

Заключение

Таким образом, анализ результатов тестирования уровня физической подготовленности курсантов 1–4-х курсов показал, что в большинстве случаев во всех тестах наиболее высокие значения показаны курсантами смешанного типа, а наиболее низкие значения – курсантами аэробного типа. Данный факт может говорить о том, что существующая система физической подготовки курсантов, не учитывающая особенности энергообеспечения их организма, позволяет наиболее эффективно развиваться курсантам смешанного типа, тогда как подготовка курсантов аэробного и анаэробного типов должна осуществляться с учетом их сильных и слабых сторон.

Библиографические ссылки

1. *Ахматгатин А. А.* Динамика функционального состояния курсантов образовательного учреждения МВД России // *Вестник Восточно-Сибирского института МВД России.* – 2009. – № 2.
2. Взаимосвязь физиологических и психических возможностей организма курсантов различных соматотипов с успешностью обучения / *А. Г. Загородников, В. И. Попов, Г. Г. Загородников, В. А. Горичный* // *Вестник Российской военно-медицинской академии.* – 2015. – № 2. – С. 106–112.

Получено 03.02.2017

3. *Жужгов А. И.* Индивидуализация образовательного процесса на основе мониторинга уровня здоровья как основа военно-прикладной физической подготовки курсантов военных вузов // *Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта.* – 2015. – № 3. – С. 53–60.

4. *Володин В. Н., Яковлев Д. С.* Индивидуальный подход в процессе физической подготовки военнослужащего // *Science Time.* – 2014. – № 12. – С. 67–69.

5. *Гибадуллин И. Г., Лазаренко В. Г., Кожевников В. С.* Физиологические и психологические критерии планирования и контроля процесса подготовки спортивного резерва // *Вестник ИжГТУ имени М. Т. Калашникова.* – 2014. – № 3(63). – С. 207–208.

6. *Гибадуллин И. Г., Петров Р. Е., Кожевников В. С.* Физическая подготовка лыжников-гонщиков с учетом биоэнергетических типов организма: монография. – Ижевск: Шелест, 2015. – 152 с.

7. *Гибадуллин И. Г., Кожевников В. С., Маямсин Н. Б.* Физическая подготовка курсантов Вольского военного института материального обеспечения на основе учета биоэнергетических типов организма // *Вестник ИжГТУ имени М. Т. Калашникова.* – 2016. – № 3(71). – С. 89–91.

8. *Гибадуллин И. Г., Петров Р. Е., Кожевников В. С.* Физическая подготовка лыжников-гонщиков с учетом биоэнергетических типов организма: монография. – Ижевск: Шелест, 2015. – 152 с.

УДК 614.2

И. А. Дымова, кандидат медицинских наук, доцент, Глазовский государственный педагогический институт имени В. Г. Короленко

А. А. Кароян, кандидат биологических наук, доцент, Глазовский инженерно-экономический институт (филиал) ИжГТУ имени М. Т. Калашникова

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СЕМЬИ, ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В УПРАВЛЕНИИ ЗДОРОВЬЕМ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Период младенчества млекопитающих представляется завоеванием эволюции, является продолжением особого состояния – диады «мать и дитя» [1]. Материнство – это сложное социальное поведение, имеющее глубокие корни, уходящие к истокам развития человечества [2]. Любовь матери к ребенку – особый тип любви, подразумевающий материнскую эмоциональную доступность, т. е. присутствие с проявлением физической близости; готовность дать ребенку в процессе ухода за ним свое тепло, нежность, и в дальнейшем – понимание и одобрение. Уход (забота, оказание помощи, обережение) за детьми – система мероприятий по охране здоровья и воспитанию. Сегодня это формирование, конструирование здоровья, т. е. форма культивирования здорового образа жизни [3, 4].

Здоровье детей всегда понималось функцией воспитания, а не только медицины. Еще Гиппократ учил своих учеников «...заботиться о здоровье здоровых ради того, чтобы они не болели». И. И. Мечников

создал учение, названное им «ортобиоз – правильная жизнь». Но только в последние десятилетия реалии жизни отклонили преимущественно соматический подход, социально обусловили и повысили требования к здоровью. Здоровье ребенка – итог (и продукт) от качества охраны, обеспечения, стимуляции развития в детском возрасте; или итог постоянного, тщательного применения к ребенку, его быту, питанию, окружению, воспитанию, предупреждению заболеваний широкого комплекса хорошо известных в педиатрии и педагогике средств, усилий и мероприятий как со стороны семьи, так и общественных институтов защиты детства [5].

