедрению целевой модели наставничества в Санкт-Петербурге, поэтому было принято решение перевести ситуационные формы волонтерской деятельности, шефской помощи старшеклассников в формат программы наставничества. Был разработан проект «Школа – территория softskills: эко-наставничество в действии», который стал основой системы наставничества в школе.

Цель проекта – создание школьной модели Эко-наставничества, способствующей развитию экологического сознания и мышления, включению в деятельность всех участников образовательного процесса средствами экологического образования и просвещения.

Задачи проекта:

- систематизировать и расширить эколого-образовательную и просветительскую деятельность школы;
- обеспечить непрерывное обучение всех участников образовательного процесса, включение в деятельность на основе экологически грамотного поведения;
- создавать комфортные условия и экологичные коммуникации внутри образовательной организации;
- сплотить коллектив школы путем участия в совместных природоохранных мероприятиях;

- воспитывать «дух волонтерства» как основу развития гражданского общества;
- формировать устойчивое школьное сообщество.

Проект позволяет достичь важнейших результатов для учащихся, среди которых: преодоление личностных кризисов; расширение представлений о реальном мире, своих возможностях и способах действия; развитие навыков и качеств личности, необходимых для жизни; развитие лидерских качеств наставников; формирование экологических ценностей и норм поведения; активное вовлечение учащихся в жизнь школы.

Не менее актуальны также результаты проекта для всей школы, это: развитие открытой эколого-образовательной среды школы, обеспечивающей формирование экологической грамотности учащихся; активное вовлечение учащихся в жизнь школы; формирование культуры наставничества, его ценностей и традиций; улучшение психологического климата в школе; развитие устойчивых связей с социальными партнерами.

Проектная деятельность основывается на использовании имеющихся ресурсов, таких как открытая эколого-образовательная среда школы, эко-актив школьников – участников эколого-образовательных проектов предыдущих лет, разработанная система эколого-образовательных проектов, включение школы в новую международную программу «Эко-школы / Зеленый флаг», наличие опытных педагогов-кураторов.

Существенную роль играет развитие информационных ресурсов – школьных СМИ, газеты ЭКО-стиль и др., а также взаимодействие с социальными партнерами, такими как Детский экологический центр ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга», Ленинградский зоопарк, Океанариум, Социальный дом на Сиреневом бульваре, Центр реабилитации морских млекопитающих, ДООУ № 8, 9 микрорайона Парнас и др.

В рамках проекта была разработана школьная модель эко-наставничества «ученик – ученик», основная идея которой заключается в том, что современные школьники, испытывающие интерес к новому, стремление к активной деятельности, освоению новых форм и способов деятельности, готовы стать участниками «практики отдавания», делиться своим уже накопленным опытом со сверстниками и более младшими детьми.

Цель наставничества «ученик – ученик», или «дети учат детей» – оказать поддержку каждому: неуспевающему, менее опытному, не уверенному в себе, не обязательному, испытывающему трудности в общении и пр. Среди принципов наставничества следует отметить такие важнейшие из них как

понимание, принятие, сострадание, помощь, веру друг в друга, опору друг на друга.

Наставниками в проекте могли стать учащиеся 5-11 классов, хорошо и отлично успевающие социально-активные школьники, получающие от своей работы как статусность и моральное удовлетворение, так и опыт созидательной деятельности, а также лидерские навыки и навыки работы в команде. В результате наставничество сплачивает коллектив школы вокруг общей цели.

Чтобы стать наставником, учащимся, помимо знаний об определенном виде деятельности и умения ее осуществлять, необходимо наличие интереса и лично-значимых качеств, обеспечивающих интеллектуально-поведенческую поддержку другого школьника, в том числе школьника-аутсайдера, заинтересованность в сплочении коллектива учащихся, взаимодействии слабых и сильных школьников.

Подготовка юных наставников осуществляется наставниками-педагогами по следующим направлениям:

- обоснование значения наставнической деятельности для формирования сплоченного школьного коллектива в общем и классного коллектива, в частности, в нормализации взаимодействия слабых и сильных школьников;
- раскрытие возможностей наставнической деятельности для самореализации успешных школьников;
- вовлечение активных школьников в интерактивные, социально полезные виды деятельности, способствующие освоению эффективных методов, приемов и техник функций наставника.

Возрастная модель «дети учат детей» включает волонтеров-наставников «ведущих за собой», вовлекающих в социально-экологическую деятельность своих ровесников, а также старших школьников, берущих шефство над младшими.

Ролевые модели «ученик – ученик» – это «успевающий – неуспевающий» (поддержка для достижения лучших образовательных результатов); «лидер – пассивный» (психоэмоциональная поддержка с адаптацией в коллективе или развитием коммуникационных, творческих, лидерских навыков); «равный – равному» (обмен навыками; взаимная поддержка, совместная работа над проектом).

Итогом работы каждого тандема/группы стали созданные экологические проекты и практики, которые получили общественное признание.

В феврале в школе проходит ежегодная научно-практическая конференция «Знание-сила», посвященная дню Российской науки, где наставнические группы представляют свои проекты. В апреле 2021 г. школой была организована и проведена II Межрегиональная конференция «Вернадские чтения. Экология и здоровье человека», в которой приняли участие 90 обучающихся нашей школы, из них двое стали победителями, трое – лауреатами, один – призером.

Ученики-наставники работают по принципу: «Человека нельзя научить, можно дать возможность научиться». Основной акцент в работе наставников делается на эмоциональный комфорт и позитивную атмосферу активности в проектной деятельности.

Результаты мониторинга программы наставничества показали, что все пары успешно завершили работу и перешли на следующий этап – закрепление за каждой парой группы или класса. Подтвердились позитивные ожидания о наставничестве у 100% участников.

Среди ответов, данных наставляемыми на вопрос «Что для тебя особенно ценно в программе наставничества?», хотелось бы отметить следующие: «Результат и общение с новыми людьми»; «Что у меня есть старший друг, к которому я могу обратиться в случае проблемной ситуации»; «Возможность участвовать в школьных проектах и конкурсах, общение с творческими людьми, новые знакомства»; «Понимание и поддержка со стороны наставника».

Все учащиеся-наставники отметили, что они многому научились сами и хотели бы продолжить эту практику.

Все пары наставник-наставляемый продолжили работу над экологическими проектами в командах с другими учениками школы, участвовали в субботниках на пришкольной территории, сажали цветы, убрали мусор на территории Парнаса, провели мастер-классы для всех желающих, включая воспитанников детских садов, участвовали в оформлении отчетной выставки детских работ «Деревья глазами детей» и «Мой зеленый микрорайон», участвовали во многих других мероприятиях, что, безусловно, способствовало развитию не только функциональной, но и экологической грамотности.

Многие команды показали хорошие результаты в экологических мероприятиях, а совместная команда 10-в и 5-в классов стала призером городского конкурса «Соседи по планете».

В целом в экологических проектах, акциях, мероприятиях приняли участие 1987 учащихся школы. В конце каждого проекта или акции проводился опрос участников.

Результаты опроса следующие: «Природе надо помогать» – считают 90% учащихся; «Экологическая работа – это важно» – 85%; «Наши усилия влияют на качество среды» – 91%.

Таким образом, проект эко-наставничества успешно прошел апробацию и имеет существенный здоровьесозидающий потенциал: имеет надежную основу для преодоления проблем обучающихся при включении их в реальную социально-экологическую деятельность в рамках разработанной и реализуемой системы эколого-образовательных и просветительских проектов в открытой образовательной среде школы.

Литература:

1. Гун Г.Е., Зотов И.В., Шаварински Б.М. Здоровьесозидание – базовая составляющая деятельности образовательной организации // Человек и образование. – 2020. – № 1(62). – С. 132-137
2. Гущина Э.В. Ценностные ориентации старшеклассников в области здоровья и окружающей среды как основа здоровьесозидающей деятельности // Сборник материалов XII Всероссийской научно-практической конференции «На пути к здоровой и безопасной школе: приоритеты качества образования. Взгляд педагога и педиатра» в рамках XII Всероссийского форума «Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения». СПб., 2020. С. 42-46.
3. Иванов И.Ю. Когда ответственность – значит грамотность: о модели развития экологической грамотности школьников // Исследователь/Researcher. 2021. № 1–2. С.18-31
4. Настольная книга «Наставничество: эффективная форма обучения»: информационно-метод. материалы / авт.-сост. Нугуманова Л. Н., Яковенко Т. В. 2-е издание, доп., перераб. – Казань, 2020
5. Покровский Б.Н. Социальное здоровье как педагогическая категория // Личность и Культура. 2010. № 1. С. 52 – 54
6. Челнокова Е.А., Разорёнов В.А., Терехина А.Е. Здоровьесозидающая деятельность в образовательном процессе // Проблемы современного педагогического образования. 2019. С. 378-381

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург

nisheva@rambler.ru

У значительного числа детей дошкольного возраста острые респираторные вирусные инфекции сопровождаются бронхообструктивным синдромом. У части детей бронхообструктивный синдром является первым проявлением аллергического поражения дыхательных путей, но у большинства детей бронхообструкция носит транзиторный характер и проходит в более старшем возрасте. Для лечения бронхообструкции аллергической природы используются, главным образом, адrenomиметики и глюкокортикоиды. Глюкокортикоиды обладают способностью подавлять любые воспалительные реакции. В ингаляционной форме при непродолжительном использовании в низких дозах многие глюкокортикоиды обладают минимумом побочных действий и могут использоваться у детей с раннего возраста. Однако, в литературе имеются противоречивые данные об эффективности и целесообразности использования ингаляционных глюкокортикоидов при лечении вирусных инфекций с бронхообструктивным синдромом. Цель нашей работы состояла в изучении кратковременного и долговременного эффекта коротких повторных курсов ингаляционных стероидов при лечении бронхообструкции на фоне вирусной инфекции у детей дошкольного возраста. В исследование включено 96 детей в возрасте от 2 до 6 лет, у которых повторно на фоне острых вирусных инфекций отмечался бронхообструктивный синдром. У 63 детей в комплекс лечения были включены ингаляции будесонида (пульмикорта), у 33 детей применялись только пероральные симптоматические средства (противовирусные, жаропонижающие, отхаркивающие). Для исследования отбирались дети без признаков аллергических заболеваний дыхательных путей, ЛОР-органов и кожи, с неотягощенной аллергонаследственностью, с нормальным уровнем эозинофилов периферической крови, нормальным уровнем общего IgE и отрицательными результатами

исследования на аллерген-специфические IgE к основным ингаляционным и пищевым аллергенам. Ингаляции будесонида начинали с первых часов появления симптомов вирусной инфекции и симптомов бронхообструкции и проводили в возрастных дозах 2 раза в день в течение 6-7 дней. Значимое влияние будесонида выявлено на 5-7 день ингаляций. К этому периоду симптомы бронхообструкции исчезали более, чем у половины детей - у 35 из 63 пациентов (55,6%), которым проводились ингаляции будесонида и только у 33% детей, которым ингаляции не делали ($p < 0,5$). Повторные короткие (6-7 дней) курсы ингаляций будесонида при повторных острых вирусных инфекциях не обладали профилактическим эффектом и не приводили к уменьшению частоты повторных бронхообструктивных состояний. Таким образом, мы считаем целесообразным включение ингаляционных глюкокортикоидов в комплекс лечения бронхообструктивного синдрома на фоне острых респираторных вирусных инфекций. Использование короткого курса ингаляций будесонида приводит к более быстрому купированию симптомов бронхообструкции, хотя и не предупреждает возникновение повторных бронхообструкций на фоне респираторных вирусных инфекций у детей.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ МАСКИ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург.

nisheva@rambler.ru

Эпоха Ковид-19 актуализировала разработку мер по эффективной профилактике и лечению инфекции. Опубликованы результаты многочисленных исследований о положительных и отрицательных результатах использования медицинских масок. В большинстве работ оценивается только способность маски механически задерживать вирус. Анализ литературы и наши данные свидетельствуют о еще по крайней мере трех положительных эффектах медицинской маски. Во-первых, вдыхание более увлажненного воздуха вследствие смешивания атмосферного и выдыхаемого воздуха благотворно действует на дыхательные пути, облегчает функцию ворсинок и мукоцилиарный клиренс. Во-вторых, вдыхание теплого воздуха из пространства,

ограниченного маской, и согреваемого выдыхаемым воздухом, значительно повышает фагоцитоз, который практически не происходит при низких температурах. В третьих, вдыхание повышенных концентраций углекислого газа из-за смешивания вдыхаемого и выдыхаемого воздуха оказывает мощный противовирусный и бактерицидный эффект, снижает избыточную активность цитокинов, способствует расширению сосудов улучшению кровоснабжения и репаративных процессов. Цель нашей работы состояла в изучении заболеваемости Ковид-19 и острых вирусных заболеваний у медицинских работников до и после введения масочного режима до появления прививок от Ковид-19 на фоне эпидемии Ковид-19 в 2020 г. Нами обследовано 159 медицинских работников весной 2020 года до и после введения масочного режима в допрививочный период. До введения масочного режима новая короновирусная инфекция зарегистрирована у 29 человек, после введения – у 13 человек, т.е. использование масок снизило заболеваемость Ковид-19 почти вдвое. Общепринятое мнение о том, что маска не защищает человека от вирусной инфекции, а оказывает защиту окружающих, на наш взгляд неверна. Ношение маски способствует согреванию и увлажнению вдыхаемого воздуха, повышает концентрацию углекислого газа во вдыхаемом воздухе, что оказывает благотворный эффект на клетки иммунной системы и противовирусную защиту. При анализе частоты и течения других респираторных вирусных инфекций в наблюдаемой группе (36 чел.) отмечено, что ношение маски в течение нескольких часов при начальных симптомах острой вирусной инфекции приводило к прекращению симптомов у трети пациентов. Нам представляются перспективными исследования о комплексном лечении острых инфекционных заболеваний дыхательных путей с использованием многочасовых ингаляций увлажненного теплого воздуха с повышенной концентрацией углекислого газа.

ПОВЫШЕННАЯ ЧАСТОТА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛТУХОЙ НОВОРОЖДЕННЫХ В АНАМНЕЗЕ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург
nisheva@rambler.ru

Желтуха новорожденных встречается относительно часто и обусловлена повышенной продукцией билирубина вследствие массивного распада эритроцитов в клетках ретикуло-эндотелиальной системы с избыточным образованием билирубина и нарушением экскреции билирубина из-за сниженной активности глюкуронилтрансферазы печени. В литературе имеются данные о том, что билирубин обладает иммуномодулирующими свойствами, а именно – подавляет активность Т-хелперов 1 типа (ТН1) и продукцию интерлейкина-2, что, в свою очередь, приводит к сдвигу баланса между Т-хелперами 1 и второго типа в сторону ТН2, таким образом увеличивая риск возникновения аллергических заболеваний. Цель исследования состояла в изучении частоты таких наиболее распространенных аллергических заболеваний, как бронхиальная астма, atopический дерматит, аллергический ринит и крапивница, у детей с указанием в анамнезе на желтуху новорожденных (группа 1 – 64 чел.) и детей, у которых желтухи новорожденных не было (группа 2- 158 чел.). Обе группы существенно не различались по возрасту и полу. Частота всех вышеперечисленных заболеваний была достоверно выше в первой группе. Так, бронхиальная астма диагностирована у 12 детей первой группы (19%), что более чем в 2 раза превышало частоту этого заболевания во второй группе (11 из 158 чел. – 7%, $p < 0,05$). Частота atopического дерматита в первой группе составляла 34%, во второй – 6% ($p < 0,05$). Аллергический ринит выявлен у 39% детей первой группы и только у 8 % детей второй группы ($p < 0,05$). Эпизоды острой крапивницы зарегистрированы у 47% пациентов первой группы и в десять раз реже у пациентов второй группы (у 4,4%, $p < 0,05$). Таким образом, желтуха новорожденных ассоциируется с повышенным риском большинства аллергических заболеваний у детей. Частота отдельных аллергических заболеваний у таких пациентов повышается в 2-10 раз. Мы предполагаем, что выявленные нами данные подкрепляют необходимость более тщательного диспансерного наблюдения за

детьми, перенесшими неонатальную желтуху, для своевременного выявления аллергических заболеваний и их адекватной терапии. Следует подчеркнуть, что около 40 % аллергических заболеваний как в первой, так и во второй группе были выявлены благодаря нашему исследованию. Большинство детей с легким течением атопического дерматита, аллергического ринита, астмы и крапивницы к врачам либо не обращались, либо, даже если обращались, диагноз аллергического заболевания не был выставлен, и дети в динамике не наблюдались. Мы считаем, что полученные нами данные также подтверждают высказанную нами ранее и неоднократно опубликованную гипотезу центральной роли макрофагов в возникновении аллергических заболеваний. Печень является мощным макрофагальным органом и, вероятно, нарушения функции печени в неонатальный период приводит к нарушению элиминации аллергенов путем фагоцитоза и к развитию аллергии.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ТВОРЧЕСКОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ДЕТСКОМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЛАГЕРЕ

Нужнова Н. М.

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
г. Санкт-Петербург, Россия
nugnova@mail.ru

В современных условиях возрастает роль учреждений дополнительного образования, направленных на организацию досуга и оздоровление детей, интегрирующие в себе одновременно образовательные, воспитательные, развивающие и оздоровительные функции. Детский оздоровительный лагерь в структуре дополнительного образования со своим особым социокультурным пространством является кладом ресурсов для личностного развития, активизации познания, общения, творческой самореализации, самовыражения, раскрытия потенциальных возможностей детей, транслирующий нравственные ценности, социальные установки и опыт. Специфика его воспитательного потенциала заключается в создании особых педагогических условий для раскрытия и развития творческой самореализации детей в социоприродной среде.

Процессы самореализации детей посредством творчества становятся сегодня предметом многих психолого-педагогических исследований, в том числе, связанных с изучением особенностей в условиях летних детских оздоровительных лагерей. Само понимание творчества предстает как

«универсальный способ позитивной самореализации, а процесс творческой самореализации, как мотив и укрепление свободы и освоения новых возможностей, и вершин» [3, с.7].

Времяпрепровождение детей в детском оздоровительном лагере предполагает многовариативность и выбор самых разных видов деятельности. При их планировании учитывается возраст отдыхающих детей, проектируются занимательные и динамичные формы и виды досуговой деятельности, их чередование, позволяющие воспитанникам не переутомляться, сохранять интерес, продуктивно участвовать в творческих мероприятиях, формировать навыки коммуникации, раскрывать и развивать свои потенциальные возможности. Содержательная и разнообразная наполняемость смен оздоровительного отдыха, представляется разнообразными мероприятиями, с учетом их привлекательности для детей, с учетом возраста каждого ребенка для их творческой реализации и проявления себя. Атмосфера взаимопомощи и сотрудничества способствует развитию личностных качеств участников смены, учит детей эффективно взаимодействовать друг с другом, позволяет осмысливать себя и свои действия по отношению к другим участникам, наставляет терпимо относиться к чужому мнению, понимать чужую точку зрения, даже если она противоречит собственной.

Помимо этого, совместная деятельность, основанная на дружбе и исключая соперничество, позволяет участникам смены научиться обнаруживать разницу эмоциональных состояний участников совместного действия, проявлять инициативу в поиске недостающей информации, быть готовыми предложить план общего действия, стремиться решать конфликт не агрессивно, а рационально, проявляя самокритичность и дружелюбие. Очевидно, что от результативности продуктивного, динамичного летнего отдыха детей зависит их настрой на достижения последующих личностных успехов и в учебной деятельности.

