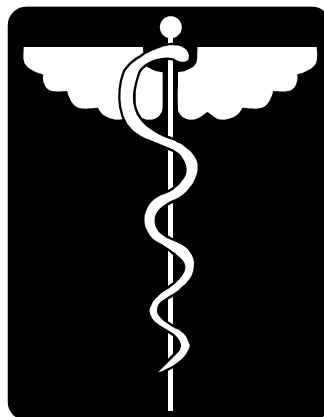


Петровская академия наук и искусств
Отделение социальных технологий и общественной безопасности
Институт образования взрослых
Лаборатория медицинского просвещения

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ВЗРОСЛЫХ

Научный доклад



Санкт-Петербург
2009

УДК 378:001
ББК 74.04
Ю-46

Юнацкевич П.И., Хавинсон В.Х., Гагин Д.Е., Гальцев Ю.В., Ведмецкая Л.В.
Принципы медицинского просвещения различных категорий взрослых:
аналитические материалы. – СПб.: ИОВ РАО, 2009. – 48 с.

Серия книг: теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых

Рецензенты:

Шабров А.В., член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор
Шибалова Т.А., доктор биологических наук, профессор,

Работа является научным результатом по теме фундаментального исследования ИОВ ПАНИ «Медицинское просвещение в системе образования взрослых» (2009-2012 гг.) за 2009 год.

В научном докладе показано, что теоретическую основу медицинского просвещения различных категорий взрослого населения составляют принципы, отражающие концепцию интегративной медицины:

1. Повышение квалификации медицинских кадров в области образования взрослых и медицинского просвещения.

2. Комплексное исследование образовательного уровня, психического и соматического состояния пациента, определение патогенных мировоззренческих установок, актуальных расстройств, их иерархии, выявление взаимосвязей и взаимообусловленности психических, соматических нарушений и реального уровня образования.

3. Разработка динамичной педагогической тактики медицинского просвещения, комплексной педагогической, психологической и лечебной тактики, основанной на результатах комплексной диагностики и ориентированной на системный подход к одновременному образованию взрослых, лечению патологии и формированию здорового образа жизни.

В работе показано, что основным принципом медицинского просвещения является ответственность субъекта просветительской деятельности.

Построение медицинского просвещения на базе данных принципов позволит получить эффект воспитания у граждан бережного отношения к собственному здоровью.

ISSN 5-7199-0258-9

© ОСБ ПАНИ, 2009

Подписано в печать 30.12.2009.

Тираж 900 экз. Заказ № 13. 3 п.л.

Отпечатано в Гуманитарном фонде «Фонд нравственных инвестиций»
Санкт-Петербург, ул. Сестрорецкая, д.6, помещение 5-Н

Оглавление

Теоретико-педагогические основы формирования ответственности у субъектов здравоохранения как основного принципа медицинского просвещения.....	4
Ответственность субъекта медицинского просвещения за принятие решений: состав понятия и его признаки.....	15
Принципы медицинского просвещения различных категорий взрослого населения в России.....	21
Результаты мониторинга медицинского просвещения различных категорий взрослых.....	31.
Концепция медицинского просвещения различных категорий взрослого населения: профилактика возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин и продление трудоспособного периода жизни взрослого населения России.....	35
Заключение.....	40
Библиография.....	42
Приложение 1	
Перечень пептидных биорегуляторов – геропротекторов, используемых в системе медицинского просвещения различных категорий взрослого населения по профилактике возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин и продление трудоспособного периода жизни взрослого населения России.....	45
Приложение 2	
Программа разработка принципов медицинского просвещения офицеров, увольняемых в запас.....	48

Теоретико-педагогические основы формирования ответственности у субъектов здравоохранения как основного принципа медицинского просвещения

Воспитание – это целенаправленный процесс формирования поведения человека, которое ограничивается морально-этическими, общечеловеческими и профессиональными рамками. В процессе воспитания формируется характер человека, происходит становление личности как социального существа.

При активном взаимодействии индивида со средой развивается его психика. А деятельность человека является связующим звеном между потребностью индивида и объектом. [71,с179-180] Жизнь человека – это совокупность потребностей: физиологических, социокультурных и духовных. Физиологические потребности удовлетворяются через внутреннюю активность индивида. Осознание потребности, ее “опредмечивание”, позволяет биологической потребности стать потребностью личности. Потребность личности побуждает психическую активность, что обеспечивает удовлетворение социокультурных и духовных потребностей.

Через деятельность, внешнюю активность, потребность человека переходит в мотив. Мотивация объединяет потребности человека в единое целое.

Мотивация, как система факторов, вызывает активность организма и направленность поведения. А как характеристика процесса, мотивация, обеспечивает поведенческую активность на определенном уровне. [125,152-153]

Активность индивида тесно связана с деятельностью и выступает как одно из условий достижения цели деятельности. Активность рассматривается как готовность к энергичному овладению знаниями (Н.А. Половникова); как проявление преобразовательных действий субъекта по отношению к окружающим предметам и явлениям (Л.П. Аристова); как волевое состояние, характеризующее усиленную работу личности (Р.А. Низамов); как действенность жизненных сил ученика (Г.И. Шукина); как качество деятельности, в котором выявляется личность воспитанника с его отношением к содержанию, характеру обучения и стремлением мобилизовать нравственно-волевые усилия на достижение целей познания (Т.И. Шамова).

В.И. Даль определяет готовность как состояние или свойство личности. Как состояние, готовность к действиям зависит от мотивационно - волевой сферы личности, и свидетельствует о высоко развитой личности. Как свойство, готовность определяет возможность и стремление мобилизовать нравственно-волевые усилия личности для достижения цели деятельности.

Социальная активность индивида отражает не только способность и стремление его к той или иной деятельности, но личностные характеристики. Характеристики, которые выражают отношение индивида к целям деятельности.

Внутренняя убежденность и осознание выбора, осведомленность индивида о требованиях и условиях деятельности определяют его готовность к действиям по достижению цели. То есть готовность – это способность познать себя, способность к анализу ситуации, способность к принятию решения на основе мыслительной деятельности.

Мерилом активности является результативность действий индивида, соотнесенная с временными рамками и его возможностями на данный момент. А мерилom готовности является степень осознанности действий, выполняемых в определенных рамках.

Значит “готовность”, как условие деятельности и “стремление”, как стремление к цели должны опираться на определенную систему взглядов индивида, его отношение к себе и окружающему миру, на духовные потребности индивида.

Духовность формируется в единстве сознания, поведения и чувства. Духовность как свойство интеллекта проявляется в поведении через волю как свободная творческая деятельность, как умение выбирать способы достижения целей,

созидать продукт, наполненный жизненным смыслом”. [13,с120]

Духовность связана с ценностями личности, целями, смыслом деятельности человека. Правила и способы деятельности определяются нравственностью. “Нравственность – это способность человека действовать, думать и чувствовать в соответствии со своими духовными началами, это способы и приемы передачи вовне своего внутреннего духовного мира”. [13,с121]

В. Франкл выдвинул три категории ценностей [10,с25]:

- созидательные, актуализирующиеся в действии;
- ценности переживания, они реализуются в пассивном принятии мира нашим сознанием;
- ценности отношения, актуализирующиеся всюду, где индивид сталкивается с судьбой, с чем-то навязанным, чего изменить нельзя.

Ценности объединяясь дают необходимость – потребность. Потребность, возникшая на основе созидательных ценностей личности, способна актуализироваться в действиях, действиях осознанных и определить поведение человека.

Психологической основой ценностных ориентаций, по Я. Гудечку [8,с24], является многообразная структура потребностей, мотивов, интересов, целей, идеалов, убеждений, мировоззрения, которая участвует в создании направленности личности. Направленность личности выражает социально детерминированное отношение к действительности.

Л.И. Божович[20,с26] считает, что мотивация человека основывается на воображаемой ситуации и ценностных ориентациях. Ситуация определяется объективными и субъективными возможностями, а ценностная ориентация – это доминанта в акте выбора. Сущность мотивации состоит в том, что индивид отыскивает именно такое действие, которое соответствует основной установке личности. То есть – это готовность действовать в направлении реализации действия. Значит, осознание цели деятельности индивидом способствует и его активности, и его самостоятельности в действиях.

Большинство авторов рассматривают понятие "самостоятельность" как качество личности, сочетающее в себе умение приобретать новые знания и творчески их применять в различных ситуациях со стремлением к такой работе.[58,с47]. "Самостоятельность" – это независимость, инициативность, решительность, которая позволяет индивиду выполнять действия, принимая на себя долю ответственности за результат.

Мерилом самостоятельности является умение осуществлять деятельность и интенсивность развития стремления к этой деятельности. Чем более осознанно индивид подходит к выполнению действия, тем более он самостоятелен и активен. Это определяется четким видением цели деятельности, собственных возможностей и соотнесение их с конкретными условиями выполнения.

Таким образом, готовность является формой деятельности, активность – условием и средством ее, а самостоятельность – это содержание деятельности индивида, неразрывно связанное с его формой.

Индивид со своими потребностями, ценностями, способностями социально реализует себя в деятельности. В процессе социализации личности индивид играет разные роли, являющиеся формой его поведения, которое определяет постоянный выбор действий. Состояние осознания цели деятельности, убежденности в правильности действий по ее достижению и есть готовность к деятельности. Это психическое состояние напрямую связано с социальной ролью индивида и является формой его поведения в обществе. Социальная роль постоянно меняется, особенно с возрастом, поэтому условием достижения цели деятельности становится творческая активность личности. Но активность – это не только условие достижения цели, но и средство сознательной целенаправленной деятельности человека.

Самостоятельность, как характеристика деятельности (умения и навыки действий), является содержанием поведения индивида. Стремление к цели деятельности, умение выполнить ее самостоятельно, независимо, повышает готовность личности. Значит, само состояние готовности – есть конечная форма самостоятельности. Чем более независим человек в выборе цели деятельности и путей ее достижения, тем выше его осознанность к действию. Тем выше его ответственность за результат действий.

Ответственность является основой всякого взаимодействия. Ответственность – это категория философская, нравственная, педагогическая, психологическая, социальная.

"Ответственность" рассматривается двояко: во-первых - это качество человека и во - вторых - это состояние необходимости, обязанности.

В первом случае ответственный человек – это облеченный правами и обязанностями в осуществлении какой-либо деятельности. Это человек с высоким чувством долга, который ревниво относится к своим обязанностям.