Стали интенсивно формироваться, научно и интегративно оформляться направления по профилактике, сохранению, укреплению и развитию здоровья, здорового образа жизни. В ряде стран (США, Япония, Швеция и др.), где подобные мероприятия стали системой образа жизни и гигиенически обоснованная профилактика занимает достойное место, средняя

продолжительность жизни населения является одной из самых высоких в мире [6]. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации предусматривает в качестве одного из приоритетных направлений деятельности в сложившихся условиях формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры.

Здоровье детей на 50 % и более зависит от образа жизни семьи, прежде всего от ее медицинской активности, и является чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Медицинская активность – собирательное понятие, отражающее деятельность людей в области охраны и улучшения индивидуального и общественного здоровья. Следует отметить активизацию современных гигиенистов, напоминающих, что в переводе с греческого термин «гигиена» значит «в цветущем здоровье», и разрабатывающих теорию и практику «медико-профилактического обеспечения» населения [7]. Сегодня, если мы хотим быть здоровыми и жить среди здоровых людей в здоровой стране, во главу угла необходимо ставить вопросы воспитания людей и общества, и в первую очередь лиц, принимающих решения. Для сохранения здоровья должен быть высокий уровень мотивации здорового образа жизни (ЗОЖ), т. е. гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня работоспособности, достижение активного долголетия, что также связано с уровнем духовного развития человека.

ЗОЖ – мотивированное поведение индивида, который сознательно выбирает оптимум физической активности, рациональный режим дня, сбалансированное питание и отказ от вредных привычек. Для детей ЗОЖ определяется культурой семьи и ее финансовыми возможностями, режимом образовательных учреждений, качеством услуг врача-педиатра и др. [8, 9].

Относительно здоровья детей под медицинской активностью подразумевают все действия родителей, непосредственно направленные на здоровье или совершаемые в связи со здоровьем семьи и ребенка [10, 11].

Таким образом, медицинская активность – важнейший фактор здорового образа жизни, является основой первичной профилактики заболеваний, предупреждения развития хронической болезни, ее рецидивирования, формирования инвалидности.

Медицинская активность родителей в связи со здоровьем детей складывается из оценки обоснованности их деятельности, оценки условий и механизмов деятельности, оценки результатов деятельности, и зависит прежде всего от уровня медицинской грамотности, доверия к врачу, отношения к здоровью ребенка, и определяется уровнем санитарной культуры, медицинской активностью, направленной на укрепление здоровья детей, и медицинской активностью во время заболевания ребенка.

Здоровье ребенка зависит от поведения родителей еще до рождения ребенка. Следовательно, его здоровье испытывает комплекс благоприятных и неблаго-

приятных условий, определяемых образом жизни родителей и семьи в целом [12–14].

Отрицательное влияние вредных привычек родителей, особенно матери, на здоровье плода и ребенка известно давно. Социально-гигиенические исследования выявили, что две трети родителей курят, в основном отцы, из них почти половина – в присутствии ребенка, и одна треть в их присутствии употребляет спиртные напитки. Однако только в последние 10 лет ввиду значительного увеличения числа людей, особенно женщин, страдающих вредными привычками, возросла актуальность данной проблемы [15–17].

В ряде работ [18, 19] показано влияние различных психо-эмоциональных, нервно-психических факторов, сложившихся неблагоприятных взаимоотношений в семье, оказывающих повреждающее воздействие на плод.

В настоящее время значение гиподинамии в ухудшении здоровья не вызывает сомнения. Отсюда очевидна важность таких аспектов образа жизни семьи, как физическая активность, активный отдых. По данным литературных источников [20, 21], около 80 % родителей не занимаются спортом и 60 % не делают утреннюю гимнастику.

Об отношении беременной к здоровью будущего ребенка можно судить по выполнению режимных моментов и рекомендаций врача, своевременности постановки на учет по беременности в женскую консультацию. Соблюдение режимных моментов во время беременности, таких как продолжительность прогулок, достаточный сон, рациональное питание, благотворно влияют на развитие плода [22]. Несомненно, питание зависит от материального благополучия семьи. И тем не менее даже небольшой достаток в семье, если родители, особенно мать, обладают соответствующими знаниями и умением правильно организовать питание, позволяет питаться рационально и сбалансированно, не хуже, чем в более обеспеченных семьях.

Исследования [23], посвященные изучению уровня санитарной культуры путем анкетирования родителей с последующим собеседованием с ними с целью определения уровня медицинских знаний по профилактике заболеваний у детей, помощи при неотложных состояниях, показали завышенную самооценку анкетированных при недостаточном объеме знаний у них. Для большинства семей (84,3 %) ведущим источником информации являются средства массовой информации (телевидение, интернет), и только для 15,7 % – это лекции и беседы медицинских работников, 8,7 % родителей предпочитают прислушиваться как к главному источнику информации к мнению родителей, знакомых, родственников [24, 25]. Одна треть женщин знакомятся с информацией по уходу и формированию здорового образа жизни до рождения ребенка, четверть – после его заболевания. Более половины семей не имеют дома популярной медицинской литературы [26].