Значительная роль в создании условий для раскрытия, развития творческого потенциала, творческой самореализации, креативности детей в условиях летнего оздоровительного лагеря принадлежит педагогическому коллективу, в составе которого, как правило, квалифицированные, опытные, прошедшие специальную подготовку педагоги-воспитатели, педагоги-вожатые, педагоги дополнительного образования, педагоги-организаторы, педагоги-психологи. Организуя работу с детьми, педагогический коллектив выстраивает своеобразную систему взаимодействия с каждым ребенком, которая позволяет эффективно сотрудничать с воспитанником, включать его в успешную социализацию и конструктивное межличностное общение. **Педагог для детей** - это, прежде всего друг и наставник, способный передать

любовь, знания, творчество детям, а они равным образом, ориентируясь на опыт вожатых и воспитателей, обогащают свой собственный.

Вместе с тем, ограниченное временное и, как правило, относительно закрытое территориальное пространство реализации смены в лагере стимулирует воспитанников к повышению уровня своего доверия к взрослым, при котором отношения «ребенок - взрослый» выходят на новый уровень взаимодействия, тем самым повышая их планку творческого саморазвития и личностного совершенствования. Педагогу в работе с детьми, в свою очередь, целесообразно выстраивать особое взаимодействие в формате «педагог – ребенок», демонстрируя профессиональные умения, способности, свойства личности, такие как: ответственность, динамичность, самостоятельность, создание и сплочение детского коллектива, творчество и креативность, социальную активность, умение подготовить социокультурные программы в соответствии с особенностями аудитории, доброжелательность, обаяние, такт, чувство юмора, находчивость и др.

В ходе реализации лагерных смен, воспитателями и вожатыми используются разные формы творческой работы (тренинги управления эмоциями, уверенного поведения; мастер-классы, интеллектуальные шоу, театральные шоу и др.), позволяющие ребенку самореализоваться в разнообразии видов деятельности, стимулировать себя к новым достижениям, креативно изменяя уровень своей самостоятельности. К таким можно отнести работу органов детского самоуправления по различным направлениям деятельности (совет лагеря, совет хозяев, совет физоргов, пресс-центр и др.), организацию соревнований, конкурсов, викторин, фестивалей; организацию игровой деятельности (ролевых, деловых, экономических, организационно-деятельностных и др.), организацию спортивно-оздоровительной, туристско-краеведческой, художественно-творческой, эколого-биологической деятельности и др. Справедливо подтвердить, что «жизнетворчество детей в условиях системы дополнительного образования способно открывать просторы для реализации личных социально-значимых жизненных замыслов и социально-профессионального самоопределения. Оно предоставляет детской личности возможность участвовать добровольно в различных вариативных образовательных программах и проектах» [4, с. 283].

Педагоги создают особую воспитательную среду, способствующую развитию творческого потенциала каждого ребенка, используя игровую деятельность, наделяя их ролями и моделями поведения с учетом легенды тематической смены. Именно тематические смены с первой минуты нахождения детей в лагере погружают их в атмосферу творчества, раскрывая определенную тему, легенду, сюжет, позволяют воспитателю и вожатому обнаружить сильные и слабые стороны ребенка, разглядеть его индивидуальность,

отметить лидерские способности, умение работать в команде и многое другое. Важным условием для творческой самореализации детей является систематическое включение их в коллективно-творческую деятельность, в которой совместная работа взрослых и детей становится по-особенному интересной и увлекательной с достижением творческих результатов.

Значительной составляющей для творческой самореализации детей является стимулирование творческой активности благодаря созданию ситуации соревновательного аспекта в виде рейтинга отрядов, личностного роста. На протяжении всей смены летнего отдыха детей ценна психологически комфортная атмосфера во временном коллективе, проявляющаяся в созданной особой обстановки сопричастности каждого ребенка и взрослого к решению творческих задач; сформированной благоприятной среды, позволяющей выразить себя, легко и непринужденно взаимодействовать с себе подобными в специфичных условиях рефлексивной работы и самоанализа деятельности, к примеру в процессе организации огоньков, вечерних и утренних сборов и т.д.

На сегодняшний день актуализируется проблема организации детского досуга в летнее время, изучаются особенности творческой самореализации детей в этих условиях разных возрастных категорий [1, 2, 4, 5, 8]. Рассматривая структуру творческой самореализации младших школьников одни авторы в своих исследованиях (Г. Г. Тенюковой, К. Н. Коданевой и др.) определяют ее единством мотивационного (наличие интереса и увлеченности творческой деятельностью, стремление к успеху, радость открытий), когнитивного, деятельностного (умение взаимодействия с участниками процесса в создании творческого продукта) компонентов; другие исследователи (Е. И. Огородниковой, П.А. Масловым) обозначают значимость мотивационного (способность к целеполаганию), интеллектуально-коммуникативного (интеллектуально-коммуникативные способности), содержательно-операционного (способность к преобразующей деятельности), рефлексивного (способность к самооценке и самоуправлению в творческой деятельности) компонентов. Безусловно, что каждый из компонентов выступает значимым звеном в развитии творческой самореализации детей.

Наши исследования показывают, что дети с младшего школьного возраста, находясь в условиях детского оздоровительного лагеря, в большинстве своем мотивированы на творческую деятельность и имеют предпосылки к творческой самореализации. Но стоит отметить то, что степень развитости навыков коммуникации, взаимодействия с участниками творческого процесса, создания продукта в процессе сотворчества развита недостаточно. Эти данные стоит учитывать и акцентировать на них свое внимание при

разработке педагогами планов работы по развитию творческой самореализации детей.

В анкетных опросах вожатые и воспитатели указывают на то, что для максимального развития творческой самореализации детей в сжатые сроки лагерной смены необходимо, к примеру, использовать метод чередования или калейдоскопа деятельности: от спокойной к бодрой, от интеллектуальной к творческой, от спортивной к познавательной и т.д.; интерпретировать известные игровые формы на мотивы современности. Вожатому важно понимать и чувствовать новые и популярные тенденции в жизни детей, тогда любая деятельность будет для них интересна.

В ходе ежегодных исследований организации детского оздоровительного отдыха, изучения эффективных форм работы по развитию творческой самореализации детей младшего школьного возраста, а также в рамках реализации педагогической практики, выполнения выпускных квалификационных работ, студенты, обучающиеся по направлению – 44.03.01 – Педагогическое образование в профиле «Начальное образование» РГПУ им. А. И. Герцена разрабатывают образовательные и социокультурные программы и проекты, направленные на формирование у детей способов сотрудничества, коммуникативной компетенции, взаимопомощи, развития творческой самореализации [5]. Здесь особенно ярко демонстрируются ключевые профессиональные компетенции педагогов-вожатых из числа студентов-практикантов, что очень важно в общей системе «подготовки учителей к решению задач духовно-нравственного воспитания в начальном образовании, представляемый достаточно сложным и ответственным процессом в системе вузовского обучения» [7].

Так, к примеру, образовательная программа для лагерной смены «Корпорация детства» (Тепловодской С.В.) представляет возможность воспитанникам окунуться в атмосферу детства, понять, что детство – это та пора, когда мир раскрывается во всей своей красе, это время открытий: важных, значимых, интересных! Программа предполагает применение образовательных технологий (здоровьесберегающих, игровых, проектных, личностно-ориентированных, коммуникативных) в основе которых - деятельность, игра, общение.

Общая концепция предложенной программы лагерной смены задумана в комплексном игровом формате, где с первого дня ребята включаются в межотрядную игру, основной целью которой является коллективное взаимодействие, как внутри отряда, так и между ними. Сюжет смены позволяет построить реальные отношения, при которых ребята попутно открывают для себя умение добросовестно выполнять задания, учатся быть лидерами,

находят новые возможности самореализации и самосовершенствования. В этом игровом пространстве ребенок, оказывая бескорыстную помощь другим, прокладывает дорогу к совершенствованию своей личности, а при помощи творческой деятельности, которая выступает приоритетной в программе, открывает новые грани своего образа «Я» для творческой самореализации. Такой комплексный подход игровой технологии, на наш взгляд, подтверждает свою социализирующую роль, предоставляющую воспитанникам широкие инициативные возможности в генерировании собственных идей в решении и достижении игровых задач и цели [6].

Так, игровая цель программы заключается в совместной со всеми отрядами лагеря разработке рецепта счастливого Детства и внесения в него как можно больше ярких, эмоциональных составляющих.

Ребята погружаются в систему корпоративных отношений, знакомятся с определенной для каждого основной задачей, формируют отрядное и межотрядное дружеское участие на принципах сотрудничества, инициативы и самостоятельности.

Сюжет легенды смены строится на том, что все отряды на смене – это отделы Корпорации, у каждого свое направление, которое ребята выбирают и утверждают в первые дни смены (отдел музыки, отдел танцев, отдел декоративно-прикладного искусства, отдел кино, отдел изобразительного искусства, отдел спорта, отдел здоровья, отдел экологии, отдел фотоискусства и т.д.). Задача каждого отдела подготовить как можно больше интересных неординарных творческих заданий, представлений, акций для всей дружины (флешмобы, фотокарнавалы, спектакли-мюзиклы, шоу мыльных пузырей, квесты, конкурсы, изготовление памятных книг и пр.) и окунуться в атмосферу Детства. Участникам смены предлагается попробовать себя в разных видах творчества (музицировании, хореографии, рисовании, конструировании, изобретательстве и т.д.), предоставив свободу выбора, где они смогут беспрепятственно пробовать все и сделать для себя еще новые творческие открытия. Особенность смены заключается в том, что ребята не соревнуются между отделами. Вся программа построена на сотворчестве, сотрудничестве и взаимопомощи. Каждый отдел зарабатывает жетоны Корпорации за успешность своей работы на общем Совете командиров. Их возможно получить от других отрядов за креативное проведение мероприятия; нестандартную помощь в организации коллективного творческого дела; за сопровождение малышей в процессе; яркое, эмоциональное выступление, за победу в мероприятиях и др.

Задача отдела на вечерней планерке передать свой жетон другому отряду, который им понравился больше всего в представлении нестандартного

креативного выполнения задания, предварительно описать, изложить, показать остальным участникам Совета, за что конкретно этот жетон ребята заработали. Если отдать жетон некому и ребята не увидели интересных находок ни у кого, то жетон возвращается в копилку Корпорации. Набрав три жетона от разных отрядов, отдел может обменять их на так называемый «компонент» детства (счастливая страна, смех, дружба, радость, счастье и др.), а за четыре жетона - придумать и добавить свой собственный «компонент», предварительно представляя его значимость и свойства, тем самым обогащая формулу рецепта Детства. Большое количество жетонов может набрать тот отряд, который лучше всех оказывал помощь другим, активнее участвовал в нахождении «компонентов» и разработке счастливого рецепта Детства.

В завершении смены обнаружится, что 50% заработанных жетонов участники комплексной игровой программы получили от других отделов в знак благодарности за проявленную инициативу. На закрытии смены все ребята презентуют свои собственные рецепты, а после собирают их в один единый и самый универсальный рецепт счастливого Детства. На данном этапе педагогами обеспечивается «эффект завершенности» путем создания условий для коллективной оценки приобретённого опыта. Важно наполнить этот этап работы положительными эмоциями.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что успешность развития творческой самореализации воспитанников в процессе организации и реализации их оздоровительного отдыха в лагерной смене во многом определяется педагогическими условиями проектирования культуротворческого пространства системы дополнительного образования на основе сотрудничества, с учетом интересов, предпочтений всех его участников. Считаем необходимым совершенствовать педагогическую практику в данном направлении, использовать педагогические технологии в работе с детьми, способствующие оздоровлению, развитию энтузиазма, креативности, творческой самореализации.

Литература:

1. Андреева Н.П., Шарафуллина Ж.В. Психолого-педагогическое сопровождение социально-культурной реабилитации детей с ОВЗ в организациях детского отдыха //Сб. мат-лов XIII Всероссийского форума «Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения»1-2 октября 2021г. [Электронный ресурс]. URL: https://pediatriya-spb.ru/events/pediatriys_spb/ (дата обращения: 02.07.2022)

2. Байбородова, Л. В. Воспитательная работа в детском загородном лагере: Учеб.-метод. пособие / Л. В. Байбородова, М. И. Рожков; Л. В. Байбородова, М. И. Рожков. – Ярославль: Акад. развития, 2003. – 254 с.

3. Ведерникова, Л. В. Теория и практика формирования ценностных установок учителя на творческую самореализацию в педагогической деятельности / Л. В. Ведерникова. – Ишим : Ишимский государственный педагогический институт им. П.П. Ершова, 2012. – 196 с.

4. Котова С.А., Нужнова Н.М. Вызовы времени и новые перспективы развития дополнительного образования // Герценовские чтения. Художественное образование ребёнка: стратегии будущего. – Т. 5. Вып. 1. 2019. - С. 278–289.

5. Котова С.А., Пирогова С.В., Тургель В.А. Педагогическая практика в детском оздоровительном лагере: материалы и рекомендации. - СПб.: изд-во ВВМ, 2014. 139 с.

6. Нужнова, Н. М. Комплексная игра как средство социализации детей младшего школьного возраста: специальность 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования»: диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Н. Нужнова. – Улан-Удэ, 2000. – 150 с.

7. Нужнова, Н. М. Подготовка учителей к решению задач духовно-нравственного воспитания в начальном образовании с использованием кейс-стади / Н. М. Нужнова // Преподаватель XXI век. – 2019. – № 2-1. – С. 180-191.

8. Сбитнева Е.С. О развитии творческих способностей младших школьников в условиях детского оздоровительно-образовательного лагеря // Гуманитарные научные исследования. 2016. № 8 [Электронный ресурс]. URL: <https://human.snauka.ru/2016/08/16154> (дата обращения: 02.07.2022).

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА 18 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Панахова Т. Т.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан
panahovatahira@yahoo.com

Интерлейкин-18 (IL-18) представляет собой провоспалительный цитокин, продуцируемый широким кругом клеток, и вносит свой вклад в патофизиологию астмы за счет модулирование воспаления дыхательных путей. Более того, IL-18 активизирует тучные клетки и базофилы, играющие важную роль в атопии.

Цель исследования – оценить диагностическое значение интерлейкина 18 при бронхиальной астме в сыворотке крови пациентов с БА в период обострения.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 111 детей в возрасте от 3 до 17 лет с установленным клиническим диагнозом бронхиальная астма атопическая форма. Средняя длительность заболевания составила $4,3 \pm 0,31$ лет. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от тяжести заболевания: легкая, среднетяжелая, среднетяжелая с аллергическим ринитом, тяжелая форма бронхиальной астмы.

Для изучения клинико-anamnestических данных использовали сведения из историй болезней, больным было проведено комплексное обследование с использованием общеклинических, функциональных и лабораторных методов исследований. Определяли уровень IL-18 методом твердофазового иммуоферментного анализа, с использованием тест-систем фирмы Bender Medssystem. Статическая обработка полученных результатов проведена в программном пакете SPSS-24.

Результаты и обсуждение: При анализе анамнестических данных отмечено что искусственное вскармливание получили 45% детей, отягощенная наследственность выявлена у 73%. у 43 % -по линии матери, у 35% аллергические заболевания у близких родственников. непосредственной причиной первого бронхообструктивного синдрома явились ОРВИ в 51% случаях. у большинства больных отмечалась поливалентная сенсibilизация.

Средняя концентрации ИЛ-18 у всех обследованных больных составила $464,1 \pm 33,6$ (95%ДИ: 397,5-530,8) пг/мл, что почти в 2 раза превышало референсные значения ($P < 0,001$, $R_n < 0,001$). Уровень ИЛ-18 у детей с легкой астмой был в пределах нормы. Концентрации ИЛ-18 у больных среднетяжелой астмой составила $402,6 \pm 39,6$ (95%ДИ: 323,1-482,2) пг/ мл против $281,5 \pm 28,7$ (95%ДИ: 222,9-340,2) пг/мл у больных со среднетяжелой астмой с ринитом ($P < 0,001$, $R_n < 0,001$). У больных тяжелой астмой концентрация ИЛ-18 было в 3 раза больше нормативных границ и составила $767,8 \pm 77,3$ (95%ДИ: 609,7-925,9) пг/ мл ($P < 0,001$, $R_n < 0,001$).

Заключение: Эти данные позволяют предположить, что при атопической бронхиальной астме IL-18 возможно вовлечены в хроническое воспаление дыхательных путей и ремоделирование дыхательных путей незозинофильным механизмом. Повышение уровня ИЛ-18 у больных астмой может быть результатом нарушения активации инфламассомы этого фенотипа астмы, оправдывая предрасположенность этих пациентов к инфекционным обострениям. Итак, полученные результаты выявили статистически достоверное повышение содержания интерлейкина-18 в крови у больных бронхиальной

астмой, причем концентрация ИЛ-18 коррелирует со степенью тяжести астмы. Повышение ИЛ-18 в сыворотке крови свидетельствует о тяжести заболевания, так как наиболее высокие показатели его уровня были у детей с тяжелой бронхиальной астмой. Выявленные нами изменения могут стать патогенетическим обоснованием для оценки степени тяжести бронхиальной астмы.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПЕДАГОГОВ В ПРОЦЕССЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Парфенова О. А.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург
ninmesharra@yandex.ru

Среди феноменов, характеризующих специфику профессиональной деятельности педагогов специальных (коррекционных) школ как уязвимой группой населения [8] значимое место занимает изучение вопросов эмоционального выгорания. Данную проблематику нельзя идентифицировать как частную практическую задачу отдельного сотрудника. Работа учителя в большей части определяется характером взаимоотношений «педагог – ученик».

Трансформация системы представлений об окружающей действительности у учеников включает в себя установки и убеждения, сформированные в индивидуальном опыте межличностного взаимодействия [4]. Выгорающие сотрудники менее заинтересованы в том, чтобы вносить позитивный вклад в образовательную среду [7]. Выделяются факторы, потенцирующие изменения в профессиональной эффективности учителя, связанные с проявлением эмоционального выгорания, в частности, отмечается затрудненность в развитии эмпатии и рефлексии у учеников, которых обучает педагог с высоким уровнем эмоционального выгорания. У этих школьников проявляется более выраженная тревожностью по сравнению со сверстниками, обучающимися у эмоционально включенных в учебный процесс учителей [2].

Аспекты эмоционального выгорания также контекстуализированы спецификой профессиональной деятельности педагогов, работающих с детьми с нарушением интеллекта. У них выявлено преимущественное развитие симптома деперсонализации [6]. Для коррекционной психологии значимость данного вопроса обуславливается инклюзивной направленностью современного образования, а также распространённостью диагноза «6A00 – Нарушения интеллектуального развития» (по МКБ-11).

Введение ограничений в условиях распространения вируса COVID-19 и необходимость личной адаптации специалистов к новым условиям труда повлияло на характеристики психолого-педагогического контекста на фоне воздействия эмоциогенных стрессоров социального генеза. В анализируемый период вопросы дизайна дистанционной образовательной среды для коррекционной педагогики практически не обсуждались. Специфика образовательной системы в условиях пандемии в исследованиях обозначена термином «экстренное дистанционное обучение» (Emergency Remote Teaching) [10]. Характерность рисков профессиональной деятельности педагогов, которые имели дело с массовым использованием дистанционного формата, была отмечена в материалах UNESCO [9]. Закономерно возрастает интерес к проблемам психического здоровья, смысловому полю и сущностным закономерностям процесса адаптации педагогов к институциональным изменениям в этот период, что определило актуальность выполненного эмпирического исследования.