Во - втором случае речь идет о необходимости, обязанности человека отвечать за свои действия, поступки. О состоянии соответствия чему-либо. О способности брать на себя полную ответственность, быть готовым поплатиться.[84,с412]

В.И. Даль рассматривает "ответственность" как обязанность, повинность, долг дать в чем-то ответ. Ответственность – это ответ, то есть действие по глаголу. Это обязательное ручательство даже под страхом ответа, взыскания. Обязательный человек тот, который всегда готов на помощь. Тот, который обязан исполнять и соблюдать все должное, принятый на себя долг.

Обязывать – значит, заставлять, нудить, принуждать, налагать долг, работу, образ действий. [5,с8]

Ответственность как предмет рассмотрения философии раскрывается через проблему субъективной меры. То есть способности и возможности человека выступать в качестве носителя этой ответственности.

Как философско-социальная проблема ответственность включает соотношение "способности и возможности человека выступать в качестве субъекта (автора) своих действий". [118,с309]

При этом важно способен ли человек сознательно (намеренно, добровольно) выполнять определенные требования. Может ли он правильно выбирать пути и средства решения, стоящих перед ним задач. Как далеко простираются границы его деятельных способностей, должен ли он отвечать за последствия своих действий, ответственен ли человек за влияние внешних

обстоятельств.[4,с22] В этических и правовых учениях проблема ответственности рассматривается в связи с философской проблемой свободы. Ответственность увеличивает меру личной, социальной и моральной свободы.

Правовая ответственность понимается как обязанность отвечать за неправомерное поведение. И как форма воздействия, возможности исправления в дальнейшем. [113,с958]

Ответственность – это моральная черта личности. Это соответствие моральной деятельности личности ее долгу, которое рассматривается с точки зрения возможностей личности. Возможности личности включают в себя: способность выполнить предписываемые действия; понимание требований; ответственность за достижение результата; ответственность за последствия, которые оказывают внешние обстоятельства; прогнозирование результата; определение границ собственных деятельностных способностей.

Это одно из базисных духовных качеств, стоящее в ряду с долгом, честью, достоинством, милосердием и др. Долг – это моральная необходимость выполнения каких-либо обязанностей, которые общество предъявляет к личности. [64,с281]

Чем больше обязанностей у индивида, тем больше ответственность человека, тем большей долей свободы личной, моральной, социальной он обладает. Если требования воспринимаются человеком как нечто такое, что отвечает его собственным интересам, то действия становятся осознанными, хотя и требуют больших нравственных усилий.

“Духовные” чувства дают человеку присутствие внутренней и внешней свободы, личного достоинства, ответственной субъективной позиции”. [13,с121]

Ответственное отношение к окружающей действительности связано с объективными условиями и развивающимся сознанием и чувством ответственности.

Психология определяет “ответственность” как осуществляемый в различных формах контроль над деятельностью субъекта с точки зрения выполнения им принятых норм и правил.[64,с282]

Ответственность как черта личности формируется в процессе совместной деятельности в результате интериоризации социальных ценностей, норм. Психологи доказывают принципиальную возможность целенаправленного влияния на процесс формирования самокритичной и адекватной оценки степени личной ответственности за исход общего дела.

Различают внешние и внутренние формы контроля. Внешний контроль – это возложение на субъекта ответственности за результаты его деятельности: подотчетность, наказуемость, обязанности и т. д. Внутренний контроль – это формы саморегуляции деятельности: чувство ответственности, чувство долга.

Внешний контроль обусловлен структурой деятельности и обосновывается извне. В результате этого может возникать диссонанс с внутренними мотивами деятельности индивида. Поэтому для выполнения деятельности личности необходимо использовать волевые качества: дисциплинированность, ответственность. Самоконтроль обусловлен структурой деятельности и личностными качествами субъекта: чувство долга, чувство ответственности. Эта форма ответственности обусловлена внутренне, через изменение потребности - мотивационной сферы деятельности личности. Поэтому для выполнения деятельности необходимы сформированные профессионально значимые качества личности: чувство долга, милосердие, ответственность, осознанность действий.

Ответственность личности перед обществом характеризуется сознательным соблюдением моральных принципов и правовых норм, выражающих общественную необходимость. Ответственность как черта личности формируется в процессе совместной деятельности в результате интериоризации социальных ценностей, норм и правил. [64,с282]

Следовательно, ответственное отношение человека к деятельности во многом зависит от того, насколько полно и правильно он усвоил общественную необходимость и реальное содержание этой деятельности. Важно как индивид воспринимает общественные требования и осознает свою социальную роль. “Насколько глубоки и ясны его сознание и чувство ответственности. Ответственное отношение основывается на принятии требований (обязанностей), такими какие они есть. И в этом виде выступает как регулятор (принцип регуляции) поведения в процессе обучения, формирования ценностной ориентации личности”. [4,с24]

Значит, ответственность личности – это качественная характеристика учебно-познавательной деятельности человека.

В понимании педагогики “ответственность” “проявляется в глубоком понимании важности добросовестного учения и деятельности, в энергичном, творческом, постоянном стремлении воплощать в жизнь эту осознанную форму поведения”. [44,с4]

Педагоги выделяют следующие проявления ответственности: сформированность оценочных суждений об ответственном отношении к труду; требовательность к качеству и результату труда; удовлетворенность успехами труда; постоянная готовность оказать деловую помощь; стремление к взаимопомощи, сотрудничеству; творческая активность, старательность, настойчивость, самостоятельность.

Итак, ответственность, на наш взгляд, это способность человека отвечать за результат собственных действий. При этом достижение высокого результата деятельности связано с целевой

доминантой, направляющей сознание человека и готовностью бороться с любыми трудностями во время предстоящей деятельности.

Мобилизационная готовность, как отмечает Ильин Е.П., “это готовность проявить максимум волевых усилий, не допустить развития неблагоприятного эмоционального состояния, направить сознание не на переживание значимости предстоящей деятельности и ожидание успеха или неудачи, а на контроль своих действий”. [40,с178]

Речь идет о самонастраивании на полную мобилизацию своих возможностей при выполнении данной деятельности через самоконтроль, то есть самответственность человека.

Следовательно, если готовность является формой деятельности индивида, активность – условием и средством ее, а самостоятельность – это содержание деятельности его, то ответственность выступает базисным качеством психологической готовности, как способность к самоконтролю, самодисциплине...

Ответственность – это мера прав и обязанностей, за которую способен ответить индивид при выполнении определенной деятельности в данных условиях. Это рамки, в которых индивид проявляет свою активность и самостоятельность и готов отвечать за результат своего труда.

Учебные ситуации позволяют педагогу формировать активность и самостоятельность обучаемого через изменение состояния уверенности его в себе, собственных силах, в понимании того, чего он хочет добиться, через осознание цели деятельности.

С этих позиций мы выделяем три уровня психологической готовности к деятельности: 1 уровень – манипулирование объемом информации. Чем больше информационный объем о предстоящей деятельности, тем четче индивид видит цель и оптимальные средства для ее достижения. Однако данный уровень включает информационную и деятельностную составляющие. То есть важна не сама информация, а умение индивида манипулировать абстрактными образами, самостоятельно анализировать ситуацию, сравнивать данные, делать обобщения, ставить цель деятельности.

2 уровень – самостоятельного построения последовательности действий для достижения цели. Самостоятельно формируется тактика действий для решения конкретных задач в определенных условиях. Индивид прогнозирует, моделирует собственные действия и предполагаемый результат деятельности.

3 уровень – отношения к предстоящей деятельности. Индивид соотносит поставленную цель с прогнозируемым результатом и корректирует их в соответствии с мерой личной ответственности за выполняемые действия.

Психологическая готовность субъекта к деятельности тесно связана с ответственностью за принятие решений.

На первом уровне готовности – ответственность – это внешний контроль, рамки информации. Человек осознает необходимость выполнения определенных действий. Формируется мотив ответственности – осознание цели деятельности в данных условиях. На данном этапе важно стремление индивида к цели, соответствие поставленной цели, его уровень притязаний.

На втором уровне готовности – ответственность – это внешний и внутренний контроль, который осуществляется через предвидение результата деятельности и готовность отвечать за этот результат. Субъект деятельности начинает сам определять готовность воспринять критику за собственные действия в конкретных условиях по достижению поставленной цели.

На третьем уровне готовности – ответственность – это внутренний контроль – это чувство долга, самоответственность за выполняемые действия. Это обязанность, личная обязанность добиться результата в соответствии с выбранной стратегией (первый уровень готовности) и продуманной тактикой (второй уровень готовности) предстоящей деятельности.

Жизнь человека это постоянная смена видов деятельности: физической, психической, духовной, социальной. Деятельность - это состояние, в котором находится человек. Готовность человека выполнять какие-либо виды деятельности, связана с такими свойствами личности, как активность, самостоятельность, ответственность. Именно эти качества личности определяют деятельность интенсивную, целенаправленную и результативную.

Поэтому активность сознания, как высшая форма активности, проявляющаяся в неудовлетворенности объективным миром и желанием человека своими действиями изменить мир, связана с пониманием меры ответственности за эти преобразования.

Психологическая теория деятельности выделяет в ее структуре 4 уровня:

- 1 уровень - особенностей деятельности;
- 2 уровень - действий;
- 3 уровень - операций;
- 4 уровень - психофизиологических функций.

Эти организационные уровни формируются снизу вверх. “Психофизиологические функции - это физиология психических процессов, органический фундамент деятельности. Это способности, инстинкты, безусловные рефлексы, которые эволюционно готовы к использованию человеком”[28,с111].

Данный уровень определяет готовность субъекта к выполнению определенного вида деятельности. Это биологическая структура возможностей индивида.

“Уровень операций определяет техническую сторону деятельности. Это автоматические действия и навыки, которые мало осознаются или не осознаются. Легко актуализируются, но находятся на границе сознания, только операции второго рода”. [28,с107] Операции - это способ выражения действий. Они входят в состав будущего действия, и их характер зависит от условий, в которых совершается действие. Операции могут укрупнять или дробить единицу деятельности.

“Действие- это единство сознания и поведения, главная единица анализа деятельности. Действие всегда направлено на достижение цели, которая всегда сознательна”. [28,с102]

Следовательно, актуализация операций второго рода позволяет формировать психологическую готовность субъекта к деятельности, но первый уровень готовности достигается при осознании цели деятельности. Формируется мотив ответственности и субъект переходит на второй уровень психологической готовности. “Активное начало в форме цели определяет принцип активности” [28,с103], а это формирует ответственность как внешний и внутренний контроль.