Хорошо организованный уход способствует нормальному физическому и психомоторному развитию ребенка, повышает сопротивляемость его организма

к инфекциям и неблагоприятным воздействиям внешней среды.

Нередко перед родителями встает ряд трудностей, связанных с уходом за ребенком, режиму дня, закаливанию, воспитанию, проведению мероприятий по специфической и неспецифической профилактике наиболее встречающихся заболеваний. Основным источником педагогических и медицинских знаний по этим вопросам должны быть лекции и беседы медицинских работников, самостоятельное изучение специальной медицинской литературы, а также сведения, полученные через средства массовой информации.

В. Ю. Альбицкий с соавторами [27] указали, что регулярно обращаются к врачу по собственной инициативе за медицинскими советами только 20,2 % семей. Постоянно проводят закаливающие процедуры на первом году жизни ребенка в домашних условиях лишь 49,9 % родителей. Всего 50,9 % детей ежедневно бывают на свежем воздухе более двух часов, у 11,5 % детей отсутствует ежедневная прогулка. Только 43,3 % детей имеют достаточный по продолжительности сон. Это свидетельствует о существовании значительного разрыва между полученными медицинскими знаниями и их реализацией.

Ряд авторов в своих работах [28, 29] подтверждают это явление и указывают, что разрыв между взрослыми общегигиеническими знаниями населения и претворением их в жизнь достигает 50 %.

Одним из моментов формирования медицинской активности семьи являются действия родителей во время заболевания ребенка, характеризующие степень активности, своевременностью обращения за медицинской помощью, полнотой выполнения рекомендаций медицинских работников, лечением ребенка без медицинских рекомендаций и удовлетворенностью медицинской помощью.

Грудной возраст, как неоднократно подчеркивали классики отечественной педиатрии Н. П. Гундобин и Г. Н. Сперанский, является тем периодом в развитии ребенка, который оказывает влияние на формирование его здоровья в последующие годы жизни [30–32].

Важным элементом активности является своевременное обращение за медицинской помощью при любом заболевании ребенка. По литературным данным [33], к сожалению, четверть (25 %) семей при заболевании ребенка не обращаются к врачу, если не считают его состояние тяжелым, 13,4 % – лечат детей без рекомендаций врача. В первые сутки заболевания ребенка обращаются к врачу 80,8 % семей. Полностью выполняют рекомендации врача 86,8 %. Среди причин невыполнения указывают на нехватку времени, отсутствие нужных медикаментов в аптеке, недоверие к врачу.

Все перечисленные причины влекут за собой негативные явления. Получение информации из некомпетентных источников, например, от знакомых и родных, может стать проявлением отрицательной медицинской активности, которая не способствует укреплению здоровья ребенка.

О влиянии на здоровье детей медицинской активности свидетельствуют данные ряда исследований.

Так, Г. И. Вихристюк [34] установила обратную связь между уровнем заболеваемости детей в грудном возрасте и качеством материнского ухода: в группе детей, где материнский уход был хороший, показатель заболеваемости составил 2646 на 1000, а где неудовлетворительный – 4648 на 1000 детей.

Таким образом, в условиях роста рождаемости растет и заболеваемость детей периода новорожденности и первого года жизни. Безусловно, организм ребенка развивается под влиянием взаимодействия множества факторов. Для детей первого года жизни ведущими являются социальные и медико-биологические факторы. Повлиять на состояние здоровья ребенка возможно с позиций педиатра, обеспеченного знанием, в том числе и результатами системного анализа всей совокупности медико-социальных причин и факторов формирования здоровья, базирующихся на комплексе современных данных о медико-социальной характеристике современной семьи, проживающей в конкретных условиях экологии и социума.