В качестве цели исследования определена оценка содержательных и структурных характеристик эмоционального выгорания педагогов, работающих с детьми с диагнозом «6A00 – Нарушения интеллектуального развития» (по МКБ-11) в ситуации экстренного дистанционного образования как глобального стресса.

В исследовании в период пандемии (май-июнь 2020 г.) приняли участие 417 педагогов массовых школ и специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида в г. Санкт-Петербург. Данные по сегменту педагогов в возрасте от 34 до 40 лет сопоставлялись с результатами исследований структурно-динамические показатели выгорания педагогов 2015 года (37 педагогов коррекционных школ и 28 учителей общеобразовательных учреждений).

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели применялся метод научного анализа современного состояния изучаемой проблематики, психодиагностический метод и статистическая обработки эмпирических данных. В определении ценностно-смысловых ориентаций профессиональной деятельности и уровня удовлетворенности их отдельными аспектами в актуальной ситуации использовался метод опроса. Для определения характеристик эмоционального выгорания педагогов были использованы следующие методики: опросник «Профессиональное выгорание» (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.), опросник «Диагностика эмоционального выгорания личности» (Бойко В.В.), методика «Незаконченные предложения», экспресс-методика оценки социально-психологического климата в трудовом коллективе (Михайлюк А.С., Шарыто Л.Ю.).

Основные результаты. Достоверные различия в общем уровне профессионального выгорания между педагогами общеобразовательных и специальных учебных заведений в период экстренного дистанционного образования не выявлены. Однако опыт диагностики до периода пандемии показал, что проявлении синдрома выгорания достоверно различались ($p < 0,001$). Феноменологический компонент картины эмоционального выгорания педагогов, работающих с детьми с нарушением интеллекта и с нормотипичными сверстниками, представлен сходными составляющими. При этом у учителей коррекционных школ существуют различия между выраженностью связей показателя «Эмоционального истощения» с параметрами выгорания, в сравнении с данными учителей общеобразовательных массовых школ. Средний уровень удовлетворенности параметром «Применение дистанционных технологий в обучении» снижается по мере складывания симптома «Переживание психотравмирующих обстоятельств» (с $\text{Хср.} \pm \text{ох } 4,60 \pm 1,77$ до $4,00 \pm 1,90$), но не является существенным для его изменения ($p = 0,0185$).

Стресс учителей, связанный с изменениями в работе в ситуации COVID-19, становится специфическим фокусом дезадаптации и определяет косвенное сближение структуры значимости мотивов педагогов общеобразовательной и специальной школы. До начала пандемии психоэмоциональное состояние учителей специальных школ по сравнению с педагогами, работающими с нормотипичными детьми, отличалось более выраженным эмоциональным истощением, сниженной удовлетворенностью трудом, отрицательным отношением к профессиональной деятельности. Изменения структуры ценностей и мотивов профессиональной деятельности педагогов, работающих с детьми с нарушением интеллекта по различиям рангов элементов структуры смыслов профессиональной деятельности существенны – составляют 22,5%. Фиксирует рост значимости самооценочных характеристик эффективности педагога (параметр «Заметные положительные результаты труда») для учителей специализированных (коррекционных) школ. Если у педагогов массовых учреждений «общественная значимость труда» снижалась (с четвертого места на десятое из 12 параметров), то для сотрудников школ, работающих с детьми с нарушением интеллекта, произошел обратный процесс – отмечается рост значимости «социального престижа деятельности» (с седьмого места на первое из 12 параметров). У учителей, оценивающих наиболее трудными в ситуации экстренного дистанционного обучения «текущие рабочие процессы», имеются значимые отрицательные корреляции между «Эмоциональным истощением» и «Профессиональной успешностью» (на уровне $-0,995$), а также с «Личностным отдалением» (на уровне $-0,982$), «Переживанием психотравмирующих обстоятельств» (на уровне $-0,990$).

Субъективная оценка учителем состояния педагогического коллектива существенного влияния на уровень их выгорания не оказывает. Так, только на 12,6% расчетные статистические параметры объясняют зависимость и изменения изучаемой шкалы «Интегральный уровень выгорания» (опросник Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.) от исследуемых компонентов состояния педагогического коллектива.

Заключение. Выраженность эмоционального выгорания педагогов, работающих с детьми с нарушением интеллекта, в контексте трансформации мотивации профессиональной деятельности учителя в условиях экстренного дистанционного образования, имеет содержательную специфику. Автобиографические морально значимые события (такие как пандемия COVID-19) становятся детерминантой изменения психического состояния педагогов учреждений специального образования и вторично влияют на направленность ценностно-смысловых ориентиров профессиональной деятельности педагогов системы специального образования. Признание учителем значимости заботы о себе и ограниченности ресурсов может проявляться в снижении симптомов эмоционального выгорания. В этих условиях актуальной задачей становится совершенствование алгоритмов психопрофилактики с учетом изучаемых проявлений эмоционального выгорания у педагогов системы специального образования в условиях стресса социального генеза и экстренных институциональных изменений.

Литература:

1. Ахрарова О.Н. Психоземциональное выгорание педагогов // Научное обеспечение системы повышения квалификации кадров. 2010. № 1. С. 73 – 80.
2. Баранов А.А. Мерзлякова Д.Р. Особенности влияния эмоционального истощения «выгоревшего» педагога начальных классов на его учеников // Парадигмы образования: Материалы международной научно-практической конференции. – Ижевск: УдГУ, 2006. – С. 83–84.
3. Михейкина О.В. Эпидемиология умственной отсталости (обзор литературы) // научный журнал обозрение психиатрии и медицинской психологии № 3, 2012 г., С. 24-33.
4. Посохова, С.Т. Картина мира в кризисных переживаниях личности / С.Т. Посохова // Перспектива человека: трансформация картины мира в современном геополитическом кризисе / сост. С.Т. Посохова, А.И. Извеков. – СПб., 2015. – С. 87.

5. Турчанинов Е.Е. Деадаптивное защитное реагирование у лиц с легкой умственной отсталостью из неполных семей / Е.Е. Турчанинов, О.В. Защинская // Вестник психотерапии. – № 70 (75) – 2019, С. 86-93.
6. Феофанов В.Н. Психическое выгорание специальных педагогов и его влияние на психологическое благополучие учащихся с отклонениями в развитии: Дис... канд. психол. наук. Нижний Новгород, 2008. – 249 с.
7. Bakker A.B., Vries J.D. de Job Demands–Resources theory and self-regulation: new explanations and remedies for job burnout // Anxiety, Stress, & Coping. Volume 34, Issue 1, 2021. – P. 1-21.
8. Dombo E., Gray C. (2013). Engaging spirituality in addressing vicarious trauma in clinical social workers: A self-care model // Social Work and Christianity. Volume 40, Issue 1, 2013. – P. 89–104.
9. Online and Open Education in Shanghai: Emergency Response and Innovative Practice during COVID-19 Pandemic // UNESCO IITE, 2020. – 68 p.
10. Schuck R.K., Lambert R. «Am I Doing Enough?» Special Educators' Experiences with Emergency Remote Teaching in Spring 2020 // Education Sciences. 2020. Volume № 10. – P. 320.
11. Zashchirinskaia O.V. Special education paradigm in contemporary vital environment at educational institutions (Editorial) // Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment. Volume 8, Issue 3, 2020. – P. 262.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Писоцкая Ю. В., Устюжанина Д. В., Мартирисян Е. А., Аширова Л. Э., Богачева С. М.

Кафедра педиатрии №2 Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар
ms.pisotskaya2017@gmail.com

Актуальность: Проблема воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), к основным формам которых относят язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), у детей становится все более актуальной [1,2]. Распространенность ВЗК в разных странах варьирует от 3 до 500:100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на второе и третье десятилетия жизни, однако у 10–25% больных ВЗК впервые манифестируют в возрасте до 17 лет.

Заболеваемость ВЗК с началом в детском возрасте за последние 10 лет возросла в 3,5 раза [3,4]. ВЗК могут негативно влиять на качество жизни пациентов и определять их низкую социальную адаптивность, вследствие развития задержки физического развития, полового созревания, вовлечения других органов и систем в патологический процесс [5]. Все это обуславливает необходимость анализа клинико-диагностических особенностей течения ВЗК, а также причин несвоевременной постановки диагноза [6].

Цель исследования: оценить течение воспалительных заболеваний кишечника у детей Краснодарского края.

Пациенты и методы: на базе ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края проведено ретроспективное когортное одномоментное исследование, в ходе которого проанализированы истории болезни детей, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ДККБ г. Краснодара в период с 2017 по 2022 годы. Критерии включения: дети в возрасте от 1 года 5 мес. до 17 лет с диагнозами болезнь Крона и язвенный колит. Рассматривались такие данные, как пол, возраст пациентов к моменту появления первых жалоб и их характер, анализ анамнеза жизни и болезни детей. Оценены показатели иммуноферментных исследований (анализ на фекальный кальпротектин, серологические маркеры ANCA и ASCA), данные эзофагогастродуоденоскопии, ультразвукового исследования органов брюшной полости, колоноскопии, особенности прижизненного гистологического исследования, мультиспиральной компьютерной томографии и магнитно – резонансной томографии органов брюшной полости. Также проанализированы методы лечения пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом.

Результаты: по данным ретроспективного анализа за последние 5 лет в Краснодарском крае было выявлено 68 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, которые наблюдались и лечились в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ «ДККБ». При этом ЯК диагностирован у 56 (82,35%) обследованных детей, БК – у 12 (17,6%).

Установлено следующее распределение по полу: для детей, страдающих БК – 7 (58,3%) мальчиков и 5 (41,6%) девочек; для детей, страдающих ЯК – 34 (60,7%) мальчиков и 22 (39,2%) девочек. Медианный возраст пациентов – 12,71±4,25 лет: для девочек – 10,47±4,93 лет, для мальчиков – 14,7±3,89 лет. Возраст детей, страдающих БК, в среднем, на момент госпитализации составил 13,72±4,4 лет, ЯК – 13,31±3,79 лет. При этом распределение детей по возрастным группам при ЯК было следующим: младшего возраста (до 3-х лет) – 2 (3,57%), дошкольного возраста (4 – 6 лет) – 1 (1,78%), младшего

школьного возраста (7-11 лет) – 10 (17,85%), старшего школьного возраста (12 – 18 лет)- 40 (71,4%); при БК: младшего возраста (до 3-х лет) – 1 (18,3%), младшего школьного возраста (7-11 лет) – 2(16,6%), старшего школьного возраста (12 – 18 лет)- 9 (75%). Возраст больных к моменту появления первых жалоб, характерных для БК, составил $9,5 \pm 5,21$ лету девочек и $10,9 \pm 4,21$ у мальчиков; для ЯК - $11 \pm 4,75$ у девочек и $11,4 \pm 3,61$ у мальчиков.

При анализе анамнестических данных мы отметили несхожесть жалоб обследуемых больных. Так, дебют болезни Крона имел отличия от ранних проявлений заболевания у детей с ЯК. Боли в животе в дебюте ВЗК отмечались у 35 из 56 (62,5%) больных ЯК и у 8 из 12 (66,6%) пациентов с БК. Напротив, диарея как первый симптом манифестации ВЗК у больных ЯК встречалась значительно чаще, чем при болезни Крона (в 49 из 56 случаев (87,5%) и 7 из 12 (58,3%) случаев соответственно). Гематохезия наблюдалась 32 у из 56 больных ЯК (57%) и у 4 из 12 пациентов (33,3 %) с БК. В дебюте ВЗК правильный диагноз после дообследования был поставлен 43 пациентам (76,8%). В остальных случаях ВЗК (чаще БК (67%)) дебютировали под маской инфекционной, хирургической и гематологической патологии, что привело к увеличению времени диагностики. Сравнительный анализ клинических признаков БК показал, что у детей с этой патологией чаще диагностируются снижение массы тела, задержка темпов роста, перианальные изменения, внекишечные проявления, что совпадает с результатами, приведенными в литературе.

Ценным диагностическим методом является определение уровня фекального кальпротектина, высокая специфичность и чувствительность которого для детекции воспаления показаны в ряде работ при обследовании детей с воспалительными заболеваниями кишечника. В ходе анализа выявлено, что иммуноферментное исследование на фекальный кальпротектин позволило провести дифференциальную диагностику БК и ЯК с функциональными нарушениями ЖКТ и мониторинг активности кишечного воспаления у 10 (83,3%) пациентов с БК и 29 (51,7%) – с ЯК.

Исследование на серологические маркеры: антитела к сахаромицетам (*antisaccharomyces cerevisiae antibody – ASCA*) и антинейтрофильные цитоплазматические антитела (*antineutrophil cytoplasmic antibody – ANCA*) было диагностически значимым у 7 (58,3%) и 22 (39,2%) пациентов при БК и ЯК соответственно. Колоноскопия выполнена всем пациентам. Она позволила заподозрить, а потом и подтвердить наличие ВЗК после гистологического исследования биоптатов осмотренных участков слизистой оболочки кишечника определяя локализацию, протяженность и степень активности воспалительного процесса (см. рисунок).УЗИ органов брюшной полости проводилось всем пациентам с БК и ЯК. Эзофагогастродуоденоскопия была проведена в ходе обследования 11 (91,6%) пациентам с БК и 35 (62,5%) с ЯК. МРТ органов

брюшной полости было выполнено 2 (3,5%) пациентам с ЯК. Мультиспиральная КТ – 1 (8,3%) пациенту с БК.

Подтипы ВЗК в анализируемой группе по распространенности процесса у детей с БК: илеоколит – 8 случаев (67%); илеит – 3 случая (25%); с поражением тела желудка и илеоколит – 1 случай (8%); у детей с ЯК: проктосигмоидит – 13 случая (23%); левосторонний колит – 11 случая (19,6%); тотальный колит – 32 случая (57%).

Осложнения ВЗК развились у 9 (13,2%) детей, из них 5 (55,5%) составили дети с БК и 4 (44,4%) с ЯК. Основным методом лечения пациентов БК и ЯК явилась консервативная терапия. Биологическая терапия была назначена 32 (57,14%) детям с ЯК и 3 (25%) – с БК вследствие неэффективности лечения с помощью препаратов 5-аминосалициловой кислоты, системных глюкокортикостероидов и иммуносупрессоров. Хирургическое лечение потребовалось 5 (41,6%) пациентам с БК из – за развития осложнений (наружные кишечно-кожные свищи, инфильтраты брюшной полости, стриктуры ЖКТ, кишечные кровотечения, перианальные проявления).

Выводы: согласно полученным данным, большинство детей с ВЗК – это подростки. ВЗК чаще болеют мальчики. Наиболее частым подтипом заболевания при БК является илеоколит (67%), при ЯК – тотальный колит (57%). ВЗК, чаще Болезнь Крона, протекают под «масками» хирургических заболеваний, что требует от врачей своевременной диагностики и назначения правильного лечения во избежание непоправимых последствий. Несмотря на широкое развитие медикаментозных методов лечения БК, прогрессирующее течение заболевания у 50% больных детей приводит к развитию кишечных осложнений. Кроме того, возрастает число фармакорезистентных пациентов, что влечет увеличение количества оперативных вмешательств. Многие больные подвергаются многочисленным оперативным вмешательствам, приводящим к ухудшению качества жизни и инвалидизации. Поэтому мультидисциплинарный подход, объединяющий усилия гастроэнтерологов и хирургов по подбору наиболее эффективной терапии ВЗК, своевременное и обоснованное хирургическое лечение, минимизирующее риски развития жизнеугрожающих осложнений и необходимость повторных операций, тактика которых основана на результатах лабораторных, инструментальных и морфологических методов диагностики, представляется актуальной задачей педиатрии и детской хирургии.

Литература:

1. В. А. Катько, О. А. Паталета, В. М. Черевко. Болезнь Крона у детей. Медицинский журнал 2020

2. Авдеева, Т. Г. Детская гастроэнтерология. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с
3. А.С. Бекин, Е.Ю. Дьяконова, А.Н. Сурков, А.П. Фисенко, С.П. Яцык, А.А. Гусев, П.В. Хроленко. Болезнь Крона у детей: современное состояние проблемы. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2021
4. Н.Б. Думова, А.М. Шабалов, В.Г. Арсентьев, Э.Ш. Ибрагимова, Н.Н. Плутова, А.В. Колотева, А.Б. Корнилова. Поражение респираторного тракта при болезни Крона у ребенка 6 лет. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2021
5. Глушкова В. А., Передереев С.С., Тихомиров А.И., Шилова Е.В. Клинический случай осложнённой болезни Крона. Тактика дифференциальной диагностики с острыми хирургическими состояниями. StatusPraesens 2021. 4.
6. Кукура С.Е. Неспецифический язвенный колит у детей: клинко – патогенетические параллели. Актуальные вопросы современной медицины: материалы II Дальневосточного медицинского молодежного форума. 2018.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЕМЬИ И ШКОЛЫ В УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КРУЖКА СПОРТИВНО-БАЛЬНОГО ТАНЦА)

Привалов К. А.

Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов
kostus2004@list.ru

Актуальность. Развитие личности и укрепление здоровья младших школьников возможно при использовании потенциала кружков и секций спортивной направленности в системе младшего школьного образования, которые относятся к дополнительному образованию детей. В «Концепции развития дополнительного образования детей до 2030 года» (распоряжение Правительства РФ от 31.03.2022 № 678-р) указано, что дополнительное образование детей является образовательным пространством возможностей для самореализации детей и раскрытия их талантов и направлено, в частности, на укрепление их здоровья. При этом реализуется важная составляющая воспитательной деятельности образовательной организации – партнерское взаимодействие с родителями, обеспечивающее ценностную согласованность и целостность процесса воспитания ребенка, развития его личности.

Целью настоящей работы являлось определение влияния кружка спортивных бальных танцев на развитие личности обучающихся и взаимодействие семьи и школы.

Материалы и методы, используемые в исследовательской работе: констатирующий эксперимент, формирующий эксперимент, контрольный эксперимент.

В исследовательской группе находились 15 человек. Средний возраст детей составлял 7,3 лет. Продолжительность исследования 4 недели. Статистический анализ проводили с использованием дисперсионного анализа two-way ANOVA test. Различия между значениями при $p < 0.05$ считали статистически значимыми.

Констатирующий эксперимент включал: выявление уровня взаимодействия семьи и школы (вовлеченность) на родительском собрании в кружке спортивных бальных танцев; ознакомление детей с музыкальным материалом для определения характера и стиля музыки; определение ритмического слуха ребёнка с помощью метода простукивания ритмического рисунка музыкального сопровождения; определение пластичности и эмоциональности ребёнка с помощью метода самостоятельной импровизации под заданную музыку; наглядное ознакомление детей с танцем (показ танца).

Формирующий эксперимент состоял из проведения танцевальных занятий для детей; работы с родителями на родительских собраниях по подготовке к выступлениям, конкурсам и отчетному балу.

Контрольный эксперимент включал проведение отчетного бала для детей и родителей для выявления уровня взаимодействия семьи и школы с помощью кружка спортивных бальных танцев.

Результаты исследований. По результатам исследования (экспериментальная группа): танцевальные тренировки у 93% исследуемых создали положительный эмоциональный настрой; занятия спортивными танцами помогли 86% учеников проявить и развить их индивидуальные способности, что помогло школьникам как в психосоматическом, так и эмоциональном плане; желание показать свои умения и навыки, полученные на занятиях, выявилось у 73% детей. Вовлеченность родителей в занятия составила 66%: большая часть родителей систематически наблюдали за приобретаемыми танцевальными умениями и за эмоциональным развитием своих детей на занятиях, что в свою очередь имело положительный отклик в общении родителей и детей. Учащиеся, после 4-х недельного курса спортивно-бального танца стали доброжелательнее относиться как к учителям, так и к одноклассникам.