Всякая деятельность человека есть цепь принимаемых решений. Деятельность человека может быть направлена на узнавание предмета, на выбор, на воспроизведение операций, на преобразование предмета и на творчество. При этом деятельность подчиняется общим закономерностям принятия решения: осознание проблемы, разрешение проблемы, проверка решения. [30,с114]

Итак, мы сталкиваемся с новыми понятиями: “решение”, “проблема”, “процесс принятия решений”.

Проблема – это разрыв между желаемым состоянием (цель) системы и ее фактически наблюдаемым состоянием. [91,с12]

Решение – это средство преодоления такого рода разрыва или выбор одной из альтернатив.

Принятие решения – это интегральный процесс, синтезирующий в себе практически все когнитивные, эмоциональные и иные психические процессы. Процесс принятия решений является специфически регулятивным: он не произволен по отношению к структуре деятельности, а произведен от нее. [46,с223]

В структуре деятельности выделяют: цель, мотив, действия и результат. Цель – это ядро деятельности индивида. Тот идеал, которого он собирается достичь. Цель распадается на задачи.

“Задача- это цель, данная в определенных условиях”. [28,с107]

“Действие выводит человека в предметный и социальный мир, поэтому цель имеет не только биологическое, но и социальное значение.” [28,с106] Значит, постановка цели деятельности позволяет формировать и третий уровень психологической готовности. Вводя сознание в деятельность субъекта, мы воспитываем самоответственность за выполняемые действия.

Следующий уровень деятельности - уровень деятельностей. Он четко отграничен от уровня действий. Это связано с “опредмеченной потребностью”- мотивом.

“Действия полимотивированы. мотив порождает действие, то есть приводит к образованию целей и цель осознается.” [28,с104] Выделение ведущего мотива определяет смысл деятельности, то есть уровень деятельности связан с иерархией мотивов личности, с мотивами, которые имеют личностный смысл.

Мотивационная сфера личности важна с точки зрения воспитания и самовоспитания. Цель деятельности, побуждаемая мотивом, и имеющая положительный результат, как правило эмоциональный, со временем приобретает самостоятельную силу. Она становится смыслообразующим мотивом деятельности.

Мотив – непосредственная побудительная сила деятельности. Действия – это элементы, которые направлены на решение простых, оперативных задач. Результат – это продукт деятельности. [28,с114]

Следовательно, в деятельности можно выделить фазы: фаза фоновой (поисковой) активности; собственно активная фаза.

На фазе фоновой активности происходит актуализация проблемы, определение цели . задач деятельности. То есть “опредмечивается” потребность и появляется мотив, как побудительная сила действий.

В собственно активной фазе деятельности происходит удовлетворение потребности, с помощью решения оперативных задач, в результате чего появляется результат (продукт) деятельности. [125,с150]

Существует несколько классификаций решений. Соколов В.Н. группирует все осуществляемые решения на три типа [114,с72].

Дедуктивные решения отличаются полной определенностью, процесс выведения утверждений идет по правилам и законам логики.

Абдуктивные решения достаточно неопределенны, процесс выявления наиболее вероятных исходных утверждений идет из некоего заключения на основании обратных преобразований.

Индуктивные – это типичные эвристические решения, процесс нахождения наиболее вероятных механизмов действия идет через сопоставление исходной информации с целью.

Тихомиров О.К. классифицирует решения по принадлежности к определенному блоку психологической системы деятельности [115,с79].

Л. Планкет выделяет решения [91,с12]:

- стандартные – есть фиксированный набор альтернатив;

- бинарные – выбор между “за” и “нет”;
- многоальтернативные – есть широкий спектр альтернатив;
- инновационные (новаторские) – нет приемлемых альтернатив.

При этом проблемы могут быть: стандартные (рутинные) и нестандартные (творческие). Следовательно, можно выделить два типа решений: программируемые (детерминированные, стандартные) и непрограммируемые (вероятностные, нестандартные).

Первый тип решений имеет большой объем информации для выбора. При этом есть алгоритмы действий известные из прошлого опыта, проблемы хорошо структурированы. Определены критерии и правила решений. Выбор осуществляется в жестких заданных условиях.

Второй тип решений не имеет достаточной информации для выбора, проблема слабо структурирована или неструктурирована вовсе. При этом минимизирован критерий времени. Цели, альтернативы, критерии оценки результата и правила решения известны частично или не известны. Их необходимо выделять при постановке и анализе проблемы. Само решение при этом сопряжено с новыми, неизвестными факторами.

Стандартные решения способствуют снижению роли субъективного фактора в выборе альтернативы, экономят время действий, имеют необходимый уровень качества выбора и влияют на эффективность решений. В стандартной ситуации специалист действует без эмоций и риска, автоматически.

В нестандартной ситуации субъект сталкивается с необходимостью самостоятельно разработать процедуру принятия решений: выделить проблему; сформулировать проблему; поиск решения проблемы; принятие решения; выполнения решения; оценка полученного результата. [91,с12]

Деятельность субъекта носит творческий характер. Он приобретает опыт и увеличивает индивидуальный объем образцов действия, что способствует его дальнейшей готовности и решительности действия в подобных ситуациях.

При этом вероятностные решения носят интеллектуальный характер, так как формирование решений заключается в выработке правил разрешения конкретной задачи в определенных условиях и выработке критериев оценки результата данной задачи.

В критериях оценки выделяют два класса. Класс достижения цели деятельности и класс предпочтительности способов деятельности.

Достижение цели определяется степенью соответствия поставленной цели с результатом деятельности.

Критерий предпочтительности проводится через сравнительный анализ эффективности цели, способа, программы и результата деятельности.

Современному специалисту приходится принимать множество решений самого различного содержания, класса, уровня сложности.

По признаку состава и сложности исполнения различают решения: простые (реализуются при выполнении одного действия); процессные – выполняются как совокупность взаимосвязанных действий.

По наличию временных ограничений выделяют решения в реальном масштабе времени и в сжатом. Решения в реальном масштабе времени принимаются и реализуются быстро, они связаны с решением штатных ситуаций. Решения в сжатом масштабе времени называются “кризисными” решениями. Они связаны с решением нестандартных ситуаций.

По признаку и характеру учета изменений условий реализации выделяют гибкие решения и жесткие. Последние решения имеют единственный вариант решения при любых условиях и состояниях объекта. Алгоритмы реализации гибких решений уже на стадии их принятия предусматривают различные варианты действий в зависимости от возникающих условий. [42,с179]

В соответствии с прогнозируемой эффективностью принятое решение может быть: ординарное; синергическое; асинергическое.

Ординарные решения – это решения, при которых эффективность расходования ресурсов соответствует нормам для получения определенного результата. С учетом условий задачи способ размещения проблемы может быть: рациональным, неэффективным или оптимальным.

Синергические решения – это решения, при которых эффективность расходования ресурсов резко возрастает.

Асинергические решения связаны с субъективным фактором: эмоциональные, импульсивные решения.

На наш взгляд наиболее предпочтительной является классификация решений по интеллектуальным уровням разработанная Л. Фогелем и построенная на принципах общей логики [119,с18].

Дедуктивные решения (выводы) характеризуются полной определенностью. Дедукция совершается в том случае, когда частное событие вытекает из общего правила и является следствием, которое входит в класс, соответствующий данному правилу. [114,с56]

Дедуктивный вывод может быть сделан с полной достоверностью. Чем больше у индивида прошлый опыт, тем проще будет его вывод из общего правила.

Дедуктивные решения делятся на элементарные (примитивные, моронические) и оптимизированные.

Простые дедуктивные решения имеют единственное решение, которое следует за входным сигналом (поставленной задачей).

Оптимизированные дедуктивные решения имеют более высокий уровень. При таком решении субъект сравнивает два сигнала, формирует модель желаемых преобразований в зависимости от условий и принимает оптимальное для них решение. Тем не менее, оптимизированное дедуктивное решение состоит из простых. [41,с132]

Итак, дедуктивные решения принимаются на подсознательном уровне (простые) и сознательном – оптимизированные. В условиях определенности – простые или частичной неопределенности – оптимизированные. По своей структуре они могут быть однозначными (простые) или состоять из предрешений (моделей) – оптимизированные.

Дедуктивный вывод делается с большой степени достоверности, особенно простые дедуктивные решения.

Абдуктивные решения (абдукция – отведение) характеризуются большой степенью неопределенности. Субъект идет в решении от следствия к причине. [114,с57]

Абдукция оптимальна в том случае, если для данного эффекта определяется наиболее вероятный причинный фактор. Пока субъект, принимающий решение, определяет, какая из подходящих гипотез истинна, он совершает абдукцию.

После абдукции следует оптимизирующая дедукция, в процессе которой из множества возможных причинных факторов подбирается наиболее абдуктивное решение.

Наибольшая опасность при таком решении заключается в том, что принимающий решение субъект может “не осознать” степени неопределенности своего абдуктивного решения.

Большое число абдуктивных решений относится к классу статистических задач. То есть субъекту предъявляется некоторая выборка, на основе которой необходимо найти наиболее вероятную генеральную совокупность. Эта совокупность принимается в качестве гипотезы.

Однако образование гипотезы является индуктивным решением, поэтому выделяется класс и эвристических абдуктивных решений. [41,с134]

Итак, при абдуктивном решении субъект в условиях неопределенности ищет вероятный причинный фактор и далее использует оптимизирующую дедукцию, то есть соотносит причину и следствие проблемы.

Чем больше неопределенность задачи, тем выше логический уровень абдуктивного эвристического решения, так как субъект строит более сложные гипотезы.

Степень ответственности за принимаемые решения от дедукции к абдукции возрастает. Простые дедуктивные решения ограничены внешним контролем и собственным опытом субъекта деятельности. Оптимизированные дедуктивные решения требуют уже анализа ситуации и, следовательно, налагают большую ответственность на субъекта за выбор модели.

Осознанность действий при абдуктивном решении, повышает субъективный фактор контроля при анализе ситуации, выборе и определении причины и следствия проблемы. Степень ответственности, особенно за эвристические абдуктивные решения, повышается за счет проектирования субъектом гипотезы решения.

Индуктивные решения всегда характеризуются частичной неопределенностью. [114,с57]

Индукция – это процесс обобщения, приводящий к увеличению информации по сравнению с той, которая содержится в наблюдаемых данных. Индукция имеет место тогда, когда как минимум на основе двух фактов субъект делает обобщение о некоторой закономерности.

Результатом индукции может быть любое правило из бесконечного множества правил, которое согласуется с имеющимися данными. Самому результату предшествуют логические операции по определению категорий, классов категорий, обобщение и сравнение.

Этот логический ряд составляет предрешение. Далее субъект формирует гипотезу, которая является результатом индукции. Для того, чтобы быть полезной, модель должна охватывать большее число данных, чем было использовано при ее построении.

