

жизненным стремлением. Важность жизненной цели «здоровье» у испытуемых в ситуации заболевания явно преобладает, по сравнению со здоровыми испытуемыми, что свидетельствует о том, что личностно-смысловая сфера больных в большей степени ориентирована на внутреннее стремление достижения психического благополучия и физического здоровья. Больные в большей степени ориентированы на деятельность, способствующую сохранению и поддержанию здоровья.

3. Рассматривая модус достижения жизненных стремлений необходимо отметить, что по всем показателям здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики жизненных стремлений в аспекте результативности достижения жизненной цели. При этом можно сказать, что здоровые испытуемые, в сравнении с больными, в большей степени достигли и реализуют поверхностные отношения с людьми и считают свою внешность привлекательной для окружающих. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны к альтруистическому поведению и деятельности, направленной на общественное благо. При этом здоровые испытуемые считают, что они реализуют модели поведения, способствующие сохранению и поддержанию психологического благополучия и физического здоровья. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны считать, что их поведение отвечает позиции здорового образа жизни.

Литература.

1. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. Курск, КГМУ, 2011.
2. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
3. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ СОВРЕМЕННОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Виниченко М.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

В соответствии с целями происходящей в настоящее время реформы образования в России, одной из важнейших задач школы является сохранение и укрепление здоровья учащихся. Перестройка в стране образования производится в интересах охраны здоровья обучающихся. Одной из главных причин проводимой модернизации школьного образования является существенное ухудшение состояния здоровья

современных детей и подростков: увеличение заболеваемости практически по всем классам болезней, ухудшение физического развития, снижение уровня физической подготовленности на фоне выраженной гипокинезии и гиподинамии школьников.

Интенсификация обучения - один из главных факторов неблагополучия здоровья учащихся - проявляется в разных формах. Объем учебных программ, их информационное насыщение часто не соразмерны с возрастными и функциональными возможностями школьников. В старших классах большинство городских детей вынуждены дополнительно заниматься на подготовительных курсах при вузах или с преподавателями. Повышаются требования на вступительных экзаменах, которые уже мало соответствуют школьным программам.

Один из самых травматичных факторов для здоровья школьников - общая стрессогенная система организации образовательного процесса и проведения уроков многими учителями. Учащиеся постоянно или часто испытывают учебный стресс. Отсюда стремительно ухудшающиеся показатели нервно-психического и психологического здоровья.

В современной психолого-педагогической практике становится очевидным, что учащиеся, находясь в стремительно изменяющихся условиях образовательной среды, нуждается в помощи и психологической поддержке. Такая поддержка может носить личностную ориентацию (работа психолога с ребенком), а может относиться к условиям, в которых осуществляется жизнедеятельность (учебно-воспитательная деятельность), и, прежде всего к совершенствованию той общности, в которой осуществляется непосредственное взаимодействие субъектов (образования). Необходимо смоделировать и спроектировать образовательную среду, где личность востребовалась и свободно функционировала, где бы все ее участники чувствовали защищенность и удовлетворенность основных потребностей, сохраняли и развивали психическое здоровье. Психически здоровой личностью может быть лишь в определенных условиях. Одним из важнейших условий является психологическая безопасность образовательной среды [1].

Таким образом, современное состояние проблемы сохранения здоровья учащихся свидетельствует о необходимости проведения исследования влияния современных систем организации и содержания учебной деятельности на состояние здоровья и физической подготовки учащихся общеобразовательных учреждений области.

Департамент образования, культуры и молодежной политики Белгородской области выступил заказчиком мониторингового исследования «Оценка состояния здоровья учащихся как показатель психологической безопасности и здоровьесбережения общеобразовательного учреждения области», которое организует Белгородский региональный центр оценки качества образования совместно с кафедрой психологии педагогического факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, авторами Программы являются Виниченко М.А., Чеботарева Л.А., Новицкая М.И., Романов В.П.

Целью данного исследования является обеспечение педагогов, администраций школ и органов управления образованием объективной информацией о состоянии здоровья учащихся в условиях обучения в современных общеобразовательных учреждениях области, то есть исследование здоровья учащихся на всех уровнях (физическом, психическом, социальном, личностном) как показателе безопасности и здоровьесберегающих психолого-педагогических условий организации образовательного пространства общеобразовательного учреждения.