Выводы: По нашему мнению, полученные результаты свидетельствуют о развитии личности младших школьников, положительном влиянии занятий на их физическое развитие, а также создают благоприятный фон в общении учащихся между собой и их родителями. Согласно проведенному исследованию и полученным результатам, можно сделать вывод, что взаимодействие семьи и школы на примере кружка спортивно-бального танца имеет потенциал для внесения достойного вклада в решение проблемы ухудшения здоровья детей Российской Федерации. Поэтому занятия спортивными танцами как элемент формирования культуры здоровья может рассматриваться как важный элемент формирования личности обучающихся, укрепления их здоровья. Занятия спортивно-бальными танцами могут стать основой для построения совместной здоровьесозидающей деятельности школы и семьи младшего школьника.

ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА ПОДРОСТКОВ С РАЗНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Романова1 А. И., Дунаевская2 Э. Б.

1 - МБОУ СОШ «Бугровский ЦО 2», Санкт-Петербург

2 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

doroga2elvira@yandex.ru

Психическое здоровье современного подростка является актуальной темой исследований. По результатам поиска статей электронной библиотеки Российского индекса цитирования «eLIBRARY.RU», при вводе слов «подросток, здоровье», выпадает 10070 статей разных направлений. «Согласно последним имеющимся оценкам, во всем мире каждый седьмой подросток в возрасте 10 - 19 лет живет с диагностированным психическим расстройством. Ежегодно почти 46 000 подростков погибают, совершив самоубийство, которое входит в пятерку основных причин смерти для их возрастной группы. Между тем сохраняется существенный разрыв между потребностями в области сохранения психического здоровья и финансированием деятельности по охране здоровья» [4].

Большая часть исследований отводится поведенческим детерминантам здоровья подростков. Среди них результаты исследований становления акцентуаций характера и их связи с различными личностными качествами и психическими явлениями. Представлены результаты акцентуаций характера и аддитивного поведения (Виноградова А.И., Пронина Е.В.), связь

акцентуаций характера с суицидальным поведением (Лобанова А. В., Виноградова И.М.), с внушаемостью (Гаркуша И.В.), с уровнем тревожности (Суслова А.Г.), копинг-стратегиями (Учаева А. А.). Ряд исследований касается изучения влияния стресса на физическое самочувствие и психическое здоровье подростков [5], а также качества жизни подростков с ограниченными возможностями здоровья [2].

Цель исследования: изучение акцентуаций характера подростков с разной направленностью дополнительного образования. Испытуемыми стали 77 подростков, средний возраст $14,8 \pm 0,6$, из них 25 человек не занимаются дополнительным образованием, обучаются в Государственном бюджетном образовательном учреждении Гимназия № 205 Фрунзенского района Санкт-Петербурга. В дополнительное образование спортивного направления (секции: футбол, баскетбол, волейбол) (Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Профессиональное Образовательное учреждение «Училище Олимпийского резерва № 1») включено 29 человек, 23 подростка занимаются дополнительным образованием в направлении музыка (класс «фортепиано») (Всеволожская Детская Школа Искусств им. М.И. Глинки).

В работе были использованы следующие методы:

- «Тест личностных акцентуаций (ТЛА)» является модифицированным вариантом Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), разработанного А.Е. Личко [9];

- Методика определения типа характера по К. Юнгу;
- Личностный опросник Г. Айзенка на темперамент;
- Авторская анкета на выявление социальных аспектов респондентов;

По результатам патохарактерологического опросника А. Е. Личко у подростков-спортсменов выявлены гипертимность, лабильность, демонстративность и неустойчивость как акцентуации характера. У подростков-музыкантов наблюдаются такие акцентуации как гипертимность, возбудимость и демонстративность. В группе, которая не занимается дополнительным образованием определены гипертимность, лабильность и возбудимость как акцентуации характера.

Результаты опросника типа личности по Карлу Юнгу показали, что все три группы подростков являются экстравертами.

По результатам личностного опросника ЕРІ Г. Айзенка, подростки - спортсмены и подростки, которые не занимаются дополнительным образованием являются холериками, а подростки-музыканты - меланхоликами.

У всех трех групп подростков выявлена характерная для подросткового возраста в целом такая акцентуация характера как гипертимность. Все испытуемые ориентированы на социально одобряемые ответы. Это связано с психологическими особенностями подросткового возраста. Все три группы по типу личности относятся к экстравертам.

В работе выявлены и особенности акцентуаций характера. У группы подростков-спортсменов ярко выражена неустойчивая акцентуация характера. Подростки этой группы склонны поддаваться чужому влиянию, поиску новых впечатлений и поверхностной общительностью, высокой активностью и несдержанности, что так же подтверждает холерический тип темперамента. У подростков-музыкантов выявлена ярко выраженная акцентуация характера как демонстративность. Они обладают безграничным эгоцентризмом, легко входят в образ и ведут себя в соответствии со своей ролью, но также и не чужда им нерешительность и колебания в принятии решений, что подтверждает меланхоличный тип темперамента. У подростков, которые не занимаются дополнительным образованием, ярко выражена возбудимость как акцентуированная черта характера. Подросткам характерна повышенная импульсивность, плохая концентрация своих действий, что так же отмечается холерическим типом темперамента.

Акцентуации характера в подростковом возрасте выражены достаточно ярко, но некоторые акцентуации с возрастом могут стать гораздо ярче и перейти в психопатию. Чтобы этого не произошло подросткам с явными акцентуациями характера следует развивать навыки саморегуляции. Необходимо также вести дифференцированную развивающую и профилактическую работу с учетом выявленных особенностей.

Литература:

1. Газизуллина, П. Г. Поведенческие детерминанты здоровья российских подростков / П.Г.Газизуллина // Народонаселение. – 2018. Т. 21. № 1. – С. 122-135.
2. Горьковая, И.А. Качество жизни подростков с ограниченными возможностями здоровья /И.А. Горьковая, А.В. Микляева // Медицинская психология в России. – 2018. Т.10. № 4 (51). – С. 3.
3. Кулганов В.А. Расстройства поведения у детей // Дошкольная педагогика. – 2020. № 4 (159). – С. 4-6.
4. Пандемия COVID-19 и ее влияние на сферу образования / Ф. Диамидзе, А. С. Мовсесян, А. Ю. Цветаева, К. Чехвалова // Студенческие научные исследования: сборник статей X Международной научно-практической

конференции, Пенза, 07 февраля 2022 года. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2022. – С. 200-202.

5. Рахимкулова, А. С. Связь проблем психического здоровья подростков с субъективным переживанием стресса / А. С. Рахимкулова, В. А. Розанов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – Т. 20. – № 3. – С. 18-27.

6. Зиганшина Г.Х. Концепт «Характер человека» через призму сегодняшнего дня / Г.Х. Зиганшина // Вестник Башкирского ун-та. – 2013. – № 1. – С. 125-131.

7. Вих, Г. В. О системе соотношений типов характера и темперамента нормальной и девиантной личности / Г. В. Вих, В. М. Кроль, А. С. Колоколов // X Международная научная конференция «Европа и современная Россия. Интегративная функция педагогической науки в едином образовательном пространстве». - 2019. - С. 411-419.

8. Бадиев И.В. Типология акцентуаций характера у подростков // Вестник Бурятского гос. университета. 2015. № 5. – С. 60-65.

9. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характеров у подростков. Патохарактерологический диагностический опросник / А. Е. Личко. - СПб : Речь, 2015. - 251 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ

Ткаченко П. Г.

АНО «Центральный научно-исследовательский институт судебной экспертизы»,
г. Москва

forensicmedpsy@yandex.ru

Целью настоящего исследования является аналитический обзор современных тенденций в психофармакологии при оказании психиатрической помощи подросткам в возрасте 15–17 лет.

Психотропные лекарственные средства – это медикаменты, которые применяются для лечения психических расстройств. В настоящее время они набирают популярность в детской и подростковой психиатрии [1].

Современные исследования в области педиатрической фармакологии помогли выявить плюсы и минусы использования в лечении детей определенными психотропными препаратами, в частности стимуляторами и антидепрессантами [2]. Между тем, в отношении множества остальных медикаментов возникает немало вопросов, связанных со стойкостью терапевтического эффекта побочными эффектами длительности их применения и т. п., что обуславливает особую актуальность настоящей статьи.

Используя психотропные средства для оказания психиатрической помощи детям в возрасте 15–17 лет необходимо учитывать ряд аспектов. Так, во-первых, следует осуществить всестороннюю диагностическую оценку с целью определить – действительно ли у ребёнка состояние, требующее медикаментозного лечения (как например, психотическое расстройство или мания)? Если ответ на данный вопрос положительный, то следует назначить медикаментозное лечение. Если нет, то необходимо установить – существуют ли психологические методы с доказанной эффективностью при данном состоянии? Если такие методы существуют, далее следует рассмотреть возможность применения сначала психологического вмешательства и понять, насколько оно эффективно. В случае эффективного применения психологического вмешательства – нет необходимости в назначении медикаментов. Если не существуют психологические методы с доказанной эффективностью исследуемого состояния и при неэффективном применении психологического вмешательства следует выявить – были ли эффективными назначенные медикаменты при данном состоянии? В случае положительного эффекта – следует использовать только медикаменты или при необходимости в сочетании с психотерапией. Если назначенные медикаменты не были эффективными, то необходимо рассмотреть другие возможные варианты.

Пациентам с психотическими расстройствами, как правило, требуется фармакологическое лечение в целях контроля над симптомами и восстановления функционирования. Между тем, следует учитывать, что медикаменты – это один из вариантов терапии, предварительно польза и риски которого должны быть оценены лечащим врачом, семьёй и, в некоторых случаях, самими несовершеннолетними пациентами. При этом психотерапия и применение психотропных средств не взаимоисключающие способы терапевтического воздействия. Иногда непосредственно их сочетание является намного эффективнее монотерапии [3].

Во-вторых, особенности детского организма могут влиять на процессы всасывания, распределения, метаболизма и выведения лекарственных средств [4].

У детей наблюдается более быстрое всасывание препарата в первой фазе поступления в печень, более низкая биодоступность, более быстрый метаболизм и элиминация. У подростков вместе с увеличением массы тела наблюдается перераспределение его частей. У мальчиков увеличивается процентное содержание воды в организме и уменьшается содержание жировой ткани, тогда как у девочек происходит обратный процесс.

После всасывания большая часть психотропных препаратов подвергается метаболизму, при котором исходное вещество трансформируется в более полярные метаболиты (побочные продукты), и они намного проще выводятся. Ввиду того, что у детей достаточно большой объём паренхимы печени, их способность к метаболизму более высокая.

Самыми значимыми для детской психофармакологии являются 2 фермента из системы (цитохрома P450 – зависимая монооксигеназа) CYP450 – CYP3A4 и CYP2D6, участвующие в метаболизме большинства психотропных препаратов.

CYP3A4 является одним из наиболее важных ферментов, участвующих в метаболизме ксенобиотиков в организме человека, в основном находится в печени и кишечнике. Его целью является окисление небольших чужеродных органических молекул, таких как токсины или лекарства с тем, чтобы их можно было вывести из организма. У людей белок CYP3A4 кодируется геном CYP3A4. Этот ген является частью кластера генов цитохрома P450 на хромосоме 7q21.1.

CYP2D6 – это фермент, который у людей кодируется геном CYP2D6. CYP2D6 преимущественно экспрессируется в печени. Это также высоко выражено в областях центральной нервной системы, в том числе в чёрной субстанции.

Так, **CYP3A4** метаболизирует сертралин, циталопрам, эсциталопрам, бупропион, миртазапин, арипипразол, зипразидон, алпразолам и золпидем. Система CYP2D6 участвует в метаболизме флуоксетина, атомоксетина, рисперидона, оланзапина и галоперидола [5].

Основной путь выведения психотропных средств – почки. Абсолютный почечный клиренс у детей, как правило, ниже, чем у взрослых, но этот же коэффициент, скорректированный в зависимости от веса, – выше. Ввиду более быстрого выведения, время полужизни препарата в плазме крови у детей может быть меньше, чем у взрослых [6]. Ввиду чего увеличивается вероятность симптомов отмены при прекращении приёма препарата. В этом целесообразно наиболее часто назначать данный психотропный препарат.

Для некоторых психотропных средств на фармакокинетику оказывают влияние длительность лечения и дозы. Например, при однократном приёме 50 мг сертралина у подростков средний период полувыведения составил 27 часов. Но после многократного приёма он уменьшился до 15 часов. Кроме того, период полувыведения при стационарной концентрации в плазме был длиннее (около 20 часов) после приема более высоких доз (100–150 мг). Тем самым, чтобы был терапевтический эффект и для предотвращения образования симптомов отмены, более низкие дозы (50 мг/сут) нужно назначать два раза в день, тогда как более высокие (100–150 мг/сут) можно использовать один раз в день.

В исследованиях [5,4] у детей и подростков проанализирована фармакокинетика разнообразных психотропных препаратов. Доказано, что для эсциталопрама, арипипразола, кветиапина, рисперидона и лития она не отличается от фармакокинетики взрослых.

Для метилфенидата и амфетаминов были разработаны разнообразные лекарственные формы пролонгированного действия с контролируемым высвобождением [2]. В случае применения таких препаратов с пролонгированным высвобождением для получения терапевтического эффекта на протяжении 8–10 часов следует единожды принять препарат утром.

Большая часть психотропных препаратов действует через нейромедиаторы, такие как дофамин, серотонин и норэпинефрин [5]. В некоторых исследованиях [4] отмечается, что, несмотря на доказанную эффективность трициклических антидепрессантов у взрослых пациентов, у детей данные препараты не проявляют видимых антидепрессивных эффектов. Кроме того, отмечается, что серотонинергические антидепрессанты обуславливают риск формирования суицидальных мыслей и попыток у подростков. При этом не обнаружено этого эффекта у людей среднего и пожилого возраста [4,5].

В ходе исследования [6] были выявлены следующие побочные эффекты при применении психотропных средств для оказания психиатрической помощи детям в возрасте 15–17 лет, такие как дистония, снижение аппетита, поздняя дискинезия, метаболический синдром.

В последнее время обращается внимание на отдалённую безопасность некоторых психотропных препаратов у подростков. В частности, такие стимуляторы как метилфенидат и амфетамины могут вызывать зависимость от дозы задержку физического развития (как по показателям роста, так и веса) [7].

Вместе с тем, в ходе недавнего исследования [8] не было выявлено связи между терапевтическим использованием стимуляторов и такими

побочными эффектами как повышенная сердечно-сосудистая смертность и кардиологическими случаями, приводящими к обращению в отделения неотложной помощи. Кроме того, проспективное исследование детей, принимавших лечение на протяжении 10 лет, не выявило повышенного риска возникновения гипертонии [7].

В исследовании [8] выявлена разница в переносимости психотропных средств, в зависимости от возраста и типа развития. Так, подростки, страдающие аутизмом, более чувствительны к образованию побочных эффектов метилфенидата [8]. Дети в возрасте 15–17 лет, принимающие антипсихотические препараты второго поколения, склонны к прибавлению веса [9].

Кроме того, антидепрессанты обуславливают риск некоторых суицидальных явлений [10]. По исследованиям детей и подростков с депрессией [11], уровень суицидальности был 3% в группе пациентов, принимавших антидепрессанты, и 2% в группе плацебо.

В исследовании [11] обозначены показания к нейролептической терапии. Согласно рекомендациям протоколов ВОЗ одновременно можно применять один или два нейролептика нового поколения. Сначала назначают минимальные дозы. После ослабления симптомов дозировку нужно уменьшить либо заменить антипсихотический препарат на седативные лекарства, антидепрессанты, нормотимики. Показания для применения нейролептиков у подростков следующие:

- мания – состояние с повышенным настроением, неуправляемым возбуждённым поведением;
- галлюцинации и бред – симптомы психотических расстройств;
- психомоторное возбуждение – патологическая двигательная и эмоциональная активность;
- Синдром Туретта – генетическое заболевание с двигательными вокальными тиками.

Можно выделить следующие этапы применения психотропных средств для оказания психиатрической помощи детям в возрасте 15–17 лет:

- 1 этап – Масштабная диагностическая оценка, с фиксацией симптоматики, при которой показано назначение психотропных средств;
- 2 этап – Объяснить родителям и подростку потенциальную пользу и риски применения того или иного психотропного средства по отношению к альтернативным вариантам;

3 этап – Установить и оценить симптомы – мишени и функции, которые, как ожидается, будут улучшены;

4 этап – Получить базовые клинические или лабораторные параметры (вес, рост, артериальное давление, частота пульса, уровень холестерина, функция почек);

5 этап – Начать с наиболее низкой дозы психотропного средства для определения порога, позволяющего получить нужный результат;

6 этап – Отслеживать эффект, побочные явления и, по возможности, уровень препарата в плазме крови в первые несколько недель лечения, при необходимости корректируя дозу. При улучшении оптимизировать дозу, добываясь максимального разрешения симптомов и улучшения функционирования;

7 этап – Определить поддерживающую дозу, и, с учётом состояния и используемого психотропного средства, установить предполагаемую длительность лечения;

8 этап – Периодически анализировать необходимость продолжения лечения, либо его прекращения. При прекращении лечения оценить необходимость постепенного уменьшения дозы препарата (антидепрессанты, литий, антипсихотики). В некоторых случаях допускается резкая отмена психотропного средства, например, метилфенидата.

Всё чаще на сегодняшний день в детской и подростковой психиатрической практике применяются атипичные антипсихотики. Их преимуществами являются:

- эффективность в устранении бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения;
- предупреждение депрессии, интеллектуального снижения, патологического равнодушия из-за длительно текущей шизофрении;
- относительно низкий риск двигательных побочных эффектов, например, непроизвольных движений отдельных групп мышц;
- возможность проходить курс лечения амбулаторно, не прерывая учёбу.

К недостаткам относятся следующие:

- перерастание побочных реакций в стойкие заболевания [12];
- риск развития сахарного диабета [14, 15];

- побочные эффекты в виде набора массы тела [16, 17];
- повышение уровня глюкозы, липидов, сердечнососудистые заболевания [18];
- риск развития медикаментозной гиперпролактинемии [13].

В исследованиях [19, 20] отмечается, что максимальная частота обменных нарушений обусловлена приёмом оланзапина, клозапина, рисперидона и палиперидона, а также амисульприда. Между тем кветиапин не меняет уровень пролактина, а арипипразол может даже снижать его содержание в плазме крови.

Наибольшей доказанной эффективностью в коррекции избыточной массы тела у детей и подростков в связи с лечением антипсихотиками обладает метформин [21]. Он может предупреждать увеличение массы тела при одновременном назначении с антипсихотиками [22].

Также превосходство над плацебо в коррекции побочного эффекта в виде ожирения имеет топирамат и ребоксетин [23, 24].

Нами разделяется позиция [25], что антипсихотиками детям в возрасте 15–17 лет целесообразно применять только при неэффективном лечении посредством терапевтических подходов, сопровождающихся меньшими терапевтическими рисками, и при внимательном лабораторном контроле сердечных и метаболических функций.

При предупреждении и коррекции метаболических нарушений у детей в возрасте 15–17 лет, вызванных антипсихотиками второго поколения, необходим мониторинг таких показателей как масса тела; обхват талии; уровень пролактина, холестерина, триглицеридов и глюкозы в крови; печёночные тесты; уровень гормонов щитовидной железы [26].