Основная проблема индукции состоит в установлении категорий. При отсутствии у субъекта арсенала категорий, он, прежде чем совершить индуктивное решение должен создать множество классов, на основе которых различаются те или иные явления. [41,с141]

Мак-Кей предположил, что классы образуются на возрастающих уровнях абстракции посредством дедуктивных выводов, которые опираются на способность индивида различать некоторые основные свойства.

Чем больше специфичность каждого параметра и чем больше число рассматриваемых параметров, тем больше ответственность индивида за решение.

Итак, индуктивное решение имеет сложную структуру: предрешение, гипотеза, решение.

Предрешение состоит из выделения категорий, классов категорий, сравнения и обобщения. Построенная гипотеза может отвечать заданным условием или является только правилом для дальнейшего абстрагирования.

Изменяется не только интеллектуальный уровень решения: от наблюдения к абстрактному мышлению, но и изменяются требования к получаемой субъектом информации. Становится не сама информация, а умение ее структурировать, обрабатывать.

Индуктивные решения напрямую связаны с познанием, а значит и с поведением индивида. Решение не является началом деятельности, это – результат очень тонкой и обширной работы мозга. Стадия предрешения формирует и предопределяет направленность решения и действий субъекта. То есть связана с мотивационной сферой деятельности личности, что повышает степень личной ответственности за результат деятельности.

Моделирование или решения, связанные с предвидением – это научный метод, который состоит из трех видов решений: индукция, дедукция, абдукция.

Исследуя объективный мир, субъект создает гипотезу или модель деятельности. Посредством дедукции из модели он получает вывод – решение, которое соотносится с реальными условиями выполнения. Это соотношение совершается с помощью абдукции – возможность применить в конкретной ситуации сделанный вывод.

По смыслу моделирование – это индуктивное решение. По правилам образования – дедуктивное, а по возможности использования – это абдуктивное решение.[41,с143]

На данном уровне действует правило, - чем проще модель, тем выше ее ценность. Мысленные модели не являются точной копией действительности. Индивид желает иметь “простую картинку” своих собственных действий, чтобы иметь возможность осмыслить тот или иной аспект окружающего мира. Определить меру собственной ответственности за результат действий.

Автономные решения достигают высшего уровня логической сложности, когда субъект деятельности самостоятельно определяет собственные задачи. [41,с148]

На данном уровне действует самоконтроль, как установка на самосохранение и способность к самопознанию.

На данном уровне деятельности возможно преобразование среды в целях повышения ее эффективности и изменение критериев системы.

“При решении сложных задач наблюдаются противоположные и циклически совершаемые процессы, состоящие в означении смыслов и осмысливании значений (в том числе и обесмысливании). В этом важнейшая функция сознания (рефлексия).” [96,с10]

Означить смысл – значит задержать реализацию программы действия, мысленно ее проиграть, продумать.

Осмыслить значение – значит запустить программу действия или отказаться от нее, начать искать новый смысл и в соответствии с ним строить новую программу нового действия.

Осознание цели действия, прогнозирование и четкое видение результата, значимость действий для самого субъекта, возможность отвечать за результат – вот составляющие ответственного отношения индивида к деятельности.

Рефлексивные процессы осмысливания и означения цикличны и идут навстречу друг другу, осуществляясь внутри и силами сознания. Они оба связаны с действиями, а через них – с предметной деятельностью.

“Противоположное движение смыслов и значений – это важнейший психологический механизм принятия решений.”[96,с10]

Организация деятельности человека идет через реконструкцию схемы действий. При решении задачи выбирается предметная основа деятельности и вырабатывается индивидуальный стиль. [30,с13-14]

Решение – это всегда интеграция и выбор. Нельзя осуществить решение вообще, решение всегда направлено на положительный результат. Само принятие решения опосредовано очень сложным процессом “примерки” жизненного опыта к данной ситуации. При этом индивид сопоставляет опыт, мотивацию и условия данной задачи – и все это представляет конкретное решение.

Существует золотое правило принятия решений: если кажется, что в ситуации есть только один выход из нее, то скорее всего он ошибочный. Следствие из этого правила: если есть лишь одна альтернатива, то ее не следует ни принимать, ни отвергать, а необходимо сформулировать другие альтернативы.

Принятие решения – это критический момент, который “освобождает” индивида от большого количества степеней свободы и оставляет лишь одну, которая реализуется. [5,с10] Следовательно, чем выше умения индивида структурировать полученную информационную базу, анализировать ее, сравнивать и обобщать, тем выше эффективность принятого решения.

Для объяснения поведения личности в различных ситуациях принятия решений построены модели: рациональная, эвристическая, вероятностная.

При всех моделях принятия решений деятельность человека имеет мотивационный, целевой и операциональный блоки. Деятельность определяется и направляется иерархией установок, которые стабилизируют сферы деятельности. Мотивационный блок включает ориентировочные действия, а операциональный блок деятельности содержит исполнительские действия индивида. [30,с13-14]

Рациональная модель принятия решений (У.Петерсон, Т.Бердсалл, У.Фокс, Дж.Светс, У.Таннер)[8,с32] разработана в 50-60-х годах 20 века. В ее основу положено идеальное поведение индивида. Субъект, который принимает решение любого типа, уровня сложности всегда стремится добиться такого результата, который в будущем принесет пользу.

Рациональная модель принятия решений связана с теорией строгих решений, включающей дедуктивные и абдуктивные решения.

Основным компонентом рациональной модели принятия решений является мотивационный блок деятельности, который задает цель действий, уровень притязаний субъекта, его самооценку и самоанализ.

Принятие решений в рамках данной модели – это сложный многоцелевой процесс поиска личностью наиболее перспективных путей самореализации. Авторы выделяют в рациональной модели принятия решений осознанно поставленную цель, анализ ситуации и альтернатив, оценку вариантов выбора и формирование субъективного образа ситуации.

Осознание цели субъектом связано с его волевыми качествами: целеустремленностью, решительностью, настойчивостью. Личность четко осознает цель, интуитивно стремится к ней, в соответствии с достаточной мотивацией. Анализ альтернатив идет при минимальной рефлексии, если принимается стандартное решение. А при бинарном решении рефлексия стихийна.

В рамках рациональной модели принятия решений авторы определяют “готовность”, как сформированность у субъекта структуры личностных механизмов, обеспечивающих выбор одной из альтернатив. А процесс принятия решения при этом состоит из: “решения” – предшествует выбору; “выбор” – перебор альтернатив ситуации выбора.

Решение о выборе представляется сложным процессом колебания между альтернативами. Причем специфика деятельности накладывает отпечаток на содержание, динамику принятия решения, его потенциальные возможности. Содержательные моменты принятия решений могут существенно отличаться, но даже в этом случае может быть реализована одна и та же структура.

Машиньян Е.В., Карпов А.В., Кузнецова И.В. считают, что принятие решений состоит из: формирования цели выбора; сбора необходимой информации; обсуждения вариантов решения; отбора рационального варианта; акта принятия решения; реализации.[21,с21]

Согласно модели Забродина Ю.М.[37,с45] принятие решений протекает так: формирование субъективного образа; динамическая схема действия; активизация внешних стимулов.

Процесс принятия решений состоит в логическом преобразовании информации и определении цели деятельности, в соответствии с направленностью личности и конкретными условиями задачи.

Значит, формирование готовности в рамках рациональной модели принятия решений заключается в возможности и умении субъекта трансформировать имеющуюся информацию и получать новую. Субъект, при этом, должен иметь четкое представление о том, что в данной ситуации является полезным, а что нет. То есть возрастает субъективно-личностная значимость деятельности. Однако выбор схемы взаимодействия может происходить осознанно в режиме свободного поиска альтернатив или интуитивно в режиме поспешного решения, сходу. Причем отказ от взаимодействия это тоже выбор, за который личность несет ответственность.

Модель рационального принятия решения включает обыденные, стандартные решения с вполне предсказуемым исходом и решения с значительной степенью неопределенности результата. То есть в первом случае речь идет о дедуктивных решениях, а во втором – об абдуктивных. Ясно, что принятие абдуктивного решения более сложно и осуществляется специалистами более высокого уровня.

В рациональной модели принятия решений ответственность проявляется как внешний контроль, обусловленный структурой деятельности: цель; план; реализация; контроль (оценка); коррекция

Обоснованная внешне ответственность может создавать диссонанс с внутренними мотивами деятельности. Однако реально определенная цель деятельности формирует потребность личности в принятии решения. Личность начинает утверждать себя через определенную деятельность, стремясь к более значимым результатам. Это и повышает ответственность за результат деятельности.

Эвристическая модель принятия решений рассматривает деятельность человека как творчество и использует абдуктивные решения. Процесс рассуждения о предметах представлен в виде мысленного эксперимента. При этом человек способен как к репродуктивной, так и продуктивной деятельности. Мыслительные процессы направлены на переработку информации и постановку модельного эксперимента.

“Главную роль в творческом решении задачи следует отнести именно процессу взаимодействия субъекта с объектом, которое направляется определенной, сознательно поставленной целью”.[4,с27]

В самом общем виде принятие решения представляет собой формирование последовательности действий для достижения определенной цели на основе преобразования некоторой информации об исходной ситуации. В процессе принятия решения выделяют несколько этапов.

Рубахин В.Ф. считает:

1 стадия – информационная подготовка – операции отбора данных, формирования альтернатив, построения гипотез, оценки последствий.

2 стадия – собственно принятие решения – окончательный выбор альтернатив[104,с17].

С точки зрения Ю. Козельского существует четыре стадии: создание субъективного представления; оценка последствий альтернатив; прогноз условий решения; выбор альтернативы[53,с30].

Ряд авторов выделяют только две стадии: системный анализ; операционная деятельность.

Вершинин С.И. Считает, что процесс принятия решений в большой степени имеет личностный оттенок и включает три этапа: постановка задачи выбора; оценка собственных возможностей; принятие окончательного решения. [21,с58]

Задача выбора формируется субъектом на понятийном и личностном уровнях. Понятийный уровень, с точки зрения автора, формален и зависит от обстоятельств, а личностный уровень определяет значимость проблемы для индивида. Такое принятие решений актуализирует личностные структуры сформированные на момент действия и является основой для дальнейшего развития личности.

Процесс принятия решения при эвристической модели проходит в режиме развернутой поисковой подготовки, при интенсивной рефлексии при оценке альтернатив. Поэтому принимаемые решения можно отнести к многоальтернативным.