Библиографические ссылки

1. Безруких М. М., Фарбер Д. Н. Физиология развития ребенка: теоретические и прикладные аспекты. – М. : Образование от А до Я, 2000. – 319 с.
2. Там же.
3. Дымова И. А. Характеристика и динамика показателей здоровья детей первого года жизни в семьях разной медицинской активности : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н / Новгород, 2004. – 24 с.
4. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Образ жизни и здоровье детей // Педиатрия. – 1990. – № 7. – С. 61–69.
5. Часто болеющие дети / В. Ю. Альбицкий [и др.]. – Н / Новгород : Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2003. – 180 с.
6. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. – М. : Династия, 2003. – 512 с.
7. Часто болеющие дети.
8. Дымова И. А. Указ. соч.
9. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Указ. соч.
10. Дымова И. А. Указ. соч.
11. Усачев Н. С. К уточнению понятия «медицинская активность» // Советское здравоохранение. – 1990. – № 8. – С. 41–45.
12. Васильева Т. П., Посисеева Л. В., Кулигин О. В. Комплексная оценка репродуктивного поведения, здоровья и образа жизни семьи : учеб.-метод. пособие. – Иваново, 2001. – 49 с.
13. Вихристюк Г. И. Влияние социальных и биологических факторов на здоровье новорожденного и детей первых двух лет жизни : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1973.
14. Орел В. И. Медико-социальные и организационные проблемы формирования здоровья детей в современных условиях : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 56 с.
15. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В. Ю. Альбицкий, А. Н. Юсупова, Е. И. Шарапова, И. М. Волков. – Казань, 2001. – 238 с.
16. Васильева Т. П., Посисеева Л. В., Кулигин О. В. Указ. соч.
17. Дымова И. А. Указ. соч.
18. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России.
19. Орел В. И. Указ. соч.

20. Часто болеющие дети.
21. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Указ. соч.
22. Там же.
23. Дымова И. А. Указ. соч.
24. Часто болеющие дети.
25. Дымова И. А. Указ. соч.
26. Там же.
27. Часто болеющие дети.
28. Дымова И. А. Указ. соч.
29. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Указ. соч.
30. Часто болеющие дети.

31. Гигиенические аспекты охраны репродуктивного здоровья населения / В. П. Чашин [и др.] // Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI века : материалы IX Всерос. съезда гигиенистов и санитарных врачей. – М., 2001. – Т. 2. – С. 238–241.

32. Здоровые дети России в XXI веке / под ред. акад. РАМН А. А. Баранова, проф. В. Р. Кучмы. – М. : Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2000. – 159 с. : ил.

33. Дымова И. А. Указ. соч.

34. Вихристюк Г. И. Указ. соч.

Получено 06.02.2017

УДК 378.14

С. В. Мишина, Елецкий государственный университет имени И. А. Бунина

СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ЭКОНОМИСТОВ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Профессиональная подготовка будущих экономистов в американских, западноевропейских и японских университетах издавна строилась на основе социально ориентированного подхода. Для российской системы высшего экономического образования данный подход приобретает актуальность лишь в 90-х гг. XX в.

Рассмотрим подробнее реализацию социально ориентированного подхода в национальных системах высшего экономического образования США, Евросоюза, Японии и Российской Федерации.

Несмотря на децентрализованность системы образования США, для американской системы экономического образования характерна модель будущего специалиста, которую можно описать посредством профессионально значимых качеств и профессиональных компетенций. Профессионально значимыми качествами являются: организационные способности, американская деловитость, стремление к выгоде. Помимо стандартного набора профессиональных компетенций в американской модели будущего экономиста выделяются такие специфические компетенции, как способность делегирования полномочий и способности настроиться на восприятие и мышление партнера [1]. Система профессиональной подготовки будущих экономистов в США включает в себя как ведущие вузы (Пенсильванский университет, Гарвард, Стэнфорд), так и взаимодействие с социальными партнерами, основной деятельностью которых является углубленное дополнительное образование будущих экономистов, а также их адаптация в профессиональной среде (например, Американская ассоциация менеджмента (АМА)).

Западноевропейская система экономического образования вплоть до 90-х гг. XX в. была ориентиро-

вана на методологические установки американской системы, однако изменение европейской образовательной политики происходит с 1999 г. – года подписания 29 странами Болонской декларации, основная цель которой – создание единого европейского образовательного пространства [2]. Изменения, которые позиционировались Болонской декларацией, касались унификации структуры и содержания, а также технологии европейского университетского образования. Особую значимость приобрела система трехуровневого образования, которая позволила дифференцировать профессиональную подготовку среднего звена экономических специальностей (бакалавр), управленческих кадров в сфере экономики (магистр) и исследователей экономики (доктор).

Идеология Болонского процесса была продолжена Лиссабонской резолюцией (2000 г.) и «Брюггской инициативой» (2001 г.), принятой в рамках Копенгагенского процесса. Основная идея, содержащаяся в данных документах, касается повышения конкурентоспособности европейского образования, а значит, согласуется с быстроменяющимися запросами социума. Инновационность данных стратегий заключается в том, чтобы не просто подстраиваться под существующие запросы, а косвенно формировать их самим посредством повышения качества высшего образования, его привлекательности, доступности и открытости.

Одним из значимых акцентов в развитии европейской системы высшего образования стала ориентация на подготовку конкурентоспособного выпускника, готового к трудоустройству и мобильности [3].

Для настройки национальных систем европейского высшего образования согласно указанным векторам развития была запущена в 2008 г. Европейская