Принципы предупреждения и коррекции избыточной массы тела вследствие антипсихотической терапии у детей и подростков следующие:

- выбор антипсихотика с минимальными метаболическими эффектами;
- смена антипсихотика при возникновении обменных нарушений и их фармакологическая коррекция, в первую очередь метформин [27].

Полагаем обоснованным в качестве альтернативы антипсихотикам в коррекции нарушений поведения у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра использовать нормотимические средства (стабилизаторы настроения), в том числе литий и вальпроаты [28]. Данные препараты снижают импульсивность и агрессию при существенно меньших

терапевтических рисках в сравнении с антипсихотиками, что, по нашему мнению, является особо значимым в подростковой психиатрии.

Анализ, проведённый в настоящей статье, позволяет прийти к следующим выводам. На сегодняшний день при обоснованном назначении психотропные средства имеют большое значение для оказания психиатрической помощи детям в возрасте 15–17 лет. Они могут улучшить функционирование и ускорить выздоровление. Современные тенденции демонстрируют, что терапевтическая ценность большинства психотропных средств хорошо задокументирована как в отношении кратковременного, так и среднего по времени их применения.

Рекомендации по увеличению эффективности применения психотропных средств для оказания психиатрической помощи детям в возрасте 15–17 лет следующие:

- уточнение показаний к применению психотропных средств с позиций доказательственной медицины;
- внедрение в практику стандартов лечения;
- смена «симптом-центрированного» подхода к назначению психотропной терапии на принцип разумной достаточности терапии с учётом, прежде всего, качества жизни пациента и задач его психоциального развития;
- преимущественно монотерапия психотропными средствами, выбор в пользу психосоциальных вмешательств при примерно одинаковой их эффективности с действием психотропных средств.

Однако для анализа отдалённого влияния фармакотерапии требуется развивать данное направление исследований.

Литература:

1. Brophy S, Kennedy J, Fernandez-Gutierrez F, John A, Potter R, Linehan C, Kerr M. Characteristics of children prescribed antipsychotics: analysis of routinely collected data. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018;28(3):180-191.
2. Maayan L, Vakhrusheva J, Correll CU. Effectiveness of medications used to attenuate antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology.* 2010;35(7):1520-1530.
3. Waszak PM, Zagożdżon P, Pierucka M, Kubanek A. Antipsychotic medication prescribing trends in a pediatric population in Northern Poland 2008–2012. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018;28(9):631-636.

4. Krill R.A, Kumra S. Metabolic consequences of second-generation antipsychotics in youth: appropriate monitoring and clinical management. *Adolesc Health Med Ther.* 2014; 5:171-182.
5. Van Engeland H, Buitelaar JK. Autism Spectrum Disorders. In: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Fifth Edition.* Malden: Blackwell Publishing; 2013.
6. Портнова А.А., Сиволап Ю.П. К проблеме применения антипсихотиков в детской и подростковой психиатрии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* 2019;119(11):123 127
7. Cooper W.O., Habel L.A., Sox C.M. et al. ADHD drugs and serious cardiovascular events in children and young adults. *New England Journal of Medicine.* 2011. V. 365. P. 1896-904.
8. Victoria Hallett Exploring the Manifestations of Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders. February 2013. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 43(10). P. 2341–2352.
9. Caroli S., A. M.Chessa,G. J. Erhardt Invited review: Milk protein polymorphisms in cattle: Effect on animal breeding and human nutrition. *Journal of Dairy Science* Vol. 92 No. 11, 2009. P.5335-5352.
10. Hammad Tarek A., Thomas Laughren; Judith Racoosin Suicidality in Pediatric Patients Treated With Antidepressant Drugs. *ARCH GEN PSYCHIATRY.* VOL 63. MAR 2006. P. 332-339.
11. Bridge J.A., Iyengar S., Salary C.B. et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association.* 2007. V. 297. P. 1683–1696.
12. Чижова Т.Н., Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Патракова А.А. Оценка эффективности и безопасности применения атипичных нейролептиков у детей. *Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.* 2017. №1 (16) .Т. 3
13. Марценковский И.А. Применение атипичных антипсихотиков у детей (практика, построенная на принципах доказательной медицины). «Вестник ассоциации психиатров Украины. (02) 2011.
14. Galling B, Roldán A, Nielsen RE, Nielsen J, Gerhard T, Carbon M, Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Olfson M, Kahl KG, Martin A, Guo JJ, Lane HY, Sung FC, Liao CH, Arango C, Correll CU. Type 2 diabetes mellitus in youth exposed

to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(3):247-259.

15. Galling B., Correll CU. Do antipsychotics increase diabetes risk in children and adolescents? *Expert Opin Drug Saf*. 2015;14(2):219-241.

16. Hollis C. *Schizophrenia and Allied Disorders*. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Fifth Edition. Malden: Blackwell Publishing; 2013.

17. Ilies D, Huet AS, Lacourse E, Roy G, Stip E, Amor LB. Long-term metabolic effects in French-Canadian children and adolescents treated with second-generation antipsychotics in monotherapy or polytherapy: a 24-month descriptive retrospective study. *Can J Psychiatry*. 2017; 62(12):827-836.

18. Ray WA, Stein CM, Murray KT, Fuchs DC, Patrick SW, Daugherty J, Hall K, Cooper WO. Association of antipsychotic treatment with risk of unexpected death among children and youths. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76(2):162-171.

19. Kumar A., Datta SS, Wright SD, Furtado VA, Russell PS. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 10:CD009582.

20. Peuskens J, Pani L, Detraux J, De Hert M. The effects of novel and newly approved antipsychotics on serum prolactin levels: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2014;28(5):421-453.

21. Dayabandara M., Hanwella R., Ratnatunga S., Seneviratne S., Suraweera C, de Silva VA. Antipsychotic-associated weight gain: management strategies and impact on treatment adherence. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017; 13:2231-2241.

22. Maayan L, Vakhrusheva J, Correll CU. Effectiveness of medications used to attenuate antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(7):1520-1530.

23. Zhuo C, Xu Y, Liu S, Li J, Zheng Q, Gao X, Li S, Jing R, Song X, Yue W, Zhou C, Upthegrove R. Topiramate and metformin are effective add-on treatments in controlling antipsychotic-induced weight gain: a systematic review and network meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2018;9:1393.

24. Maayan L, Vakhrusheva J, Correll CU. Effectiveness of medications used to attenuate antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35(7):1520-1530.

25. Galling B., Roldán A., Nielsen RE, Nielsen J, Gerhard T, Carbon M, Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Olfson M, Kahl KG, Martin A, Guo JJ, Lane HY, Sung FC, Liao CH, Arango C, Correll CU. Type 2 diabetes mellitus in youth exposed to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(3):247-259.

26. Ho J, Panagiotopoulos C, McCrindle B, Grisaru S, Pringsheim T. Canadian Alliance for Monitoring Effectiveness and Safety of Antipsychotics in Children (CAMESA) guideline group. Management recommendations for metabolic complications associated with second-generation antipsychotic use in children and youth. *Paediatr Child Health*. 2011;16(9):575-580.

27. Krill RA, Kumra S. Metabolic consequences of second-generation antipsychotics in youth: appropriate monitoring and clinical management. *Adolesc Health Med Ther*. 2014; 5:171-182.

28. Van Engeland H, Buitelaar JK. Autism Spectrum Disorders. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Fifth Edition. Malden: Blackwell Publishing; 2013

АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Устюжанина Д. В., Писоцкая Ю. В., Аширова Л. Э., Мартиросян Е. А., С.М. Б.
Кафедра педиатрии №2 Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар
lili.colin@mail.ru

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) остается актуальной проблемой современной медицины. По данным последних эпидемиологических исследований, отмечается рост как высокого нормального АД, так и АГ среди детей и подростков. В наибольшей степени это относится к подростковому возрасту, где АГ верифицируется у 22%.

Цель: изучить распространенность и структуру факторов риска эссенциальной артериальной гипертензии у школьников Краснодарского края.

Пациенты и методы: для решения поставленных задач проведен анализ медицинской документации (история болезни форма 003/у) 76 детей подросткового периода в возрасте от 12 до 17 лет (медианный возраст – 14,1±1,9 лет), которые находились на стационарном лечении в отделении кардиологии ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» МЗ КК за период 2020 -2021 гг. с

клиническим диагнозом эссенциальная АГ. Из них 69% (n=53) юношей и 31% (n=23) девушки.

АГ диагностировалась в соответствии с российскими Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению АГ у детей и подростков [1]. К АГ относили состояние, при котором средний уровень систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД), рассчитанный на основании 3 отдельных измерений, более или равен значению 95-го перцентиля АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста. Физическое развитие детей оценивалось согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [14] с использованием программы WHO AnthroPlus. Избыток массы тела диагностировали при значениях индекса массы тела (ИМТ) для соответствующего возраста и пола ребенка более 1 и менее 2 стандартных отклонений (standard deviation score, SDS), ожирение – более 2 SDS ИМТ [14]. Данные наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям формировались на основании данных анамнеза и опроса родителей пациентов, оценивались показатели физического развития (длина тела, масса тела, ИМТ), АД (результаты мониторирования АД по дневникам наблюдений).

Диагностическая программа включала: анализ возрастной и половой структуры пациентов, жалоб, анамнестических данных, клинических проявлений заболевания. Липидный спектр сыворотки оценивался по содержанию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина-липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина-липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП). Суммарный атерогенный риск оценивался по индексу атерогенности (ИА), расчет производился по формуле: $ИА = (ОХ - ХС - ЛПВП) / ХС - ЛПВП$. Забор крови осуществлялся у всех обследуемых лиц путем венопункции из локтевой вены в утренние часы (8–9 ч) после 12–14-часового голодания.

В качестве критериев нормолипидемии были использованы Clinical Practice Recommendations for Pediatric Dyslipidemia [15]. Заключение об изолированной ДЛП выносилось при повышении уровня одного из липидов или липопротеидов; комбинированной ДЛП при повышении уровня липидов и липопротеидов различных классов и снижении уровня ХС - ЛПВП. При изолированном снижении уровня ХС ЛПВП (<45 мг/дл), состояние оценивалось как гипоальфахолестеринемия.

Исследование углеводного обмена, уровня мочевой кислоты (согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги (EULAR) по диагностике подагры, гиперурикемией считали уровень МК >360 мкмоль/л (6 мг/дл)) [16].

Инструментальные методы исследования: стандартная ЭКГ, Холтер мониторинг ЭКГ, СМАД, ЭХО-КГ, УЗИ почек, надпочечников, органов брюшной полости, исследование структурно-функционального статуса щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы с определением уровня тиреоидных гормонов).

По результатам СМАД обследуемые были разделены на 3 группы: группа I – пациенты с феноменом АГ «белого халата» – 22 человека (28,9%) – индекс времени (ИВ) АГ у них не превышал 25%. Группа II – пациенты с лабильной АГ – 26 человек (34,2%) – с диапазоном значения ИВ АГ- 25-50%; группа III – пациенты со стабильной АГ – 28 человек (36,8%) – ИВ АГ составлял более 50%.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлено, что среди ФР АГ отягощенный наследственный анамнез встречается у 81,5 % (n=62) обследуемых и наиболее часто в группе со стабильной АГ – 50 % (n=38).

Избыточная масса и ожирение (ИМТ) встречаются у 39,6% (n=30) и с одинаковой частотой во всех 3-х группах: 14,4% (n=11), 13,2% (n=10), 12 % (n=9).

Дислипидемии (ДЛП) верифицированы у 23,6% (n=18). Наиболее часто ДЛП встречаются у пациентов со стабильной АГ – 50,0% (n=9), в группе с лабильной АГ показатель составил – 27,7% (n=5), в группе с гипертензией «белого халата» - 22,3% (n=4). Анализ структуры ДЛП показал преобладание изолированных форм - 55,5 % (n=10), среди них гиперхолестеринемия составила 33,2%, гипертриглицеридемия – 22,3%. Второе место занимают комбинированные формы ДЛП - 33,4%(n=6), третье место принадлежит 2-а типу (по Фредриксону) – 11,1%(n=2). Изолированная альфа-гипохолестеринемия выявлена у 16,7% (n=3).

Сахарный диабет 2 типа (СД) верифицирован у 1 подростка со стабильной АГ – 1,3%; нарушение толерантности к глюкозе у 2 пациентов 2 группы – 2,6 %. Все 3 случая нарушений углеводного обмена сочетались с ожирением.

Инсулинорезистентность выявлена у 2 подростков 2 группы – 2,6%.

Гиперурикемия, как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний выявлен у 1 пациента 1 группы и 3-х пациентов 3 группы, что составило – 5,3 % (n=4).

Гиподинамия, как один из самых распространенных ФР встречалась с одинаковой частотой во всех группах и составила 68,4% (n=52).

Вредные привычки (курение) выявлены у 17,1% (n=13) обследуемых: 6,6% (n=5) в 1 группе, 5,3% (n=4) во 2 группе и 5,3% (n=4) в 3 группе.

Выводы. Среди ФР АГ лидирующее место занимает отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям - 81,5 % (n=62), который наиболее часто встречается у лиц со стабильной АГ – 50 % (n=38). Второе место - гиподинамия - 68,4% (n=52), которая встречается с одинаковой частотой в 3-х группах. Третье место среди ФР АГ занимают избыточная масса тела и ожирение – 39,6% (n=30), которые ассоциированы с нарушениями углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, СД 2 типа).

Исследование показало широкое распространение ДЛП - 23,6%. Наиболее часто ДЛП встречаются у пациентов со стабильной АГ – 50,0%. В структуре ДЛП преобладают изолированные формы – 55,5%, среди них гиперхолестеринемия - 33,2%, гипертриглицеридемия – 22,3%. Комбинированные формы ДЛП выявлены у 33,4%, третье место принадлежит 2-а типу ДЛП (по Фредриксону) – 11,1%. Изолированная гипоальфахолестеринемия выявлена у 16,7%, что подтверждает атерогенную направленность липидного метаболизма у обследуемых.

Ассоциация АГ и ДЛП может быть связана как со случайным сочетанием этих широко распространенных факторов риска, так и с общими для двух патологий метаболическими нарушениями, лежащими в основе их развития. АГ и ДЛП – ведущие факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений. При их сочетании значительно возрастает сердечно-сосудистый риск, что требует активного наблюдения и лечения этих состояний.

Гиперурикемия, как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний выявлена у – 5,3 % (n=4). Гиперурикемия ведущий фактор атерогенеза, способствующий развитию эндотелиальной дисфункции. Сегодня имеются данные о роли гиперурикемии в развитии АГ как за счет прямого влияния на гладкие мышцы сосудов, так и вследствие блокирования выделения эндотелиальными клетками оксида азота. ГУ рассматривается в качестве ведущего биохимического маркера атерогенного фенотипа дислипидемий и указывает на сопряженность и взаимообусловленность пуринового и липидного обменов, существующую в самом начале атерогенеза, что может иметь большое диагностическое и клиническое значение.

Курение, как наиболее управляемый предиктор АГ, выявлен у 17,1% (n=13). Курение - самая распространённая вредная привычка в России у мужчин, среди которых курит 63%. В последние годы отмечается распространённость курения и среди женщин молодого возраста до 25%. Распространённость курения среди школьников составляет 21,1 %. Причем в 12–14 лет курят 50,5 % мальчиков и 22,0 % девочек. В современных условиях мальчики начинают курить в 7–8 лет, девочки – в 9–11 лет.

Курение – один из основных ФР развития эндотелиальной дисфункции, не только повышает АД, но вызывает суживание эндотелия и повышает риск тромбообразования. Основными ФР при активном курении сигарет являются: никотин -аддитивное вещество, вызывающее кратковременное повышение АД, монооксид углерода – прочно соединяясь с эритроцитами, снижает оксигенацию крови, усиливает гипоксемию, смолы – совокупность веществ, образующихся в результате горения табака и нарушающих метаболизм NO, эндоте-леина-1 и других метаболитов, значительно усиливают процессы окислительного стресса. Курение ассоциируется с ишемическим коронарным вазоспазмом, острым инфарктом миокарда, заболеваниями периферических сосудов и атеросклерозом.

В настоящее время нет сомнения в том, что активная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний должна начинаться с детского возраста и это будет наиболее эффективным и значительным по сравнению с профилактикой, проводимой у взрослых. Выявление детей и подростков, предрасположенных к развитию кардиоваскулярной патологии может иметь большое практическое значение вследствие исключительных возможностей коррекции нарушений функции отдельных органов, систем, обмена веществ в детском и юношеском возрасте.

Литература:

1. Александров А.А., Кисляк О.А., Леонтьева И.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Системные гипертензии. 2020; 17 (2): 7–35. DOI: 10.26442/2075082X.2020.2.200126.
2. Sapunar J., Aguilar-Farías N., Navarro J. et al. High prevalence of dyslipidemia and high atherogenic index of plasma in children and adolescents // Rev. Med. Chil. 2018. Vol. 146, N 10. P. 1112–1122
3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. VII пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2019 г.
4. И. В. Сергиенко, А. А. Аншелес, В. В. Кухарчук. Дислипидемии, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца: генетика, патогенез, фенотипы, диагностика, терапия, коморбидность // Издание четвертое, переработанное. Москва. 2020. С. 295
5. Т. И. Шашкова, Д. Д. Горев, Е. Д. Пахомов, А. С. Шадрина, С. Ж. Шарاپов, Я. А. Цепилов, Л. К. Карссен, Ю. С. Аульченко. Платформа GWAS-MAP для агрегации результатов полногеномных исследований ассоциаций и база данных GWAS-MAP|homo 70 миллиардов генетических ассоциаций признаков

человека. //Вавиловский журнал генетики и селекции. 2020;24(8):813-820DOI 10.18699/VJ20.678 <https://doi.org/10.18699/VJ20.686>

6. Hypomethylation of interleukin-6 (IL-6) gene increases the risk of essential hypertension: a matched case-control study / S. Mao [et al.] // J. Hum. Hypertens. - 2017. -Vol. 31, iss. 1. - P. 530-536. - doi: 10.1038/jhh.2017.7

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Хайрова¹ О. В., Дунаевская² Э. Б.

1 - ГБОУ №370 Московского района, Санкт-Петербург

2 - РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

doroga2elvira@yandex.ru

Новый Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), по сравнению с предыдущим ФГОС, расширил направленность в создании специальных условий образования для обучающихся с ОВЗ. Новый стандарт делает акцент на воспитании, социализации, развитии личностных качеств обучающихся, необходимых для решения повседневных и нетиповых задач с целью адекватной ориентации в окружающем мире.

Адаптированная основная образовательная программа (вариант 7.2) предназначена для образования обучающихся с задержкой психического развития (далее ЗПР), которые характеризуются уровнем развития ниже возрастной нормы, а также отставанием в целом или локально в отдельных функциях. Требования к результатам обучающихся с ОВЗ в соответствии с ФГОС НОО ОВЗ дополняются группой специальных требований к развитию жизненной компетенции ребенка с ОВЗ. Устанавливаются следующие обязательные направления коррекционной помощи и соответствующие им специальные требования к результатам обучающихся всех категорий с ОВЗ. Для успешной реализации ФГОС НОО ОВЗ, необходимо определить функциональную асимметрию мозга для построения коррекционно-образовательного маршрута учеников с ЗПР.

Первая клиническая классификация ЗПР была предложена в 1967 г. Т.А. Власовой и М.С. Певзнер [4]. В данной классификации, два варианта задержки психического развития. Один из них непосредственно связан

с психическим и психофизическим инфантилизмом. В первом варианте на первый план выступает отставание в развитии эмоционально-волевой сферы и личностная незрелость детей. Второй вариант несет в себе нарушения познавательной деятельности при ЗПР со стойкой церебральной астенией. Для второго варианта характерны нарушения внимания, быстрая утомляемость, психомоторная вялость или возбудимость.