Г. Уоллес выделяет четыре стадии творчества: подготовка; выдвижение идей; созревание; принятие решения, реализация и контроль.[42,с182]

Основным или исходным моментом творчества является обнаружение проблемы, ее формулировка и анализ фактов.

Этап выдвижения идей связан с интуитивным мышлением, которое позволяет освободиться от привычных представлений и моделей деятельности. В результате индивид создает новые образы, модели. Созревание происходит на пограничье интуиции и сознания. Озарение уже связано с осознанием решения. Это центральный момент творчества. Он очень индивидуален.

Процесс решения эвристической задачи происходит в тесном единстве известного познания, представляющего собой цикл взаимодействия субъекта с объектом, и логического решения.

На процессы индуктивного решения существенное влияние оказывает значимость вырабатываемых решений для личности. Специфика процесса принятия решений определяется степенью развернутости и преобладания психологических процессов, лежащих в основе формального акта выбора одной из многих альтернатив. Значит, в структуре принятия решений основными является целеполагание и планирование действий.

Осознание цели и определение плана собственных действий – ключевые моменты принятия решения.

Формирование программы деятельности снижает информационную неопределенность, что способствует формированию состояния готовности к принятию решений. Осознанная цель, модель, план действий определяют высокую меру ответственности личности за принимаемое решение. Ответственность при многовариантном решении заключается в оценочной деятельности субъекта значимости альтернатив. Субъект самостоятельно определяет критерии значимости той или иной модели действий. Это свидетельствует об ответственности как самоконтроле. Самоконтроль обусловлен структурой деятельности и личностными качествами. Структура деятельности включает: цель (стратегия, может быть внешней); задачи (вырабатываются самостоятельно); гипотеза (оценка и выбор альтернатив); план собственных действий; реализация; самоконтроль; самокоррекция; Личностные качества: чувство долга, чувство ответственности, милосердие.

Внутренний контроль формируется через изменение потребностно-мотивационной сферы деятельности личности. Для выполнения такой деятельности необходимы сформированные профессионально значимые качества личности.

Вероятностная модель принятия решений основана на антиципации (anticipatio – предвосхищение). “Антиципация – это способность действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением и предвосхищением в отношении ожидаемых событий и результатов деятельности, в том числе интеллектуальной. За счет вероятностного прогнозирования, определенного предвидения отражение окружающей среды становится опережающим”. [9,с17] Антиципация обеспечивает преднастройку организма к действию. Ситуация, сама по себе, еще не возникла, а соответствующие системы уже находятся в состоянии готовности. Это состояние преднастройки определяется субъективным прогнозом, который складывается из индивидуального опыта. Опыт включает не только прогноз выхода из ситуации, но и частоту, с которыми они повторялись, каковы комбинации действий уже использовались. Особенная ценность данного явления состоит в том, что “память и вероятностное прогнозирование не только обеспечивают прогноз предстоящей ситуации, но и участвуют в построении плана действий”. [9,с18]

Мышление, как процесс, выражается в максимальной степени именно тогда, когда субъект еще только выстраивает для себя способ такого прогнозирования, поскольку в это время в “качестве прогнозируемого объекта, выступает, отчасти, и сам мыслительный процесс, с помощью которого осуществляется познание объекта”. [9,с18]

Вероятностная модель принятия решений связана с творческим мышлением, моделированием и предвидением. Творческое мышление всегда открывает новое. Антиципация реализуется в форме постепенного и (или) скачкообразного мыслительного прогнозирования вначале неизвестного и потому искомого результата. Изначальная неопределенность результата действий и отсутствие стереотипов действий означают, что все стадии мыслительного процесса формируются как новые, то есть не существовавшие в таком качестве и не повторялись в прошлом опыте индивида. [41,с150]

Значит, решения подобного типа относятся к числу высших уровней познавательной (интеллектуальной) деятельности человека. В процессе организованной мыслительной деятельности проявляются и другие функции антиципации..

Регулятивная функция антиципации реализуется посредством формирования субъектом целей, планирования и программирования своего поведения и деятельности. Эта функция предвидения обеспечивает процесс принятия субъектом решений, осуществление контроля действий.

Кроме этого антиципация способствует вовлечению субъекта в коммуникативные акты. Все три функции антиципации: формирование образов, целеобразования и коммуникация, проявляются в единстве, что обеспечивает целенаправленность деятельности и целесообразность деятельности субъекта.[9,с19]

В зависимости от степени активности субъекта в процессе целеобразования выделяются два типа деятельности.

К первому относится деятельность, в которой цели заданы, последовательность операций фиксирована, предопределена. Во втором типе происходит порождение новых целей, новых операций по логике внутреннего развития деятельности. При этом и в первом, и во втором типе деятельности субъектом осуществляется преобразование объекта в момент моделирования и прогнозирования.

Ценность целеобразования второго типа деятельности состоит в том, что оно в высшей степени стимулирует интеллектуальную активность. Порождение новых целей обязательно предполагает попытку индивидом осмыслить информацию, определенную степень понимания и осознания содержания деятельности, условий и средств осуществления субъектом предстоящих действий. В этом случае цель становится инструментом овладения ситуацией, инструментом регуляции интеллектуальной деятельности субъекта.

Формирование готовности к принятию решений в рамках вероятностной модели связано с умением постановки цели, ее осознанием и возможностью самоконтроля. Принятие решений на высоком интеллектуальном уровне (моделирование, автономные решения) связано с высокой степенью самостоятельности и активности индивида.

Вероятностная модель связана с интенсивной рефлексией, которая носит личностную обусловленность. Поиск и принятие решения идет через обоснование выбора оптимальной альтернативы. Такая деятельность связана с инновационными решениями и ответственность за результат зависит от умения субъекта оптимизировать альтернативы.

Актуализация способа деятельности связана с рациональной моделью принятия решений, но нестандартная ситуация может потребовать от индивида и выбора способа действия. Эвристическая модель в первую очередь связана с выбором способа действий, а вероятностная – с построением способа действий. То есть деятельность человека в различных ситуациях требует от него не только четкого выполнения стандартных действий, но и умения строить новые схемы деятельности, находить более эффективный способ деятельности. Значит, готовность к деятельности – это состояние осознания цели действий в определенных условиях. Состояние готовности к деятельности и есть конечная форма самостоятельности, независимости личности в актуализации, выборе или построении способа деятельности. Чем более независим индивид в выборе цели деятельности и путей ее реализации, тем выше его осознанность, то есть готовность к принятию решения.

Какова же роль ответственности в профессиональной деятельности специалиста?

В рамках рациональной модели принятия решений, когда действия специалиста стандартны, но могут приниматься с долей неопределенности, ответственность носит внешний характер. Внешний контроль определяется должностными обязанностями, стандартами деятельности.

Однако на этом этапе готовности к деятельности субъект осознает не только необходимость действий, но и мотив ответственности – цель деятельности в данных условиях. При этом, доля ответственности будет зависеть именно от цели деятельности. Если субъект ставит цель – выполнить, квалифицированно выполнить сами действия, то личная ответственность минимальна. А если субъект видит цель в изменении состояния предмета деятельности, то доля личной, моральной, социальной ответственности возрастает.

В рамках эвристической модели принятия решений, когда уровень интеллектуальных операций растет, то ответственность в большей степени носит внутренний характер, который осуществляется через предвидение результата и готовность отвечать за этот результат.

Проводя оценочный анализ выдвигаемых альтернатив субъект выстраивает критерии оптимального выбора и тем самым становится готов воспринять критику за собственные действия.

При вероятностной модели принятия решений субъект здравоохранения моделирует и принимает автономные решения. Значит, доля ответственности лежит только на нем самом. Появляется качество личности – самоответственность, как обязанность добиться результата в соответствии с поставленной целью и планом действий. При этом, цель деятельности носит личностно значимый характер для действующего лица и социально значима для общества. Поэтому личность не испытывает чувства страха за низкий результат деятельности, а способна провести системный анализ ситуации и найти достойный выход из нее. Именно данное качество и позволяет организовать медицинское просвещение на высоком уровне – уровне, который может обеспечить

только ответственный специалист, осуществляющий профессиональное взаимодействие с различными категориями взрослых.

Ответственность субъекта медицинского просвещения за принятие решений: состав понятия и его признаки

Воспитание - это многогранная подготовка молодого поколения к жизни. Воспитание осуществляется обществом через специально создаваемые общественные и государственные структуры, которые контролируются и корректируются историческим развитием. В процессе воспитания формируется характер человека, происходит становление личности как социального существа.

“Социальная адаптация - непрерывное и активное приспособление человека к условиям социальной среды. Ведущую роль в развитии и результативности адаптационных процессов играют именно структуры личности как отражение складывающихся отношений и связей с существенными характеристиками человеческого бытия”. [99,с31]

Авторы по-разному рассматривают личность. Ананьев Б.Г., Асмолов А.Г., Ломов Б.Ф., Платонов К.К. определяют личность как социального индивида.

Братусь Б.С. видит личность как своеобразное психологическое орудие формирования и самостроительства в себе человека.

Леонтьев А.Н. указывает, что “личность психологическое новообразование, которое формируется в жизненных отношениях индивида, в результате преобразования его деятельности”. [71,с172]

Личность порождается деятельностью, поэтому и представляет собой совокупность усвоенных социальных ролей.

Личность испытывает потребность в познании, общении и самовыражении. Общество должно предоставить способ удовлетворения потребностей. Потребность в познании удовлетворяется через просвещение. В общении - через умение формировать отношения. И потребность в самовыражении удовлетворяется через организацию деятельности.

“Субъект, вступая в обществе в новую систему отношений, обретает также новые - системные - качества, которые только и образуют действенную характеристику личности: психологическую и социальную”. [71,с179-180]

Социальные роли, как сыгранные персонажи, помогают формированию личности. При этом воспитание происходит при взаимодействии извне, при изучении окружающего мира и при формировании собирательного образа личности изнутри. [75,с78-81]

Итак, воспитание - сложный процесс формирования личности, в котором можно выделить три обязательные части: ограничение субъекта рамками; предоставление свободы действий в этих рамках; совершенствование личности.

Ограничение происходит моральными, общечеловеческими и др. рамками, но внутри них индивиду предоставляется максимум свободы через социализацию. В результате деятельности субъекта и происходит его совершенствование. От активности самого субъекта будет зависеть формирование его как всесторонне развитой личности и специалиста в той или иной области.

Взаимодействуя с окружающим миром, познавая его и преобразуя, личность формирует свое отношение. Это отношение всегда отражает связь человека с реальной объективной действительностью. Так как индивидуальный опыт человека различен, то и отношение его к объективной реальности разное.

Субъективное восприятие мира раскрывает сущность личности.