География исследования вся Белгородская область: 6 городов (г. Алексеевка, г. Белгород, г. Старый Оскол, г. Губкин, г. Валуйки, г. Шебекино) и 21 район области (Алексеевском, Белгородском, Борисовском, Валуйском, Вейделевском, Волоконовском, Грайворонском, Губкинском, Ивнянском, Корочанском, Красногвардейском, Краснояружском, Красненском, Новооскольском, Прохоровском, Ракитянском, Ровеньском, Старооскольском, Чернянском, Шебекинском, Яковлевском).

Выборка исследования - учащиеся 2-х, 4-х, 5-х, 8-х, 9-х и 11-х классов, что составляет приблизительно 65% от общего количества учащихся общеобразовательных учреждений области. Репрезентативность выборки достигнута участием в исследовании школьников, проживающих на разных территориях области и обучающихся в образовательных учреждениях различного типа: в гимназиях, лицеях, школ с углубленным изучением отдельных предметов, средних, основных и начальных общеобразовательных школ.

По данным итоговых результатов анкет для медицинских работников по области наблюдается тенденция увеличения следующих хронических заболеваний: заболевания желудочно-кишечного тракта, внутренних органов (печень, почки, иное), эндокринной системы (желез внутренней секреции), нервной системы, аллергические и кожные заболевания, нарушения осанки, лор-заболевания, нарушения зрения, слуха.

Представим сравнительные данные (%) распространения заболеваний в возрастном отношении, от 2 класса к 11 классу, в Таблице.

Возрастная характеристика распространения хронических заболеваний учащихся

Таблица 1

Заболевание	2 класс (%)	4 класс (%)	5 класс (%)	9 класс (%)	11 класс (%)
желудочно-кишечного тракта	2,3	3,9	4,2	6,2	7,5
внутренних органов (печень, почки, иное)	1,9	2,9	2,3	2,7	3,1
эндокринной системы	2,7	4,2	4,1	6,2	5,8

(желез внутренней секреции)					
нервной системы	4,9	6,4	6,1	6,4	8,2
аллергические и кожные заболевания	1,9	3,2	1,8	1,7	2,6
нарушения осанки	14,8	16,5	17	17,6	26,0
лор-заболевания	5,7	7,0	5,4	6,0	6,9
нарушения зрения, слуха	8,1	12,6	12,4	15,3	20,3

Из Таблицы 1 мы видим, что перечисленные заболевания в своем процентном соотношении по распространению у школьников составляют увеличение почти в 2 раза от 2 к 11 классу.

По остальным заболеваниям, представленным в полном объеме в Анкете для медицинского работника, значительных изменений за период обучения школьника со 2 по 11 класс не наблюдается.

Такое распространение хронических заболеваний не может не сказаться на количественных характеристиках медицинских групп учащихся, отраженных в Таблице 2.

Сравнительный анализ изменения медицинских групп здоровья за период обучения школьников

Таблица 2

Класс	Мальчики			Девочки		
	Основная (%)	Подготов. (%)	Спецгр. (%)	Основная (%)	Подготов. (%)	Спецгр. (%)
2	83,4	13,6	3	84,5	13,1	2,4
4	79,7	16,2	4	82,0	14,1	3,9
5	78,9	17,3	3,8	78,9	17,1	4,0
9	73,6	20,9	5,6	72,7	20,6	6,7
11	66,0	25,9	8,1	66,3	24,3	9,4

По данным таблицы видно, что за период обучения от 2 к 11 классу происходит снижение количества школьников в выборках мальчиков и девочек основной группы в среднем на 18,5 %.

Изменения в подготовительной группе составляют 11% изменений, то есть определенное количество школьников из основной медицинской группы переходят в подготовительную.

Однако наибольшие изменения происходят в медицинской спецгруппе: ее количество к 11 классу значительно увеличивается. Так, в выборке мальчиков увеличение составляет в 2,7 раза (почти в 3 раза), у девочек – в 3,9 раза (почти в 4 раза). Таким образом, изменения по спецгруппе составляют у мальчиков – 270%, у девочек – 390%. Мы видим, что изменения в выборке девочек на 120% больше, чем у мальчиков.