При систематике ЗПР Власова Т.А. и Певзнер М.С. выделяют две основные формы:

1. *Инфантилизм* – нарушение темпа созревания, при котором поздно формируются мозговые системы. Его варианты:

- гармонический, он связан с нарушением функционального характера, незрелостью лобных структур;

- дисгармонический, который обусловлен явлениями органического поражения головного мозга.

2. *Астения* – резкая озлобленность неврологического характера и соматического. Она обусловлена динамическими и функциональными нарушениями центральной нервной системы, поэтому выделяют ее следующие формы: соматическая и церебрально - астеническая (повышенная истощаемость нервной системы) [4].

М. С. Певзнер считала, что легкие органические изменения в ЦНС и незрелость эмоционально-волевой сферы при правильной лечебной и коррекционно-воспитательной работе обратимы. Поэтому ЗПР иногда определяли как «временную задержку психического развития». Но данные катамнестических исследований М.Г. Рейдибойма (1971), И.А. Юрковой (1971), М.И. Буянова (1986) показали, что по мере уменьшения черт эмоциональной незрелости с возрастом ребенка на первый план выходят признаки интеллектуальной недостаточности и психопатоподобные нарушения.

Более поздняя классификация с учетом этиологии и патогенеза основных форм ЗПР была предложена в 1980 г. К.С. Лебединской. Эта классификация в литературе обозначена, как этиопатогенетическая классификация. ***В соответствии с ней выделяются четыре основных типа задержки психического развития [7]:***

1) Задержка психического развития конституционального генеза гармонического и дисгармонического типа.

2) Задержка психического развития соматогенного генеза.

3) Задержка психического развития психогенного генеза.

4) Задержка психического развития церебрально-органического генеза.

И. Ф. Марковская (1993) отметила два основных клиничко-психологических варианта ЗПР церебрально-органического генеза:

– в первом варианте доминирует незрелость эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма. Высшие психические функции при этом недостаточно сформированы и истощаемы.

– во втором варианте наблюдаются симптомы поврежденности: стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций и тяжелые нейродинамические расстройства.

Прогноз задержки психического развития церебрально-органического генеза в значительной степени зависит от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики его развития.

Функциональная асимметрия полушарий мозга - это специфические особенности структуры и функции мозговых полушарий, приводящее к тому, что при осуществлении одних психических функций главенствует левое, а других – правое полушарие. Поэтому ее рассматривают в двух аспектах: функциональной асимметрии (или специализации) полушарий мозга и их взаимодействии в обеспечении психической деятельности человека [1].

ФАМ проявляется во всех психических процессах: памяти, мышлении, внимания, восприятия, речи и эмоциях. К настоящему времени накоплены многочисленные свидетельства о полушарных различиях мозга «правшей» и «левшей» по ряду морфологических, биохимических и функциональных характеристик. Этому предшествовал значительный исторический период становления научных представлений о межполушарной асимметрии мозга. Выявлены психологические особенности людей с различным типом межполушарной функциональной асимметрии мозга. Для людей с доминирующим левым полушарием («левополушарников») свойственна последовательная обработка поступающей в мозг информации. Дети с доминирующим правым полушарием обрабатывают сигналы одновременно и целостно. Левому полушарию мозга свойствен аналитический подход, а правому – синтетический. Правое полушарие отражает внешнюю среду от общего к частному, а левое – по принципу индукции, от частного к общему. Левое полушарие отвечает за формально-логическое мышление, а правое за ассоциативно-эмпирическое, метафорическое мышления. Левое полушарие отвечает за понятийное, конвергентное мышление, прогнозирование будущих событий, выдвижение гипотез. Ведущее восприятие – аудиальное, следовательно, они лучше воспринимают задания, которые говорят вслух, а не пишут. Правое

полушарие отвечает за ориентацию в пространстве. Его функционирование обуславливает наглядно-образное мышление. Доминирующим является визуальное и кинестетическое восприятие. Восприятие информации лучше всего происходит в виде рисунков и схем. Было доказано, что правополушарное мышление, создающее специфический пространственно-образный контекст, имеет решающее значение для творчества [2].

На данный момент можно считать доказанными несколько основных положений, касающихся межполушарной асимметрии мозга.

Межполушарная асимметрия головного мозга, как различное по характеру и значимости участие левого или правого полушария в осуществлении психических функций, имеет не глобальный, а парциальный характер. В различных системах характер функциональной асимметрии может быть неодинаков. Выделяют сенсорную, моторную и «психическую» асимметрию, причем каждая из них подразделяется на множество видов [4]. Анализируя соотношение только трех видов асимметрий (рука - глаз - ухо), А.П. Чуприков выделил в нормальной популяции 8 вариантов межполушарной асимметрии мозга. Если учитывать другие виды моторных и сенсорных асимметрий, то вариантов будет больше [7]. Психические процессы, зависящие от правого полушария мозга, включают в себя сенсорные асимметрии. Они определяют познание окружающего мира с помощью органов чувств. Психические процессы, зависящие от левого полушария, тесно связаны с моторной асимметрией. В этом случае дифференцируются и психомоторные процессы [5].

Интересующая нас категория детей с ОВЗ имеет трудности обучения, которые могут объясняться множеством причин, в том числе и мозговой организацией структуры дефекта (особенно при ЗПР конституционального и церебрально-органического генеза) [6].

Исследование было направлено на определение функциональной асимметрии мозга у обучающихся с задержкой психического развития в разных группах здоровья (Приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей», где в зависимости от состояния здоровья дети относятся к 5 группам здоровья).

Выборка исследования: 20 учеников третьих классов ГБОУ СОШ № 370 Московского района г. Санкт-Петербурга, обучающихся по адаптированной основной общеобразовательной программе УМК «Школа России» (вариант 7.2) для обучающихся с задержкой психического развития.

При работе с детьми мы придерживались этических норм диагностики и принципа защиты интересов обследуемых: конфиденциальность

обследования, профессиональная компетентность, уважение личности каждого испытуемого, такт и др.

Методы исследования: определение индивидуального профиля функциональной асимметрии включало четыре пробы определения доминантной руки, три пробы на определение ведущей ноги, три пробы на выявление ведущего глаза и две пробы на определение ведущего уха.

По медицинским данным, все испытуемые были распределены по группам здоровья: 2 группа – 8 учащихся (40%), 3 группа – 4 учащихся (20%) и 5 группа – 8 человек (40%). Вторую группу составили дети с отсутствием хронические заболевания, но с наличием функциональных и морфофункциональных нарушений, перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания, дети с общей задержкой физического развития. Для 5 группы здоровья характерны тяжелые хронические заболевания, требующие постоянной терапии, дети-инвалиды, дети с физическими недостатками и значительным ограничением возможности обучения.

По результатам проведения проб на функциональную асимметрию мозга были получены следующие показатели: из 20 испытуемых был выявлен 1 ребенок «чистый правша», что составляет 5%. Остальные 95% респондентов имеют смешанный тип функциональной асимметрии. По группам здоровья испытуемые распределились в следующем порядке: во вторую группу здоровья вошли 8 человек, что составляет 40% респондентов, третья группа состоит из трех человек, что составляет 15% и 5 группа здоровья включает 8 человек, что составляет 40%. «Чистых левшей» выявлено не было.

Праворукий профиль асимметрии выявлен у 7 детей, что составляет 35%. Распределение по группам здоровья насчитывает во второй группе здоровья три человека, а это 15%, третья группа здоровья один человек, что составляет 5%, и в пятую группу вошли 3 человека, то есть 15 респондентов.

Оказалось, что 13 человек имеют возможность использовать как правую, так и левую руку. Такие дети относятся к амбидекстрам. Амбидекстров отличает высокий уровень адаптивности, они имеют одинаково высокое развитие восприятия образно-интуитивного. По группам здоровья таких детей поровну во второй и пятой группе здоровья по 5 человек, что составляет 25% в каждой группе. Три человека вошли в третью группу, что составляет 15%.

Особенностями межполушарной асимметрии может объясняться и «зеркальное письмо», которое у детей с ОВЗ также встречается гораздо чаще, чем у детей с нормотипичным развитием.

Можно сделать следующие выводы: во-первых, у детей младшего школьного возраста с ЗПР смешанный тип индивидуального латерального

профиля присутствует в большей степени по сравнению с другими типами, что соответствует научным данным и данным о количестве детей с этим профилем в популяции в целом; во-вторых, у детей с ЗПР при смешанном индивидуальном латеральном профиле ведущим полушарием является правое с небольшим количественным превышением по сравнению с левым. Это, скорее всего, является особенностью детей с ЗПР. Анализ данных успеваемости этой группы учащихся показывает, что дети испытывают большие трудности при овладении навыками чтения и письма. Освоение учебных дисциплин, опирающихся на предметно-практическую деятельность, не вызывает у них особых затруднений. Среди этих школьников имеются дети с явлениями школьной дезадаптации той или иной степени выраженности.

Результативность обучения детей с ОВЗ зависит от своевременного развития межполушарного взаимодействия и подбора в его процессе индивидуальных методов и методик обучения, учитывающих профиль функциональной асимметрии мозга. Между тем некоторые выводы по экспериментальной работе остаются на уровне предположений, что побуждает к продолжению исследования в выбранном направлении.

Литература:

1. Ахутина Т.В., Яблокова Л.В., Полонская Н.Н. Нейропсихологический анализ индивидуальных различий у детей: параметры оценки / Нейропсихология и психофизиология индивидуальных различий // Под ред. Е.Д.Холмской, В.А.Москвина. М.- Оренбург, 2000.
2. Бианки В.Л. Асимметрия мозга животных. - Л.: Наука, 1985. - 295 с.
3. Вейн А. Мозг и творчество // Наука и жизнь. - 1983. - № 3.- С.80-88.
4. Власова Т. А., М. С. Певзнер, Дети с временными задержками развития. М., 1971.- 207 с.
5. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека: монография. - М.: Медицина, 1988. – 237 с.
6. Доброхотова, Т.А. Левши /Т.А. Доброхотова, Н. Н. Брагина. - М. : Книга ЛТД, 1994.- 323 с.
7. Кулганов В.А. Особенности проявления функциональной асимметрии головного мозга и ее профиля // Дошкольная педагогика. – 2021. – № 8 (173). – С. 4-6.
8. Лебединская К.С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. - М., 1982. – 127 с.

9. Манелис Н.Г. Формирование высших психических функций у детей с задержанным вариантом отклоняющегося развития. Нейропсихологический анализ // Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств / Отв. ред. М.Г. Храковская. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2001. С. 30-39.

10. Чуприков А.П. Особенности моторного доминирования у психически больных / Нервно-психические заболевания экзогенно-органической природы. - М., 1975. - С.11-28.

РЕСУРСЫ МУЗЫКАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ ПЕДАГОГОВ, ПРЕПОДАЮЩИХ ПРЕДМЕТЫ ХУДОЖЕСТВЕННОГО ЦИКЛА

Чи Ч., Кондратьева П. А., Андреева Н. П.

Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург
nat-saa@mail.ru

Требования к профессиональной компетентности педагогов, преподающих предметы художественного цикла, на современном этапе развития общества постоянно повышаются. Сегодня все более востребованным становится освоение возможностей музыкальной психологии.

Музыкальная психология – это область научного знания, сформировавшаяся на стыке музыки, психологии и медицины. Научная музыкальная психология берет начало в труде немецкого естествоиспытателя Г. Гельмгольца «Учение о слуховых ощущениях как физиологическая основа теории музыки». Его разработки в области слуховых ощущений воплотились в резонансную теорию слуха, которую Гельмгольц сформулировал в 1863 году. В созданной им же теории консонанса и диссонанса Гельмгольц первым указал на физическую причину диссонанса. Как известно из теории музыки, «консонанс - это слияние в восприятии одновременно звучащих тонов, а также созвучие, воспринимаемое как слияние тонов. Понятие консонанс противоположно понятию диссонанса» [1]. Физика же ясно доказывает, что разница между консонансом и диссонансом обусловлена различными отношениями, в которые вступают между собой звуковые волны. Г. Гельмгольц в свою очередь доказал, что при одновременном воспроизведении двух звуков между их частичными тонами возникают биения. От количества биений и их громкости зависит степень консонантности и диссонантности. Большой вклад в изучение музыкальных явлений в конце XIX века внес и другой немецкий исследователь - К. Штумпф [2]. Он заложил основы концепции о двух

компонентах высоты музыкального звука, суть которой заключалась в том, что с изменением одного физического признака звука - частоты его колебаний - изменяются одновременно два психологических признака звука - его тембр и высота. Эти идеи были развиты затем в трудах М. Майера, Г. Ревеша и В. Кёлера. Таким образом, первые разработки и достижения музыкальной психологии были ориентированы на изучение законов восприятия звука. В этой связи она была названа изначально - «тон-психология» [3].

В России предпосылки к выделению музыкальной психологии, как особой области научно-психологического познания, появились в конце XIX века в трудах психофизиологов И.М. Сеченова и В.М. Бехтерева. Термином «психомоторика», впервые введённым им в книге «Рефлексы головного мозга» (1863), И.М. Сеченов обозначил связь различных психических явлений с движениями и деятельностью человека [4]. Он рассматривал музыкальную деятельность, как целостный психомоторный акт, постепенно уходя от исследования отдельных психических функций. Предложенный Сеченовым термин - «психомоторика» сегодня прочно вошёл в практику педагогов-музыкантов, как совокупность управляемых действий, обусловленная физиологическими и психологическими способностями исполнителя.

Отечественная музыкальная психология ярко заявила о себе выходом масштабного труда Б. М. Теплова «Психология музыкальных способностей» (1947г.). Советский психолог, основатель школы дифференциальной психологии, Борис Михайлович Теплов (1896-1965) разрабатывал концепцию музыкальной одарённости, развития слуховых представлений, ощущения музыкального звука. Предложенная им новая структура музыкальных способностей, включала в себя в качестве обязательных такие компоненты, как ритмическое и ладовое чувство, способность к произвольному оперированию музыкальными слуховыми представлениями. Большое значение имел психологический анализ феномена музыкальности, как единства эмоциональной отзывчивости на музыку и совокупности взаимосвязанных между собой отдельных музыкальных способностей. Монография Б. М. Теплова «Психология музыкальных способностей» [5] получила мировую известность, выдержала несколько переизданий в России и была переведена на ряд европейских и восточных языков.

Важную роль в развитии психологии музыкальной одаренности сыграли исследования венгерско-нидерландского психолога Ревеша. Геза Ревеш (1878-1955) рассматривал понятие одаренности исключительно в синтезе с личностным и духовным ростом человека. Каждой возрастной ступени развития он приписывал возможность раскрытия определённых проявлений музыкальной одарённости. Согласно Ревешу, одаренность в детском возрасте обнаруживает себя, прежде всего выдающимися музыкальными

способностями, в юношеском — обращает на себя внимание индивидуальностью музыкального самопроявления. Творческая же одаренность выявляется наиболее отчетливо на подходе к периоду музыкальной зрелости [6].

Значимой фигурой в историю психологии вошёл швейцарский музыковед, музыкальный психолог, дирижёр Эрнст Курт (1886–1946). Его монография «Музыкальная психология» утвердила общее название для психологических исследований музыки точно так, как в свое время книга В. Штумпфа дала название «Тонпсихологии». В противоположность своим предшественникам Курт провозглашал зависимость музыкального восприятия от музыки, а не от отдельных звуковых раздражителей.

В России идеи Курта оказали значительное влияние на музыкально-педагогическую концепцию Б. Асафьева (1884-1949). Именно Борису Асафьеву принадлежит замечательная мысль о том, что в музыке ценно не только то, как она звучит, но то, какие мысли она рождает. Асафьев оказал огромное влияние на развитие музыкознания в советский период. Следует упомянуть наиболее значительные его труды: «Музыкальная форма как процесс», «Интонация», циклы монографий. Выдающийся музыковед, академик, композитор и крупный музыкальный деятель, Борис Асафьев особенно остро затрагивал вопросы музыкального воспитания [7].

Конец XX века был отмечен множеством музыкально-психологических исследований, авторами которых стали не только музыковеды и психологи, но и музыканты-инструменталисты, дирижеры, специалисты в области профессионального музыкального образования. Важнейший вклад в развитие отечественной и мировой музыкальной психологии внесли российские музыковеды Е. В. Назайкинский и В. В. Медушевский. Им принадлежит ряд разработок в исследовании особенностей и структуры музыкального восприятия и музыкального мышления. Труд Е. В. Назайкинского «О психологии музыкального восприятия» охватывает вопросы проблематики музыкального восприятия, взаимосвязей интонации в речи и в музыке, выявления пространственных компонентов в восприятии музыки [8].

Среди множества работ В.В. Медушевского нам наиболее интересен труд «О закономерностях и средствах художественного воздействия музыки» [9]. В нём, наряду с общими вопросами строения и восприятия музыкальных произведений, рассматриваются проблемы художественного моделирования эмоций, психических проекций языковой и речевой сторон музыкальных средств, интенсивности психических процессов.

Подобно тому, как общая психология имеет ряд ответвлений в изучении отдельных видов деятельности, в области музыкальной психологии также намечились основные направления исследований:

- психология музыкального восприятия,
- психология исполнительской деятельности,
- психология музыкального творчества,
- психологическая подготовка музыканта к выступлению,
- социология музыки,
- диагностика музыкальных способностей,
- психология музыкального обучения.

Психология музыкально-исполнительской деятельности является одной из важнейших отраслей музыкальной психологии, она составляет основу сценической работы музыканта и сочетает в себе некоторые аспекты других музыкально-психологических направлений, перечисленных выше.

Доктор психологических наук, профессор Ю.А. Цагарелли (1936-2009) выделяет следующие основные компоненты деятельности музыканта-исполнителя:

- перцептивный компонент, связанный с ощущениями и восприятием музыкального произведения;
- мнемический, связанный с запоминанием и мысленным воспроизведением музыки, а также исполнительских движений;
- мыслительный, связанный с созданием идеального (мысленного) музыкального образа, осмысливанием формы музыкального произведения;
- имажинитивный, связанный с воображением, с сочинением нового музыкального произведения или нового образа в новой интерпретации;
- двигательный, связанный с игрой на музыкальном инструменте, с непосредственным исполнением музыкального произведения [10].

Современная задача музыкальной психологии формулируется в проблеме отражения в музыке действительности и показа процесса становления художественного смысла в музыкальном произведении. Задачи музыкальной психологии охватывают все виды музыкальной деятельности - сочинение музыки, исполнение музыки, восприятие музыки, музыкально-теоретический анализ, музыкальное воспитание. Это требуется в связи с созданием актуальных по содержанию, нацеленных на осмысление современных проблем, поиск вместе с обучающимися способов их разрешения, имеющих не только развлекательный, но и духовно развивающий характер. Сегодня педагогу-музыканту для решения профессиональных задач необходимо

владеть такими компетенциями как: способность качественно направлять все виды своей профессиональной деятельности на художественное формирование окружающей среды, непосредственно на художественное и эстетическое преобразования мира, способность работать и показывать свою творческую работу на различных сценических площадках, быть способным к чувственному восприятию мира, образному мышлению, ярко выраженной творческой фантазии, способность применять полученные знания, навыки и личный творческий опыт в процессе постановочной деятельности. Он должен обладать высоким культурным уровнем, поскольку данная профессиональная деятельность несет в себе социальную и общекультурную функцию - воспитание и формирование собственной концепции исполнения музыкальных сочинений.