Рубинштейн С.Л., считает, что “личность определяется своими отношениями к окружающему миру и другим людям”.

Ковалев А.Г. говорит, что “в отношениях проявляется вся сущность личности, ее доминирующие потребности, идейная направленность и моральная воспитанность”.

Отношения выступают во взаимодействии с другими компонентами психологической структуры личности. Мясичев В.Н. охарактеризовал это, как уровень активности к объекту. [4,с23]

Отношение тесно взаимосвязано с проявлением характера человека (по Левитову), темперамента и способностей (по Мерлин), успешности (по Л.Божович), напряженности волевого усилия (по Косеубееву).

Следовательно, личность можно рассматривать как некое психологическое образование, которое обеспечивает адаптационные процессы на всем жизненном пути человека.

К.А. Абульханова - Славская указывает на наличие двух основных образований в структуре жизненной позиции личности:

во-первых, это совокупность субъективно значимых отношений человека (к социальному окружению, предметному миру, самому себе);

во-вторых, - совокупность способов реализации этих отношений (способ организации жизни).[99,с32]

Именно деятельность характеризует личность. На решение сложных жизненных ситуаций влияет уровень активности личности и степень ее мобилизации.

“Активность - это продукт взаимодействия личности с внешним миром в процессе деятельности”.[109,с503]

Качество взаимоотношений человека с окружающим миром зависит от соответствия деятельности личности тем требованиям, которые выдвигают природа, общество, сам человек.

Взаимодействуя с окружающим миром человек берет на себя ответственность за то: в состоянии ли он выполнить требования; как он толкует эти требования; предвидит ли последствия; как далеко распространяется его деятельность.

То есть индивид, выполняя определенный вид деятельности, должен обладать личностными качествами: осознание цели деятельности; прогнозирование своих сил и условий выполнения действий; способность отвечать за результат действий.

В процессе социализации различные деятельности вступают в иерархические отношения между собой. “Эти иерархии деятельностей порождаются их собственным развитием, они то и образуют ядро личности”.[71,с187] Эти “узлы”, ядро, завязывается в той системе отношений, в которые вступает субъект.

По В.А. Ядову, отношение “можно рассматривать как состояние готовности личности к определенному способу действия, как фиксированную в социальном опыте личности предрасположенность воспринимать и оценивать условия деятельности”. [4,с24]

Деятельность человека - это побуждаемый и направляемый мотивом процесс. Внешними источниками активности являются система потребностей, мотивов и свойств личности. Ананьев Б.Г. настаивал на необходимости рассмотрения психической сущности человека не только на личностном и индивидуальном уровнях, но и как субъекта основных социальных деятельностей - “труда”, познания и общения, посредством которых осуществляется интериоризация внешних действий, так и формирование внутренней жизни личности. [99,с168]

Представления многих психологов, как отечественных (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, П.Я. Гальперин), так и зарубежных (Ж. Пиаже, Э. Эриксон, А. Маслоу, К. Левин), основываются на неразрывной связи индивида и среды и подразумевают его активное взаимодействие с ней.

Взаимодействуя с окружающим миром индивид овладевает новыми действиями и приобретает новую систему привычек, эталонов, ценностей. “Только соотнося свое собственное поведение с чем-то более общим, существенным и надиндивидуальным ... человек может в достаточной степени стабилизировать свои новые убеждения и обеспечить их необходимую устойчивость и независимость от перемен настроения и тех влияний, которым он, как личность, подвергается во внешнем мире.”[70,с183]

Ценности личности создают основу мотивации поведения. Это источник мотивов личности. А мотив создает то или иное состояние готовности личности к действию, ее предрасположенность. “Таким образом, отношения включаются в “пусковой механизм” психической деятельности человека”. [4,с24]

Мотив - это лишь стратегия деятельности, которая ограничена потребностью и намерением что-то сделать.

Структура каждого конкретного мотива состоит из тех компонентов, которые обусловлены принятым человеком решением.

Н.И. Шевандрин употребляет понятие мотивации в двух смыслах:

1. система факторов, вызывающих активность организма и определяющих направленность поведения.

2. Характеристика процесса, обеспечивающего поведенческую активность на определенном уровне.[125,с152-153]

В первом смысле мотивация включает такие факторы: потребность, мотив, цель, интерес, намерения и желание, задачу.

Потребность, как состояние нужды в чем-либо, может выражать и отношение личности, его связь с внешним миром. Но это случается только в тех случаях, когда начинается сам поиск способа удовлетворения потребности.

Л.И. Божович определяет это как психическую форму потребности. “По существу именно здесь возникает качественно новая форма потребности, когда человека побуждает к действию не нужда в чем-то, не недостаток, а стремление к новому переживанию - к овладению, к достижению”.[4,с24-25]

Такое “стремление к овладению, достижению” можно считать формой самовыражения отношения. Это форма активного функционирования субъекта со средой. Активность максимальна при поиске способа удовлетворения потребности, а при удовлетворении потребности - активность, а значит и отношение, взаимодействие, снижается. При этом снижается и ответственность субъекта за принятое решение. Потребность является носителем отношения, а само отношение активизирует удовлетворение потребности. Значит, чем больше человек вовлечен в деятельность, социальную активность, отношения с объективной реальностью, тем выше должна быть его ответственность за принимаемые решения, за результат действий. Мотив - это предмет, который выступает в качестве средства удовлетворения потребности. Мотивы направляют деятельность. Если субъект анализирует собственные действия, их динамику, то мотивы раскрываются сознанию. [71,с204]Осознаваемый результат, на который направлена деятельность - это цель действий.

Потребность - мотив - цель составляют мотивационную сферы личности человека. Субъективно мотивы выражаются в виде переживаний, желаний, хотений, интереса к деятельности. Эти переживания выполняют роль внутренних сигналов стремления к цели. Мотивы - это психические побудители к деятельности. При положительном отношении к объекту возникают интересы. К их числу относится “интерес как направленность (чаще познавательная) личности на объект, который является для нее значимым и эмоционально привлекательным.” [109,с505]

Интерес человека отражает действительность, но при этом выражает его отношение к ней. Интерес может быть: активным - психическое явление, связанное с целенаправленным вниманием и волевыми усилиями; пассивным - ограничен приятными переживаниями.

Эмоции представляют собой переживаемое отношение человека к действительности. Сами переживания являются следствием отражения в индивидуальном сознании реального взаимодействия субъекта и объекта, осознания человеком протекания деятельности и получаемого результата. Это когнитивно - мотивационное состояние познавательного характера, высшей формой которого является творчество человека. “Отношения становятся внутренне мотивированными, эмоционально окрашенными, на их стимулирующие и активизирующие функции влияют и потребности, и способности человека”. [24,с24-25]

Способности и мотивация находятся в динамическом единстве. Недостаток способностей может компенсироваться развитием мотивационной сферы (интерес к предмету, осознанность выбора) и, как следствие, - достижение высоких результатов деятельности. [99,с58]

Во втором смысле мотивация выступает как мотивирование - “процесс побуждения к деятельности и общению для достижения общих или личных целей.”[125,с153]

Для успешного мотивирования необходимо: сформировать значимые цели (успех - это реализация цели); реализация в труде; ощущение значимости себя.

Критерием оптимальной мотивации является удовлетворенность - чувство личной причастности к результатам деятельности, возможность самореализации в труде. Действия не всегда осуществляются по доминирующему мотиву. Социальная активность выражается в направлении, объеме и интенсивности общественной деятельности личности, но, как результат, возникает субъективное отношение к объекту. Это отношение осознается как связь (отношение) мотива и цели.

Е.А. Климов указывает, что интегральный эффект взаимодействия субъекта и объекта - это индивидуальный стиль деятельности. Наличие такого стиля обеспечивает человеку наиболее эффективную адаптацию вообще и способность противостоять стрессовым воздействиям, в частности.

Деятельность человека, в широком смысле, есть проявление любой активности. Существуют два взаимосвязанных аспекта активности: форма и содержание.

Содержание активности определяется мотивами и характером деятельности. Всякая внешняя активность содержит в себе психические компоненты, посредством которых осуществляется ее регуляция.

Форма активности определяется теми психическими процессами, которые участвуют в осуществлении деятельности. Эти процессы качественно отличаются, что определяет форму активности: импульсивную; привычную; волевою [109,с508].

Импульсивная форма выражена в мгновенной эмоциональной реактивности личности на внутренние импульсы и внешние воздействия. Индивид не осмысливает и не оценивает мотивы деятельности. Не прогнозирует последствия предприняемых действий.

Следовательно, при импульсивной форме активности отсутствует или слабо выражена сознательная саморегуляция поведения. Это низшая форма активности и выступает как форма психологической защиты личности.

Привычная форма выражена в стереотипных реакциях и действиях личности. При такой форме активности сознательно - волевой контроль за поведением существует, он выработан в привычных условиях. Однако в силу заученности операций или действий индивида, контроль сводится к минимуму. Это может быть как защитная форма реагирования, так и конструктивная. Как отмечает С.Л. Белых, “если человек способен реагировать только стереотипно, на основании выученных форм,

он будет неадекватен в незнакомой ситуации, но постоянное рефлексирование - тоже не выход, т. к. это серьезно затрудняет и усложняет поведение в знакомой области".[99,с172]

Волевая активность - это психологически высшая форма. Особенности ситуации (конфликт мотивов, наличие внешних препятствий) оказывает наибольшее "сопротивление" личности и требует от нее мобилизации инициативных усилий, постоянной сознательной саморегуляции поведения. [99,с510] Волевая активность является признаком творческой деятельности. Это конструктивная форма реагирования, когда активность личности направляется на разрешение проблемы.

Учитывая тип высшей нервной деятельности человека, условия его жизни и воспитания формируется индивидуальное соотношение в активности импульсивных, привычных и волевых компонентов. Успешность работы проявляется в стиле выполнения деятельности. Стилиевые характеристики осмысливаются и оцениваются субъектом, определяя его выбор. Появляется мера активности - сознательное действие - ответственность за принятие решений.

А.Г. Асмолов считает, что личность владеет своими индивидуальными свойствами, подбирая в зависимости от их оценки, "означения" те или иные способы достижения целей.[5,с17] Следовательно, стратегия выбора, цель деятельности, результат решения способствуют формированию стиля конкретной профессиональной деятельности и индивидуальному стилю личности в целом.

Чем больше импульсивных элементов в структуре деятельности личности, тем ниже продуктивность, больше психологических срывов, чувство неудовлетворенности результатом и процессом труда.

В профессиональной деятельности важна выдержка, дисциплинированность, подавление мешающих эмоций и импульсов.