Это, на наш взгляд, можно объяснить, прежде всего, гендерными особенностями поведения девочек. Во-первых, культивируется в школе такая позиция, согласно которой, девочки-школьницы более ответственны в выполнении всех школьных и учебных поручений, что не может не сказаться на нагрузках этих учащихся. Во-вторых, девочки могут более внимательно относиться к своему здоровью и самочувствию и менее испытывать ложный стыд или стеснение при обращении за помощью к врачу в школьный медпункт или в поликлинике. В то время как у мальчиков к 11 классу, при обретении большей степени самостоятельности, путь от заболевания к обращению к специалисту занимает гораздо больший срок, а то и вовсе на протяжении заболевания не обращается внимания или осуществляется лечение подручными средствами, самостоятельно.

Поэтому результаты, которые представлены в нашей Таблице 2 по данным, имеющимся у медицинских работников, соответствуют не реальной действительности картины заболеваний мальчиков, а по большому счету - только зафиксированным случаям обращения мальчиков за медицинской помощью.

Анализ инфраструктуры образовательных учреждений городов и районов области показал, что по многим показателям имеются достаточно высокие результаты по таким аспектам здоровьесберегающей деятельности, как: диспансеризация – в среднем по области составляет – 98,9%; прививки - в среднем по области составляет – 99,4%; витаминизация - в среднем по области составляет – 87,4%; дни здоровья - в среднем по области составляет – 99%.

Однако не все показатели имеют столь значимые результаты, наиболее проблемными аспектами являются такие как: наличие врача - в среднем по области составляет – 8,6%; наличие фельдшера - в среднем по области составляет – 16,1%; наличие психолога - в среднем по области составляет – 34,2%; наличие валеолога - в среднем по области составляет – 0,6%; наличие медицинского кабинета - в среднем по области составляет – 41,1%; наличие стоматологического кабинета - в среднем по области составляет – 15,4%; наличие кабинета массажа - в среднем по области составляет – 4,4%; наличие солярия - в среднем по области составляет – 0,36%; наличие ингалятория - в среднем по области составляет – 1,4%.

При анализе оздоровительной инфраструктуры образовательных учреждений с целью выявления условий для реализации политики здоровьесберегающей деятельности было проведено ранжирование муниципалитетов области. В результате данного анализа каждому из муниципалитетов был присвоен определенный ранг, в котором отражены все имеющиеся возможности у данного муниципалитета. В основе ранжирования – показатель наличия всех составляющих оздоровительной инфраструктуры образовательного учреждения. Результаты данного анализа представлены в районные отделы образования для осуществления дальнейшей работы в этом направлении.

И, тем не менее, большой процент значимости школьных факторов риска обусловлен тем, что фактическая учебная школьная нагрузка (по данным Института возрастной физиологии РАО, Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН и ряда региональных институтов) особенно в лицеях и гимназиях, в гимназических классах, в классах с углубленным изучением ряда предметов, составляет в начальной школе в среднем 6,2-6,7 часов в день, в основной школе – 7,2-8,3 часов в день и в средней школе - 8,6-9,2 часа в день. Рабочий день современного школьника, вместе с приготовлением домашних заданий, составляет – 9-10 часов в начальной, 10-12 в основной и 13-15 в средней школе [2].

Таким образом, местом формирования здоровья ребенка сегодня является, к сожалению, не семья, где опыт родителей часто недостаточен, не медицинские учреждения, занимающиеся болезнями и больными детьми, а система образования.

Литература

1. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении/ Под ред. И.А. Баевой. – СПб, 2006. – 318 с.
2. Виниченко М.А. Динамика заболеваемости школьников как показатель безопасности организации современного образовательного процесса// Новая Экономика. – Научно-теоретический, научно-практический, научно-методический журнал. - № 1 (61) – Апрель 2013 г. – С.350-354

КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЮРИДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ ВНУТРИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

Волкова Н.Ю.

ГОУ ФГБУ Курский институт социального образования (филиал) РГСУ

При исследовании качественных характеристик социально-психологической адаптации специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, с учетом внутрипрофессиональной дифференциации, как следователи, так и юрисконсульты характеризуются средним уровнем выраженности по всем параметрам (принятие себя, принятие других, эмоциональная комфортность, интернальность, доминирование). При этом специалисты юридического профиля, не включенные в профессиональную деятельность, при низком уровне социально-психологической адаптации характеризуются высоким уровнем выраженности принятия себя и эмоциональной комфортности.

Специалисты юридического профиля, не включенные в профессиональную деятельность, чувствуют себя комфортно, пребывая в