В заключение проведенного анализа можно говорить о необходимости пересмотра места и роли музыкальной психологии в подготовке педагога художественного цикла не только в сторону увеличения часов, но и в сторону расширения и углубления содержания музыкальной психологии. Необходимо уделять и больше значения исследованиям в области музыкальной психологии.

Литература:

1. Электронный словарь Академик. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/128583> (Дата обращения: 08.09.2022).
2. Кара-Мурза А.А. На пути к христианскому либерализму // Политическая концептология, 2015, № 1. – С. 187-208.
3. Портал «Фонд знаний «Ломоносов». URL: <http://www.lomonosov-fund.ru/enc/ru/encyclopedia:0132112:article> (Дата обращения: 08.09.2022).
4. Сайт МГУ им. М.В.Ломоносова. URL: <http://www.psy.msu.ru/people/sechenov.html> (Дата обращения: 08.09.2022).
5. Теплов, Б. М., Психология музыкальных способностей. – М.; Л.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1947. - 335 с.
6. Ревеш, Геза. Раннее проявление одаренности и ее узнавание. // Под ред. и с предисл. проф. Россолимо. - Москва: «Современные проблемы». 1924. - 69 с.
7. Асафьев Б.В. Музыкальная форма как процесс. – Л.: изд-во «Музыка», 1971. - 375с.
8. Назайкинский Е. В. Логика музыкальной композиции. - М.: Музыка, 1982. - 319 с.,

9. Медушевский В.А. Двойственность музыкальной формы и восприятие музыки. // Восприятие музыки: сборник статей / [редактор-составитель В. Н. Максимов]. – М.: Музыка, 1980. – С.84-91.

10. Цагарелли, Ю. А. Психология музыкально-исполнительской деятельности. Учебное пособие. - СПб.: Композитор, 2008. - 368 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Шарапова Г. М., Шаджалилова М. С., Касимов И. А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Dr-gulbahor@mail.ru

Цель настоящего исследования – сравнительное изучение клинического течения сальмонеллеза у детей раннего возраста в зависимости от исхода заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 71 больных сальмонеллезом в возрасте от 6 мес до 3 лет, госпитализированных в детскую инфекционную больницу № 4 г. Ташкента. Для сравнительного изучения клинических проявлений острого периода сальмонеллеза вошли больные без обострения (59 детей) с клиническим выздоровлением после проведенного лечения и выпиской из стационара на 6-9 день госпитализации и пациенты с последующим развитием обострения заболевания (22 ребенка). Среди детей в группе больных без обострения 26 (44,1%) были до 1 года, 33 (55,9%) - от 1 до 3 лет. Среди детей в группе больных с обострением 16 (72,7%) были в возрасте до 1 года, 6 (27,3%) - в возрасте 1-3 года. Диагноз сальмонеллеза подтвержден бактериологическим исследованием кала, проведенных в первые сутки поступления в стационар.

Результаты исследования. Гипертермия зарегистрирована у 76,2% больных без обострения и 54,5% больных с обострением ($p > 0,05$) и длительность фебрильной температуры преобладала над таковой у больных с обострением ($4,2 \pm 0,4$ дня против $2,9 \pm 0,3$ дня; $p < 0,05$). В группе больных без обострения отмечен более выраженный диарейный синдром по частоте ($8,2 \pm 0,8$ раз в сутки против $6,1 \pm 0,4$ раз в группе больных с обострением; $p < 0,05$). Кроме того, признаки гемоколита регистрировались только у больных без обострения (50,8%) продолжительностью $2,2 \pm 0,4$ дня. У 3,4% пациентов без обострения развился нейротоксикоз, у 1,7% - инфекционно-токсический шок. Продолжительность пребывания в стационаре у пациентов без

обострения составила в среднем $7,3 \pm 0,45$ койко-дня, у пациентов с обострением – $6,3 \pm 0,51$ койко-дня ($p > 0,05$).

Обострения заболевания наблюдалось у 22 (27,2%) больных детей и развивалось на 2-12 день после выписки из стационара. При этом нарушений рекомендаций врача по соблюдению диеты не отмечалось ни у одного из обследованных детей. Не выявлено достоверной разницы в тяжести течения, по полу, по характеру вскармливания, по локализации инфекционного процесса и по частоте выявляемости других сопутствующих заболеваний (ОРВИ, бронхит, пневмония, аллергодерматит, клебсиеллезная, стафилококковая инфекции) в обследуемых группах. Достоверно отличались эти группы лишь по возрасту. Из 22 больных, у которых сальмонеллез протекал с обострением, 16 детей (72,7%) были младше одного года.

При повторном бактериологическом исследовании кала на фоне исчезновения клинических симптомов и подготовке к выписке из стационара больных положительный рост возбудителя был получен у 15,3% больных без развития в последующем обострения и у 40,9% больных, у которых после выписки из стационара на 2-12 день развилось обострение сальмонеллезной инфекции ($p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, проведенный клинический анализ позволяет заключить, что в обследованных группах детей в остром периоде заболевания достоверных клинических признаков, взаимосвязанных с последующим развитием обострения, не обнаружено. Изучение клинической картины сальмонеллеза в зависимости от исхода болезни позволило говорить о менее выраженном и непродолжительном течении заболевания в острый период болезни у детей с последующим развитием обострения. Единственным, достоверно обусловленным фактором, взаимосвязанным с возможностью развития обострения сальмонеллезной инфекции, является возраст ребенка до одного года.

ФЕНОМЕН АЛЕКСИТИМИИ У ЖЕНЩИН И КОММУНИКАТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С НОВОРОЖДЕННЫМ

Шкуротенко О. С., Защиринская О. В.

Санкт-Петербургский государственный университет

Российский государственный университет им. А. И. Герцена

zaoks@mail.ru

Изучение феномена алекситимии в период беременности, разработка концептуального подхода к исследованию психологических особенностей матери, влияющих на психофизиологические показатели новорожденного являются основной целью исследования. Неспособность матери описать чувства словами к ребёнку в период беременности нарушают связь диадных отношений. Женщины затрудняются определять, что происходит внутри её тела, теряют связь со своими потребностями, им сложно о себе заботиться. Беременные пациентки с высоким уровнем алекситимии язык эмоций заменяют языком действий. Нарушение пищевого поведения, артериальная гипертензия, гестационный сахарный диабет, расстройства адаптации – это психосоматические проявления осложнений в период беременности, которые на прямую влияют на исход родов в отношении здоровья матери плода и новорожденного. Осложнения, полученные в родах, оказывают отрицательное влияние на формирование аффективного компонента в стадии ранней привязанности.

Первый опыт психического и психологического взаимодействия человек получает ещё в утробе матери. Это обусловило многочисленные исследования данного феномена учеными в России и за рубежом. При изучении перинатального периода, существенное внимание уделяется состоянию иммунной системы матери и плода (Савельев Г.М., 2007). Когнитивные функции оказываются нарушенными у 48–80% беременных женщин, что находит отражение в протоколах при их опросе (Poser С.М.[et al.], 1989; Brindle P.М.[et al.], 1991). Эти данные также подтверждаются по результатам психодиагностики при использовании валидных психологических методик, что свидетельствует о существенных изменениях в состоянии нервной системы у женщин (Henry J.D., Rendell P.G., 2007). (Entringer S.[et al.], 2010).

Изучение показателей функционального состояния плода в условиях нормы и патологии способствует разработке мероприятий по диагностике и лечению гипоксии и гипотрофии плода. Динамическое наблюдение за беременной женщиной, развитием и состоянием плода – мониторинг беременности – позволяет выявить отклонения или нарушения в течении гестационного

периода, что очень важно для своевременной их коррекции (В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин, 2001). Совершенно справедливо мать и плод относятся к уязвимым группам связи с потенциальной возможностью развития у беременной и роженицы тяжелых заболеваний и осложнений, а у плода – аномалий развития, представляющих опасность как непосредственно для ребенка, так и для здоровья взрослого человека (Н.П. Шабалов, 2004).

Материалы и метода исследования

Для проведения исследования была сформирована выборка, состоящая из 226 женщин в возрасте от 18 до 41 года, а также новорожденных детей, в количестве 226 человек. Для достижения репрезентативности выборки был соблюден ряд условий:

Мы включили в выборку женщин, находящихся на разных сроках беременности (от 19 недель до 32 недель). Первородящих женщин участвовало 118 человек, повторнородящих – 108 человек. Все респонденты были здоровы. Женщины не имели инвалидности и не состояли на учете в психо- или наркодиспансере.

Для реализации цели исследования и проверки гипотез нами были выбраны следующие методы:

1. Анкетирование.
2. Тестирование.
3. Сравнительный метод
4. Метод анализа документов
5. Формирующий эксперимент
6. Статистические методы

Данное психодиагностическое исследование проводилось в соответствии с правилами GSP:

- Комплексности и системности. Единый комплекс психодиагностики предполагает, что в обследование беременной женщины должны учитываться психологические показатели в комплексе. Это этап подбора методов исследования, обобщения и анализа полученных экспериментальных данных.

- Качественного анализа. Раскрывает механизмы нарушения деятельности с учетом индивидуальных особенностей беременной и дает возможность построения психокоррекционной программы.

- Индивидуально–личностного подхода в ведении беременности, родов, раннего послеродового периода. Эта форма работы перинатального психолога, которая дает возможность более полно выявить все индивидуальные особенности личности беременной, напрямую влияющие на развитие психосоматических осложнений и показатели адаптации новорожденного в условиях внеутробной жизни. Этот принцип позволяет гибко реагировать на возможные изменения на всех этапах.

- Единства диагностики, психопрофилактики и коррекции личности. Применяемые методы подготовки к родам включали: мышечную релаксацию (комплекс упражнений на воде); методы дыхания; метод саморегуляции (логическое осмысление определенных словесных формул), осознание отрицательных черт характера, устранение конфликтности в быту, медицинских учреждениях, гетероагрессии в родах.

Анкетирование. Для выявления социально–демографических характеристик была разработана анкета, которая заполнялась испытуемыми самостоятельно. Были получены следующие данные: возраст, семейное положение, образование, мотивы материнства и др. В результате анкетирования данные были занесены в сводную таблицу.

Тестирование.

Для оценки психологических особенностей беременных женщин была использована батарея методик:

«Торонтская алекситимическая шкала» (TAS) предназначена для определения уровня выраженности алекситимии. Методика адаптирована в институте им. В.М. Бехтерева и описана в методическом пособии Д.Б. Ересько, Г.Л. Исуриной, Е.В. Кайдановской (1994).

Методика определения уровня личностной тревожности (как устойчивой характеристики личности) и реактивной тревожности (как состояние), разработанная Ч.Д. Спилбергером и адаптированная Ю.Л. Ханиным (1976).

Госпитальная Шкала тревоги и депрессии HADS, адаптированная М.Ю. Дробижевым (1993), измеряющая уровень тревоги, депрессии и наличия тревожности/депрессивности.

«Опросник количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной и роженицы», адаптированный в НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН (методическое пособие, 2003). Он отражает суммарную оценку отрицательных переживаний в баллах по 4 разделам: «Нервно-психическое состояние», «Соматическое здоровье», «Межличностные отношения», «Отношение к ребенку».

Методика «тест отношений беременных» (ТОБ), позволяющая определить преобладающий тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) (Добряков И.В., 2011).

Методика оценки психофизиологических показателей новорожденного (Т.Б. Бразелтон).

Результаты исследования.

Данные корреляционного анализа показывают, что психологические показатели матери (высокий уровень алекситимии, выраженность соматических и нервно-психических жалоб, реактивная и личностная тревожность) оказывают влияние на особенности протекания фазы первичного взаимодействия диады «мать-дитя», показатели Апгар, масса тела ребенка, МУМТ (максимальной убыли массы тела ребенка) в раннем интранатальном периоде.

Результаты исследования психологических характеристик беременных женщин дают возможность предполагать, что высокие показатели алекситимии являются устойчивыми личностными особенностями матери, оказывающими влияние на социальные, биологические характеристики. Эта тенденция распространяется на объект «ребенок», приводя к нарушениям в межличностном общении диады «мать-дитя», снижая показатели адаптации новорожденного к условиям внеутробной жизни.

По данным корреляционного анализа выраженность безусловных рефлексов новорожденного зависит от психологических особенностей их матерей: чем выше выраженность эмоциональной нестабильности женщины в беременности, тем ниже выраженность безусловных рефлексов их новорожденных детей.

Отсутствие рефлекторного крика при рождении снижает физиологические показатели новорожденного в родах и уровень адаптации ребенка в раннем послеродовом периоде. Рефлекторный крик при рождении зарегистрирован у 88 % новорожденных контрольной группы ; у 56,3 % новорожденного экспериментальной группы ($p < 0,004$). В контрольной группе 1 данный показатель самый низкий 8,97 %.

Показатель МУМТ третьей степени выраженности зарегистрирован у 15,5 % новорожденных экспериментальной группы , чьи матери имели высокий уровень алекситимии $31,5 \pm 0,9$ ($p < 0,05$).

Менее выраженными были показатели самостоятельное дыхание у новорожденных для всех групп сравнения. В экспериментальной группе

новорожденных ($12,2 \pm 0,03$), чьи матери имели высокие показатели алекситимии в контрольной группе женщин с её низким уровнем ($13,5 \pm 0,91$).

При анализе данных физиологических показателей новорожденных на 4–е сутки жизни выявлено, что МУМТ от первоначальной массы 1 – степени выраженности (< 6%) зафиксировано у ($n=120$) новорожденных, 2 – степень (6–10%) у ($n=73$) новорожденных; 3 – степень (>10%) была зарегистрирована у ($n= 33$) детей.

Выводы.

Психологические особенности беременных женщин – высокий уровень алекситимии, депрессивности, реактивной и личностной тревожности являются факторами риска развития психосоматической патологии. Данные факторы определяют психофизиологический статус новорожденных детей. Признаки алекситимии у матерей способствуют снижению коммуникативного взаимодействия диады «мать–дитя».

Литература:

1. Быстрова К.С. К обоснованию значения режимов общения матери и новорожденного ребенка для последующего развития и здоровья детей // Перинатальная психология в родовспоможении: сб. материалов конференции. СПб.: Изд–во «ИПТИ», 1997. С. 28 – 31.
2. Мухамедрахимов Р.Ж. Программа развития, центрированная на взаимодействии матери и младенца //Социокөгнетивное развитие ребенка в раннем детстве: тез. Российско–германского семинара. М.: Изд–во института психотерапии, 1995. С. 56 – 59.
3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А., Особенности ЭЭГ женщин с неблагоприятным течением беременности // Перинатальная психология в родовспоможении: сб. материалов конференции. СПб.: Изд–во «ИПТП», 2001. С. 76.
4. Шабалов Н.П. Неонатология / Учебн. пособие: Т. I. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 608.
5. Шабалов Н.П., Цвелева Ю.В. Основы перинатологии / Учебник. – М.: МЕД пресс– информ, 2002. С. 576.

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СРЕДА И ПРАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ – РЕСУРСЫ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬ- НИКОВ

Гущина Э.В.¹, Коробицына Т.В.², Григорьева Ю.В.²

1-ГБУ ДПО Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, elvira.eco@gmail.com

2-ГБОУ СОШ № 71 Калининского района, Санкт-Петербург,
school071@yandex.ru

В настоящее время понятие «социальное здоровье», как составляющая здоровья человека, выделяется не только в социологических, но и в педагогических исследованиях. Наряду с пониманием социального здоровья как здоровья общества, все большее внимание уделяется здоровью отдельных групп, общностей, а также индивидуальному социальному здоровью.

Е.Н. Приступа предлагает использовать понятие индивидуального социального здоровья с точки зрения сформированности социально приемлемого, нравственно нормативного опыта взаимодействия ребенка с социумом. Социальное здоровье включает такие важнейшие компоненты как духовно-нравственный – следование социальным нравственным нормам, наличие социальных знаний, умений, навыков; социально-поведенческий – устойчивость личности к социально-неблагоприятным факторам среды и сформированность навыков саморегуляции поведения; социально-психологический – социальная направленность личности школьника, удовлетворительная социальная адаптивность; социокультурный – высокий уровень социального развития, сформированная социальная готовность, социально полезный опыт [1, 4].

С этой точки зрения развитие социокультурной среды школы и практик экологического образования для устойчивого развития является ресурсом формирования социального здоровья школьников.

Федеральные государственные образовательные стандарты ориентируют школьное образование на формирование у учащихся готовности жить в быстро меняющемся мире, выдвигают новые требования к образовательным результатам, определяют необходимость изменения подходов к образованию.

Не менее актуальным ориентиром развития образовательного процесса с точки зрения социальных функций являются Цели в области устойчивого

развития, которые представляют собой своеобразный призыв к действиям по улучшению социально-экологического состояния современного мира [5].

Экологическая модель современного образования рассматривается как образование для устойчивого развития. Проблема, которая сегодня остро стоит перед экологическим образованием, касается ориентации человека в мире ценностей. Педагогическое сообщество акцентирует внимание на экологические идеи на основе предложения личностного выбора между «гонимой потреблением» и гуманистически-патриотическими идеями, практикой экологической безопасности для всех и каждого.

Экологическое воспитание – это социокультурный процесс, в котором и природно-культурное наследие, и национально-культурные ценности – важные инструменты оптимизации социального взаимодействия в решении экологических проблем. Соединение культурных и социальных процессов определяет сбалансированность социальной системы, от которой зависит развитие всего общества, и социокультурные практики являются важным ресурсом образования для устойчивого развития.

В широком понимании социокультурная практика – любая форма активности, проявляющаяся в социокультурной системе. Это творческая, созидательная деятельность, при которой преобразование общественных и духовных условий человеческой жизни совпадает с изменением самих субъектов [3].

Образование для устойчивого развития, интегративное по своей сути, стало интегрирующим компонентом для деятельности в ГБОУ СОШ № 71 Калининского района Санкт-Петербурга, а социокультурные практики являются ресурсом ее развития. В школе разработана модель социокультурной среды, включающая целевой, организационно-содержательный и диагностико-результативный компоненты. Определены также организационно-педагогические условия ее функционирования: управление личностно ориентированным взаимодействием учащихся с социальными партнерами в социально-культурной среде школы; обеспечение единой информационной среды, доступной для обмена эколого-просветительской информацией; использование рефлексивных технологий.

Создавая модель социокультурной среды школы, мы опирались на подход В.А. Ясвина [6]. Социокультурная среда – это пространство, в котором каждый школьник осуществляет собственный выбор и выстраивает индивидуальную траекторию своего культурного развития. Таким образом, проектируемое нами пространство – это, прежде всего, пространство возможностей для самоопределения, саморазвития и самореализации.

Социально-культурная среда, ее культурное наполнение во многом программируют вектор активности личности на основе социальных практик.

Представим краткую характеристику основных составляющих модели социокультурной среды школы.

Целевой компонент отражает основополагающие идеи, ценности, требования, определяющие мировоззренческие основы. Они находят отражение в концепциях, принципах и целеполагании, в нормативных документах и целевых программах, в модели личности ученика, в содержании ведущих видов деятельности.

Организационно-содержательный компонент модели представлен социокультурной структурой школы, включающей различные объединения школьников, деятельность которых целенаправленно включает учащихся в социальные практики.

Представим основные детские объединения и направления их деятельности.

– «Экологическое волонтерство»: проведение еженедельных заседаний актива волонтеров; активное участие в экологических волонтерских акциях, проектах; участие в международном проекте «Эко-школы-Зеленый флаг».