Полезные навыки (стандартные решения) способствуют эффективной деятельности, освобождают место для творчества (индуктивные решения). Однако, если человек останавливается в воспроизводстве усвоенных действий, то превращается в рутинера.

Единственным психологическим "инструментом", позволяющим личности справляться с импульсивностью и рутинной, волевая саморегуляция.[99,с94-95]

Деятельность личности, принимаемые ею решения определяются направленностью как системой мотивов. Г.Оллпорт определяет направленность - аттитюд - как психическую готовность к деятельности. Как внутренний регулятор социального поведения личности.

Д. Катц, Д. Креч, С. Крачфилд выделяют в аттитюде три компонента: когнитивный; эмоциональный; поведенческий.

В.И. Селиванов считает, что вместо понятия "волевой" компонент они подставляют - "поведенческий", что запутывает вопрос о внутренних детерминантах деятельности.

На наш взгляд это оправдано, так как аттитюд определяет только внутреннее состояние самого субъекта, а не его действия. А наличие волевого компонента позволяет ввести понятие волевого регулятора (самоконтроль, самоответственность) деятельности.

Побуждение к активности идет от разума (значимость дела) и воли (сознательная мобилизация психофизических усилий для преодоления внутренних трудностей).[109,с 109]

Воля (или произвольность) - это самоуправление своим поведением с помощью сознания, которое предполагает самостоятельность человека не только в принятии решения, но и в инициации действий, их осуществлении и контроле.[40,с95]

Значит, даже состояние готовности к действиям уже предполагает: осознание цели действий; предвидение результата действий; стремление к достижению цели; способность отвечать за результат действий.

Принятие решения связано с уверенностью или неуверенностью человека. Это характеристика убежденности или сомнения в правильности решения. Уверенность побуждает к действию, а сомнение способствует тщательному анализу конкретной ситуации. Степень уверенности определяется внешними и внутренними факторами.

Внешние: неопределенность ситуации, отсутствие опыта, неожиданная обстановка.

Внутренние: тревожность, импульсивность, неадекватная самооценка.

Значит, к характеристикам готовности к действию необходимо добавить и такой признак, как самооценку личности, что способствует достаточному прогнозированию результата с учетом всех обстоятельств принятия данного решения.

Е.П. Ильин выделяет понятие "мобилизационной готовности". Это устойчивое состояние, которое отражает возникшую целевую доминанту, направляющей сознание человека на достижение результата, и готовность бороться с любыми трудностями во время предстоящей деятельности.

"Это готовность проявить максимум волевых усилий, не допустить развития неблагоприятного эмоционального состояния, направить сознание не на переживание значимости предстоящей деятельности и ожидание успеха или неудачи, а на контроль своих действий".[40,с94]

Такое состояние позволяет полностью мобилизовать свои возможности и достичь результата в данной деятельности. Значит, эффективность деятельности личности связана с ее результатом. Поэтому необходимо, особенно в профессиональной деятельности, говорить об "ответственности за принятие решений".

Деятельность человека - это постоянное принятие решений. Решений, которые совершенствуют самого человека, способствуют становлению личности, но и совершенствуют общественные отношения, связи человека в объективной реальности.

Значит, ответственность за принятие решений выражает степень участия личности в этом совершенствовании. Выражает ту меру вмешательства, которая осознана личностью, результат которых ему представляется необходимым в соответствии со своими личными и интересами других людей.

Выделение в профессиональной деятельности человека такого понятия - "ответственность за принятие решений" - переносит акцент с момента решения на результат деятельности. Ведь важна не сама по себе активность, самостоятельность, а те изменения, ради которых совершались эти активность и самостоятельность.

На наш взгляд "ответственность за принятие решений" связана именно с моментом психологической готовности индивида к деятельности. Именно на этапе ориентации в среде, выбора цели и планирования действий, важно осознание меры той активности, на которую способен индивид в данных условиях при решении конкретной задачи.

Важны не действия сами по себе, а то, что личность под ними понимает: осознание смысла и означение действий. Именно тогда деятельность приобретает социальную, моральную, общечеловеческую значимость. Именно тогда деятельность имеет значимость для самого индивида и социума в целом.

На наш взгляд понятие "ответственность за принятие решений" имеет следующий состав.

Во-первых, ответственность - это необходимость, обязанность отвечать за свои действия. Необходимость, как потребность, отвечать за результат действий связана с мотивами ответственности личности. Эти обязательства выражаются в требованиях общества. Они являются мощным стимулом, вызывающим у личности собственную постановку цели деятельности, которая определит его волевую активность. "Восприятие и понимание цели-задания и принятие ее приводит в деятельное состояние сложившуюся у личности систему мотивов и потребностей. Формируется отношение к деятельности." [109,с109]

Итак, "ответственность за принятие решений" как мотив ответственности имеет признак: осознание цели действий.

Во-вторых, ответственность - это результат решения конкретной проблемы. "Предвидение - это не только знание, разумный расчет, но и волевая активность, направленная на поиск наилучшего пути достижения цели".[109,с113]

Ответственность за результат - это раскрытие поставленной цели в конкретной совокупности знания всех тех условий, которые обеспечивают ее реализацию в самом процессе предстоящей деятельности.

Планирование требует от личности волевых качеств. Надо применить волевое усилие, чтобы выбрать необходимый вариант. Надо обнаружить выдержку при анализе ситуации. Чтобы не отступить от намеченного плана надо проявить упорство, настойчивость.

Значит, "ответственность за принятие решений" как результат решения проблемы имеет признак: предвидение результата.

В-третьих, ответственность - это готовность воспринять критику, оценить результат действий. Сформированная установка личности приписывать ответственность за свое поведение неразрывно связана с наличием или отсутствием у нее волевой нацеленности на самостоятельное преодоление трудностей. Человек должен обладать таким качеством, как склонность к приписыванию ответственности за принимаемое решение себе или другим людям.

Л.Ц. Пуни определяет решительность человека, как отсутствие боязни принять на себя ответственность за решение и исполнение. Значит, "ответственность за принятие решений" имеет еще один признак - способность человека отвечать за результат деятельности.

В-четвертых, ответственность - это соответствие чему - либо.

Всякий самоконтроль предполагает у субъекта деятельности знаний о том, что и как надо контролировать, чтобы не допустить ошибок и добиться успеха. "Решающую роль играет организованность, самостоятельность, настойчивость, умение мобилизовать свои волевые усилия".[109,с508]

Поэтому, "ответственность за принятие решений" приобретает еще один признак - стремление к достижению цели.

В-пятых, ответственность - это чувство долга. Это способность осознать цель действий и применить собственный план.

Субъективная цель находится в зависимости от принятой системы оценок личности (опыт, психическое состояние, возрастные индивидуальные особенности). Собственная цель деятельности зависит от ситуации и отношения субъекта к внешней цели (необходимости).

"Человек теперь уже должен не только осознавать последствия своих возможных действий, но осознавать и оценивать свои мотивы: побуждают ли они к активности в аспекте ведущих ее потребностей и устремлений или, напротив, подрывают их."[109,с509]

Особенно при инициативном действии человек должен все решать сам, поэтому "ответственность за принятие решений" имеет и еще один признак - самооценка личности - сознание ответственности

человека за свои действия перед другими людьми и самим собой. Это определяет его социальную активность и особенности самоконтроля, то есть самоответственность.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Мы рассматриваем ответственность субъекта медицинского просвещения как способность человека отвечать за результат собственных действий в процессе медицинского просвещения.

2. Психологическая готовность является формой деятельности субъекта медицинского просвещения. Активность - это условие и средство ее выполнения, а самостоятельность - это содержание деятельности. Следовательно, ответственность субъекта медицинского просвещения выступает базисным качеством психологической готовности, как способность к самоконтролю, самодисциплине.

3. Мы выделяем три уровня психологической готовности к просветительской деятельности: - манипулирование объемом информации; самостоятельное построение последовательности действий для достижения цели; отношение к деятельности.

Соответственно выделяем и трансформацию степени ответственности на этих уровнях. На первом уровне готовности - это внешний контроль, рамки информации. На втором - это внешний и внутренний контроль, который осуществляется в способности предвидеть результат деятельности и готовности отвечать за результат. На третьем уровне готовности ответственность - это внутренний контроль, самоответственность за выполняемые действия в процессе медицинского просвещения.

Ответственность в деятельности субъекта медицинского просвещения проявляется следующим образом: в рациональной модели принятия решений через четкий анализ ситуации и выбор альтернативы; в рамках эвристической модели принятия решений ответственность носит внутренний характер и проявляется через выработку критериев оценки альтернатив; в вероятностной модели принятия решений через оптимизацию альтернатив, как качество личности - самоответственность.

Категория "ответственность за принятие решений" субъектом медицинского просвещения выражает степень участия личности в совершенствовании объективной реальности и самосовершенствовании.

"Ответственность за принятие решений" субъекта медицинского просвещения имеет следующий состав: осознанность принимаемых решений; предвидение результата; способность отвечать за результат действий; самооценку; стремление к достижению цели.

Каждая составная часть нравственного качества "ответственность за принятие решений" субъекта медицинского просвещения имеет уровни развития: низкий, средний, высокий.

Только благодаря сформированному чувству ответственности субъект медицинского просвещения в состоянии реализовать цели и задачи медицинского просвещения. Противная ситуация грозит симуляцией и имитацией просветительской деятельности.

Принципы медицинского просвещения различных категорий взрослого населения в России

Охрана здоровья населения составляет одну из основ конституционного строя России. Право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в Конституции Российской Федерации (статья 41). Однако без медицинского просвещения реализация этого права весьма затруднительна.

Состояние здоровья населения страны, по данным многих экспертов, остается неблагоприятным. Ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи, а также слабое медицинское просвещение взрослых категорий населения неминуемо приведет к негативным социально-политическим последствиям, потребует значительных дополнительных затрат на восстановление утраченного трудового потенциала российского общества.

Должна вестись самая серьезная работа в области улучшения медицинского обслуживания населения, правовой грамотности населения в области здравоохранения и т.д. Необходимо усилить ответственность представительных органов государственной власти всех уровней за подготовку ежегодного доклада «О здоровье населения» с выработкой необходимых мер по реализации государственной политики в области здравоохранения в Российской Федерации, субъекте Российской Федерации, муниципальном образовании с последующим опубликованием этих докладов в средствах массовой информации.

Для улучшения качества медицинского просвещения, можно реализовывать следующие направления деятельности:

- В специализированных кабинетах проводить семинары-тренинги, показательные занятия, цель которых обучить население оказанию первой доврачебной медицинской помощи и приобщить к здоровому образу жизни. Все необходимое для начала работы подготовить: мебель, медикаменты, брошюры, листовки, программы тренингов.