– «Школьное экологическое телевидение «Эко-TV»: выпуск передач и анализ программ.

– Школьный экологический клуб «ЭКОН»: расширение инициативной экологической группы педагогов и учащихся, привлечение родителей; инициация экологических акций и проектов; расширение социального партнерства; реализация плана работ; подготовка и публикация школьного периодического издания – экологического бюллетеня «Экологический вестник»; курс лекций и интерактивных занятий по основным направлениям деятельности.

– Военно-патриотическое объединение «Зарница»: участие в празднованиях исторических памятных дат, в соревнованиях «Зарница»; организация встреч с ветеранами войны и труда; проведение уроков мужества, тематических вечеров, патриотических конкурсов; посещение исторических музеев.

– Юные инспекторы движения «Дорожная азбука»: проведение разъяснительной работы в школе по правилам дорожного движения; выпуск стенной газеты; организация соревнований, конкурсов, викторин; постановка агитспектаклей.

- Дружина юных пожарных (ДЮП): организация массово-разъяснительной работы по предупреждению пожаров, проводимой самими учащимися; выпуск информационных листовок, стенных газет, фото- и видеоматериалов; участие в соревнованиях по пожарно-прикладному спорту, в противопожарных олимпиадах, конкурсах, викторинах; экскурсии в пожарно-технические учебные заведения, пожарные части, на памятные места.
- Команда КВН «МКС»: подготовка и участие в играх, турнирах, фестивалях, кубках КВН; взаимодействие с детскими и молодежными общественными объединениями; участие в программах, проектах, совместных акциях; организация общественно-полезных проектов; волонтерская, благотворительная концертная деятельность.
- «Ученическое научное общество» (УНО): проведение исследований, имеющих практическое значение; разработка и реализация исследовательских проектов; пропаганда достижений науки, техники, литературы, искусства; организация и проведение семинаров, конференций, турниров, предметных недель.
- Родительский клуб: организация семейных праздников, выставок семейного творчества, фотовыставок; проведение круглых столов, семинаров, праздничных событий; организация спортивных семейных конкурсов; проведение правовых уроков, круглых столов по правовому просвещению детей и родителей.
- Совет старшеклассников: организация общешкольных мероприятий и акций по плану воспитательной работы в течение года; реализация плана работы РДШ.
- Отряд волонтеров «ЗОЖ. Старший-младшему»: проведение игр, праздников по ЗОЖ для начальной школы, проведение классных часов на формирование сотрудничества и командообразование в 1-4 классах).
- Отделение дополнительного образования «Антарес» спортивно-краеведческой направленности.
- Театральная студия: опора в театральных практиках на национальные традиции народа, его культуру, фольклор, на гармоничное взаимодействие с природой.
- Объединение «Экотропа»: включение учеников в изучение природы без ее изменения; рефлексия антропообразующей деятельности; социально-культурная деятельность в данном проекте определена познавательной, развивающей, воспитательной и оздоровительной задачами).

Как считает С.Б. Мосейчук, социокультурная деятельность должна выполнять функцию оптимальной педагогической системы. Оптимальность такой системы обеспечивается «через включение ученика в различные виды деятельности» [1].

Так как социокультурная среда школы представляет собой открытую систему, элементами этой модели становятся внешние по отношению к школе сообщества, учреждения социокультурного характера: ГБУ ДПО Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, ГБУ ДО ЦППМСП Калининского района, Центр внешкольной работы Калининского района, Межрегиональная экологическая общественная организация «Эка», ГБУ ДО Дворец творчества «У Вознесенского моста», Международная коалиция «Чистая Балтика», Дом детского творчества Калининского района, Эколого-биологический центр «Крестовский остров» (структурное подразделение ГБНОУ «Санкт-Петербургский городской Дворец творчества юных»), ГБУ ДО «ЦРТ» «Кванториум», Экологическое движение «Круг Жизни», ГБУ ДО «Балтийский берег», «Детский экологический центр» ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга», ГБУ ДППО ЦПКС ИМЦ Калининского района, внутригородское Муниципальное образование Санкт-Петербурга Муниципальный округ «Академическое», общество с ограниченной ответственностью «Экологическая практика», ГКУ «Дирекция ООПТ Санкт-Петербурга», Центр охраны дикой природы и др.

Школа работает над созданием открытой образовательной экосистемы как условия формирования экологической культуры школьного сообщества с использованием сетевого взаимодействия и ресурсов негосударственного сектора. Ведется работа над созданием сайта «Экологические проекты в школе», информационно-просветительской модели детско-родительского интерактивного экологического всеобуча, внедряется система повышения профессиональной компетентности и сопровождения педагогических кадров с учетом инновационных потребностей образовательной экосистемы.

Процессуальная составляющая организационно-содержательного компонента модели школы – то, что позволяет социокультурной среде образовательного учреждения функционировать, развиваться. Эта составляющая связана с разработкой социокультурных технологий, форм и методов педагогической организации личностного становления ученика в социокультурной среде школы.

Возможно выделить следующие блоки социокультурных практик.

I Блок социокультурных практик включает:

– самоуправление – участие в организации ученического самоуправления на уровне класса и всей школы;

– волонтерскую деятельность – участие в акциях, безвозмездная помощь, целью которой является содействие формированию и развитию у обучающихся социальной активности путем привлечения их к общественно полезной деятельности, повышение уровня осознанности нравственной жизненной позиции и личной ответственности.

II Блок социокультурных практик – это практики познания обучающимися мира культуры, а также осознания и реализации учащимися себя в мире культуры. Организационные формы: творческие конкурсы различных направлений, создание и защита творческих проектов краеведческой, экологической и художественной направленности.

III Блок социокультурных практик – практики, создающие комфортное душевное и физическое состояние, преобразующие здоровьесозидающую предметно-развивающую среду. Организационные формы: классные часы о здоровом образе жизни, конкурсы ЗОЖ, спортивно-игровые программы, проведение Дня Земли, Дня птиц и т.д.

IV Блок социокультурных практик – это практики выбора самостоятельной деятельности, выбора каждым обучающимся деятельности по интересам и позволяющие ему взаимодействовать со сверстниками или действовать индивидуально. Организационные формы: интеллектуальные конкурсы и олимпиады, создание и защита собственного интеллектуального продукта и коллективно-творческие дела.

V Блок социокультурных практик – это практики, направленные на развитие способности ребенка целенаправленно познавать, созидать, преобразовывать природную и социальную действительность. Организационные формы: включение в ролевую деятельность члена жюри конкурса, организатора в День самоуправления; организация и проведение массовых общешкольных мероприятий.

Диагностико-результативный компонент среды представлен результатами реализации социокультурных практик для обучающихся: укрепление взаимодействия с ближайшим окружением; готовность и способность обучающихся эффективно работать в любом социуме; умение устанавливать конструктивные отношения, разрешать конфликты, самостоятельно принимать решения, сознавать меру ответственности. Результативность реализации социокультурных практик отслеживается через педагогическое наблюдение, педагогический анализ результатов анкетирования, тестирования, опросов, выполнения обучающимися диагностических заданий, участия в

мероприятиях (концертах, викторинах, соревнованиях, спектаклях), защиты проектов, решения задач поискового характера, активности обучающихся на занятиях и др.

Таким образом, развитие социокультурной среды школы, освоение и внедрение социальных практик в образовательную деятельность являются эффективными ресурсами не только достижения обучающимися новых образовательных результатов с учетом требований ФГОС, но и трансформации ценностных ориентиров школьного сообщества в контексте образования для устойчивого развития, формирования и развития нравственного здоровья учащихся.

Литература:

1. Мали Н.А. Проблема формирования социального здоровья младших школьников // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. 2012. № 28. С. 863-867
2. Мойсейчук С.Б. Программно-средовой подход к психолого-педагогическому сопровождению образовательного процесса // Искусство и культура. 2013. № 2 (10). С. 116– 120
3. Николина В.В., Фефелова О.Е. Социокультурная практика в современном образовании // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1645010144&tld=ru&lang=ru&name=24915.pdf> (дата обращения: 10.02.2022)
4. Приступа Е.Н. Социально-педагогическая профилактика девиаций социального здоровья школьника. Автореф. дис. ... доктора пед. наук. – Москва: РГСУ, 2008
5. Цели в области устойчивого развития [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/> (дата обращения: 10.02.2022)
6. Ясвин В.А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. 2-е издание. – М.: Смысл, 2001

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Колесникова М. Г., Цыганкова Н. И.

ГБУ ДПО Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования

В настоящее время в образовательной среде Санкт-Петербурга накоплен значительный опыт реализации мероприятий, направленных на предупреждение вовлечения обучающихся в немедицинское потребление наркотиков.

При этом в основу первичной психолого-педагогической профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ положен комплексный системный подход, межведомственное взаимодействие субъектов профилактики, объединение усилий педагогов, родителей, представителей общественных организаций и адресный характер проводимых мероприятий [6].

В соответствии с «Концепцией профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде на период до 2025 года» родители (законные представители) обучающихся рассматриваются:

- как субъект (целевая группа) профилактики употребления психоактивных веществ (ПАВ) в образовательной среде;
- как объект профилактики в образовательной среде – условия и факторы жизни обучающихся, связанные с риском употребления ПАВ, влияние которых можно корректировать за счет опосредованного профилактического воздействия;
- как социальный институт, выполняющий особые функции воспитания и социализации при организации деятельности по профилактике употребления ПАВ

Среди задач профилактики зависимости от ПАВ в образовательной среде выделяется укрепление ресурсов семьи, ориентированных на воспитание у детей и подростков законопослушного, успешного, ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку ребенку, вовлеченному в незаконное употребление ПАВ [5].

Поэтому для оценки эффективности профилактической работы с обучающимися важно изучать отношение родителей (законных представителей) обучающихся к профилактическим мероприятиям и программам, реализуемым в образовательной среде, в том числе направленным на предотвращение раннего вовлечения обучающихся в незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ.

Для оценки отношения родителей в рамках заявленной тематики ФГБОУ «Центр защиты прав и интересов детей» разработана методика «Определение уровня информированности и компетентности родителей в области профилактики раннего вовлечения в незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ, формирования навыков здорового и безопасного образа жизни обучающихся» (В.В. Зарецкий) предназначена для диагностики интенсивности субъективного отношения к проблемам распространения наркотических и психотропных веществ и уровня знаний в этой области, что в совокупности (отношение и знания) соответствует понятию компетенции. Под интенсивностью отношения понимается его структурно-динамическая характеристика, являющаяся показателем того, в каких сферах и в какой степени проявляется отношение [2, 3].

В 2020-2021 гг. родители и законные представители обучающихся Санкт-петербургских школ принимали участие во всероссийском онлайн-опросе по указанной методике, который проводился ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей» (1885 чел. и 4624 чел. соответственно). В 2022 г. в соответствии с государственным заданием Комитета по образованию Санкт-Петербурга кафедра педагогики и андрагогики ФГБУ ДПО СПб АППО провела исследование по той же методике, в котором приняли участие 10023 родителей (законных представителей) обучающихся 5-11 классов Санкт-петербургских школ. Поэтому в 2020 и 2021 гг. полученные в Санкт-Петербурге данные могут быть сопоставлены с данными родителей обучающихся образовательных организаций Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа; в 2022 г. могут быть сопоставлены данные родителей обучающихся в разных параллелях 5-11 классов Санкт-петербургских школ, а также на разных ступенях общего образования (средняя, старшая школа).

Результаты исследования показали, что при определении системы мер, необходимых для усиления позитивных и нейтрализации негативных тенденций формирования социально активной позиции родителей (законных представителей) обучающихся Санкт-Петербурга в решении проблемы, связанной с риском наркотизации, и оказания содействия формированию навыков здорового и безопасного поведения среди обучающихся, необходимо опираться на высокий потенциал, который связан с уже осуществленной профилактической работой в образовательных организациях Санкт-Петербурга:

- высокий уровень заинтересованности, осведомленности и компетентности в вопросах профилактики зависимого поведения, формирования навыков здорового и безопасного образа жизни обучающихся, который проявляют 80,6% респондентов;

- высокую осведомленность 81,5% родителей обучающихся о вреде и возможных негативных последствиях употребления наркотических средств и психоактивных веществ, о правах и обязанностях в области диагностики употребления;

- высокую заинтересованность 92,2% родителей проблемами употребления и участия несовершеннолетних в незаконном обороте наркотических средств и психоактивных веществ, переживания по поводу сложившейся ситуации с этими явлениями, понимание важности формирования у них навыков здорового и безопасного образа жизни.

Следующие данные свидетельствуют о недостаточной готовности родителей к сотрудничеству с образовательной организацией по профилактике употребления наркотических средств и психоактивных веществ, формированию навыков здорового и безопасного образа жизни:

- пятую часть родителей (19,4%) проблема профилактики вовлечения в зависимое поведение обучающихся волнует ситуативно или не входит в сферу их интересов (средний и низкий уровень интенсивности отношения);

- сопоставление данных по компонентам интенсивности отношения показывает, что даже при высоком уровне интенсивности родители меньше готовы проявлять собственную активность в поиске информации, практической деятельности и приложении личных усилий к профилактической деятельности с несовершеннолетними, т.е. заинтересованность в решении проблемы имеет отчасти пассивный или декларативный характер (особенно в параллелях 9-11 классов);

- 63% родителей указали, что они недостаточно готовы приложить собственные усилия по снижению риска вовлечения в употребление среди несовершеннолетних и молодежи (не готовы к подобным действиям; готовы принимать участие только в информировании о соответствующих мероприятиях; делегируют ответственность за проведение этой деятельности специалистам, государственным учреждениям, органам власти).

Таким образом, компетентность большинства родителей в вопросах профилактики зависимого поведения, формирования навыков здорового и безопасного образа жизни обучающихся нуждается в повышении. При этом важно:

- опираться на системный и комплексный подход, при котором профилактические программы и методики должны быть направлены не только непосредственно на самого подростка, но и влиять на представителей его социального окружения, которые призваны выступать своеобразным камертоном, поддерживая и транслируя установки на нормативность поведения в отношении аддиктивного поведения;

- дифференцировать работу с родителями обучающихся разных возрастных групп и обучающихся разной степени риска социально-психологических условий (на основании результатов социально-психологического тестирования);

- осуществлять сетевое и межведомственное взаимодействие при проведении мотивационных и профилактических мероприятий с родителями в рамках плана реализации программы воспитания образовательной организации;

- повышать компетентность специалистов и педагогов образовательных организаций с целью преодоления профессиональных дефицитов в сфере антинаркотической профилактики (профессиональная переподготовка и повышение квалификации, участие в системе неформального повышения квалификации) [5].

Родители обучающихся всех возрастных групп 5-11 классов показывают сходный уровень заинтересованности, осведомленности и компетентности в вопросах профилактики зависимого поведения, формирования навыков здорового и безопасного образа жизни обучающихся, «профиль» различий между шкалами повторяется в каждой параллели, что свидетельствует о сходстве дефицитов родителей в данной области. Поэтому администрации школы и школьным специалистам (классные руководители, служба сопровождения, служба здоровья) важно разработать и использовать инвариантную модель, программу, технологии профилактической работы с родителями (законными представителям) обучающихся в рамках школьной программы воспитания.

34% респондентов указали, что они готовы приложить свои усилия по снижению риска наркотизации среди несовершеннолетних и молодежи: принять участие в добровольческих мероприятиях по пропаганде здорового и безопасного образа жизни; в подготовке и проведении мероприятий для обучающихся (конкурсы, спартакиады, социальные проекты и т.п.); проявить собственную активность в семье (диалог родителей с ребенком в данной области, пример здорового образа жизни семьи); повысить свою компетентность в данной области. Эта группа родителей, для которой вопросы профилактики зависимого поведения, формирования навыков здорового и

безопасного образа жизни обучающихся входят в круг их интересов, являются приоритетными. Важно выявлять таких родителей, опираться на эту группу родителей для формирования актива родительской поддержки.

Подавляющее большинство родителей (94%) выбирают в качестве эффективных виды социально активной профилактической деятельности по предотвращению риска вовлечения в незаконное наркопотребление несовершеннолетних и молодежи: проведение соответствующего социально-психологического тестирования обучающихся и профилактических медицинских осмотров на выявление случаев употребления наркотических средств; тренинговые занятия, направленных на формирование навыков преодоления трудных жизненных ситуаций; массовые мероприятия, тематические акции в образовательных организациях; организацию тематических дискуссий в социальных сетях. Это подтверждает необходимость использования при взаимодействии школьных специалистов с родителями современных практикоориентированных технологий, которые позволяют оптимизировать воздействие на эту целевую группу: социальные технологии (информационно-просветительские, организационно-досуговые, социально-поддерживающие); психологические технологии (в том числе мотивационное консультирование); педагогические технологии (тренинги, кейсы, ролевые игры, проектная и конкурсная деятельность и др.) в рамках реализации соответствующего раздела школьной программы воспитания.

78% респондентов фактически указали на свою неосведомленность об участии обучающихся в мероприятиях по предотвращению риска вовлечения в незаконное наркопотребление несовершеннолетних и молодежи в 2021-2022 учебном году: 57% не ответили на вопрос или указали, что они не помнят таких мероприятий; 20% указали, что обучающиеся не участвовали в таких мероприятиях и 2% отметили, что таких мероприятий в указанный период не было. Наличие такого большого количества неосведомленных родителей свидетельствует о необходимости более широкого информирования с целью вовлечения их в деятельность образовательной организации по профилактике зависимого поведения, формирования навыков здорового и безопасного образа жизни обучающихся. Особенно важно обеспечить психологическое и информационно-просветительское консультирование родителей по вопросам социально-психологического тестирования как основы профилактической работы с обучающимися.

Изучение отношения родителей обучающихся 5-11 классов образовательных организаций Санкт-Петербурга к существующей проблеме вовлечения несовершеннолетних в употребление различных ПАВ показало необходимость дальнейших исследований, в том числе включения индикаторов и диагностического инструментария данного исследования в методику оценки

эффективности профилактической антинаркотической деятельности образовательных организаций Санкт-Петербурга. Учитывая мультифакторную природу возникновения аддиктивного поведения несовершеннолетних, в работу по профилактике социальных рисков должны быть вовлечены не только сами подростки, но и их микро и макросоциум (семья и образовательная организация). Только при активном вовлечении семьи обучающихся деятельность образовательных организаций по формированию культуры здорового образа жизни, профилактике курения, алкоголизма и наркомании будет эффективной.

Литература:

1. Габер И.В., Зарецкий В.В. Методологические и теоретические основания обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 2. С. 121-131
2. Зарецкий В.В. Семья как субъект антинаркотической деятельности в образовательной среде // Профилактика зависимостей. 2015. № 4 (4). С. 81-93
3. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Регламентация профилактической антинаркотической деятельности в образовательной среде – обеспечение системности / Учебно-методический электронный журнал «Профилактика зависимостей» №2, 2015. С. 82-122
4. Письмо Министерства просвещения от 24 июня 2021 г. № АЗ-16/07 «О направлении Концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде на период до 2025 года» (утверждена Министерством просвещения Российской Федерации 15 июня 2021 года) <https://base.garant.ru/401597320/>
5. Собкин В.С., Адамчук Д.В., Калашникова Е.А. и др. Методические рекомендации по профилактике аддиктивного поведения (табакокурение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ) среди обучающихся основной и старшей школы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 1. С 100-120
6. Указ Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 года № 733 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года» <https://base.garant.ru/401582450/>

Издано по заказу
Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации
«Союз педиатров России»,
www.pediatriya-spb.ru

Печать цифровая. Формат А5
Тираж 100 экз.
Подписано в печать 26 сентября 2022 г.