- Подготовка кадров в системе высшего, среднего, дополнительного профессионального образования. Внедрение современных подходов к закреплению кадров в здравоохранении.

Основой решения имеющихся в системе здравоохранения РФ проблем должна стать разработка механизма реализации государственной политики обеспечения кадрами медицинских организаций различных уровней оказания медицинской помощи. Именно квалифицированные сотрудники сферы здравоохранения смогут грамотно проводить медицинское просвещение взрослого населения.

В настоящее время подготовка и повышение квалификации специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием осуществляется в 47 вузах, 4 медицинских академиях последиplomного образования, 4 институтах усовершенствования врачей и более чем на 20 медицинских факультетах государственных университетов Министерства образования и науки РФ. Подготовка средних медицинских и фармацевтических кадров осуществляется в 450 учреждениях среднего профессионального образования.

В России ежегодно выпускается около 100 тысяч молодых специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Более 450 тысяч работников ежегодно проходят обучение в системе дополнительного профессионального образования. Накоплен положительный опыт в подготовке специалистов для практического здравоохранения. В то же время дальнейшая подготовка кадров на основе государственного заказа и целевой подготовки специалистов должна базироваться только на основании предварительного планирования численности и структуры кадров здравоохранения.

Для решения этой проблемы в первую очередь необходимо усовершенствовать номенклатуру (классификатор) медицинских специальностей и привести в соответствие с европейскими требованиями; разработать перспективный прогноз потребности населения в медицинском, лекарственном и санитарно-гигиеническом обеспечении, построенный с учетом показателей здоровья населения, характера миграционных процессов и структурной модернизации здравоохранения.

Перспективные нормативы численности кадров здравоохранения должны составить основу планов приема в образовательные медицинские учреждения, учитываться при профессиональной ориентации выпускников, переподготовке специалистов, формировании государственного (федерального) и целевых (субъектов Российской Федерации и муниципальных образований) заказов на подготовку специалистов.

В соответствии с документами Болонской конвенции в ближайшей перспективе при подготовке кадров необходимо внести коррективы в образовательный процесс, в частности, идентифицировать с европейскими требованиями учебные программы и образовательные стандарты, а также обеспечить взаимное признание документов о медицинском и фармацевтическом образовании. Подготовка квалифицированного врача не нуждается в промежуточных уровнях бакалавра и магистра, должна включать интернатуру, клиническую ординатуру, аспирантуру, поэтапное усовершенствование. Это потребует дальнейшего укрепления и обновления материально-технической базы образовательных учреждений и повышения квалификации преподавательского состава. Для этого необходимо активизировать работу по созданию университетских комплексов с целью обеспечения качества подготовки специалистов и рационального использования государственных ресурсов.

Повышение профессионального уровня работников здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования должно также основываться на совершенствовании государственных образовательных стандартов (квалификационных требований), сертификации специалистов. По каждой специальности должны быть определены объемы необходимых знаний и практических навыков, использование которых позволит обеспечить внедрение современных медицинских технологий в лечебно-диагностический процесс.

Необходимо разработать положение о клинической базе образовательных учреждений высшего, дополнительного профессионального и среднего медицинского образования, в котором отразить вопросы аренды помещений, оплаты коммунальных услуг, совместного использования медицинского оборудования.

На федеральном уровне необходимо срочно разрешить возникающие юридические трудности во взаимоотношениях образовательных медицинских учреждений с медицинскими организациями (аренда помещений, оплата коммунальных услуг, использование медицинского оборудования и инвентаря и др.), которые негативно отражаются на освоении специалистами практических навыков.

Особую роль в подготовке высококвалифицированных специалистов и освоении ими высоких технологий отводится РАМН и медицинской науке в целом как одним из главных составляющих процесса повышения качества медицинской помощи населению Российской Федерации. Необходимо совершенствование системы послевузовской подготовки в аспирантуре и докторантуре; дальнейшее становление и развитие научных школ по приоритетным направлениям медицины; расширение оперативного обмена информацией об исследованиях в области медицинской науки и о внедрении в практику новых технологий.

Единство науки и практики способно обеспечить здравоохранение не только принципиально новыми способами диагностики и лечения самых различных заболеваний, но и современными методами управления качеством в здравоохранении.

Внедрение новых медицинских технологий, признанных изобретениями и защищенных патентами Российской Федерации, требует больших финансовых затрат. Однако их применение способно снизить вероятность развития осложнений и значительно улучшить исходы лечения.

Повышение качества подготовки специалистов на любом из этапов его образования поможет информатизация обучения, задачами которой являются внедрение в медицинские вузы информационных технологий, систем менеджмента образовательного процесса. Это направление нуждается в целевом финансовом подкреплении.

Необходимо обучение врачей и средних медицинских работников для максимального использования информационных ресурсов Интернета в качестве справочных материалов и средства для непрерывного повышения профессионального уровня.

Внедрение системы непрерывной последипломной подготовки, главным звеном которой должен стать медицинский работник, повысит качество медицинской помощи населению страны.

Особое значение имеет подготовка кадров для управления медицинскими учреждениями и организациями, основанная на современных достижениях науки управления качеством и стандартизации.

Выполнение функциональных обязанностей и решение современных проблем доступности и качества медицинской помощи требует от руководителей и их резерва владения многопрофильными профессиональными знаниями: юридическими, экономическими, психологическими, а также умениями и навыками в области управления персоналом и качеством. Для этого потребуются в ряде

случаев получение второго образования, а также стажировка руководящих работников в ведущих отечественных и зарубежных центрах. Отдельного внимания заслуживает создание школ передового опыта по повышению доступности и качества медицинской помощи.

Профилактика заболеваний, особенно имеющих большое медико-социальное значение, является одной из приоритетных задач не только системы здравоохранения, но и общества в целом, поскольку реальный позитивный эффект профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения зависит от согласованных действий различных секторов общества и государственной политики в этой области. (Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008 – 2017 г.г.) / Приложение 2. Доклад рабочей группы Президиума государственного совета РФ «О повышении доступности и качества медицинской помощи»).

Особенно актуально совершенствование существующих и создание новых организационных форм оказания профилактической помощи населению и, как следствие, повышение ее качества. Одним из важнейших аспектов реформирования здравоохранения является совершенствование мер профилактики социально обусловленных заболеваний (инфекционных и массовых неинфекционных) и снижение риска воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на население.

Данная задача является бесспорным приоритетом среди других задач по реформированию здравоохранения, учитывая наиболее значимый экономический эффект, связанный с сохранением здоровья людей, трудового потенциала, генофонда страны, а также значительным снижением потребности населения в объемах медицинской помощи.

Улучшение состояния здоровья нации невозможно без медицинского просвещения. Население должно в доступной форме получать информацию о вреде тех или иных факторов и о правильном использовании медицинских знаний.

Хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и преждевременной смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение.

Современная система медицинского просвещения должна строиться на создании центров медицинской профилактики, координирующих и организующих работу профилактической направленности учреждений здравоохранения, образования и культуры. Средства массовой информации должны стать трибуной, пропагандирующей принципы здорового образа жизни, а не рекламу табачной и алкогольной индустрии.

При оценке деятельности лечебных учреждений показатели профилактической работы должны стать приоритетными, для чего необходимо разработать четкую систему экономической мотивации данного направления.

При расчете тарифа на медицинскую услугу профилактические услуги должны иметь реальную стоимость и находится в более приоритетном положении.

Важнейшей задачей является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляет мероприятия, направленные на снижение уровня инфекционной заболеваемости, профилактику, выявление и устранение влияния вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека, обеспечение санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу, недопущение распространения инфекционных болезней при ввозе на территорию страны.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья человека, особое место занимают санаторно-курортное лечение и оздоровление.

Существенная роль принадлежит санаторно-курортной помощи в организации медицинской реабилитации лиц, пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, в долечивании больных непосредственно после стационарного лечения по поводу тяжелых заболеваний и сложных оперативных вмешательств.

Необходимо создавать экономические стимулы для сохранения и укрепления гражданином своего здоровья. При добровольном медицинском страховании следует ввести принцип возвратности части уплаченных пациентом страховых взносов при улучшении показателей здоровья застрахованного.

В настоящее время профилактические программы в рамках государственных гарантий представлены в основном осмотром декретированных групп и календарем профилактических прививок.

Роль профилактических программ многократно возрастает в борьбе с заболеваниями социального характера.

Исключительна роль профилактики в борьбе с инфекционными заболеваниями. Плановая иммунизация сохраняет ежегодно более трех миллионов жизней на планете (около 10 тысяч ежедневно) и защищает миллионы людей от болезней и инвалидности.

Назрела необходимость внедрения массовой профилактики и неинфекционных заболеваний – основной причины высокой смертности населения России. Широкое распространение неинфекционных заболеваний во многом связано с образом жизни и такими факторами риска, как нерациональное питание, стрессы, малая физическая активность, злоупотребление алкоголем, курение. Эти факторы риска широко распространены среди населения, и, чтобы повлиять на их распространенность, необходимо создавать и поддерживать стремления людей к позитивным

изменениям в их образе жизни, а также создавать физическую и социальную окружающую среду, благоприятствующую этим изменениям.

Утверждение здорового образа жизни является одним из ведущих направлений политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Стратегия формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний включает: развитие и совершенствование нормативной базы; активизацию работы средств массовой информации по поддержанию стремления людей к позитивным изменениям в их образе жизни, по пропаганде научно-обоснованных методов профилактики; ориентирование первичной медико-санитарной помощи на снижение уровней заболеваний населения; повышение активности центров медицинской профилактики по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний; совершенствование подготовки специалистов по профилактике заболеваний и укреплению здоровья; разработку и реализацию программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний; создание системы мониторинга основных факторов заболеваний; развитие научных исследований; расширение международного сотрудничества в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

Основой профилактических программ должны стать:

- законодательное закрепление профилактической направленности государственной политики в области здравоохранения;
- приоритетность финансирования профилактических мероприятий;
- первоочередное развитие направлений в практической медицине, которые дадут социальный эффект (улучшение демографической ситуации, снижение заболеваемости детского населения и др.);
- обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности;
- признание профилактической работы среди обслуживаемого населения ведущим показателем качества работы медицинского учреждения.

Таким образом, приоритетными направлениями реализации государственных гарантий медицинской помощи должны стать:

- расширение перечня мероприятий по профилактике заболеваний, финансируемых через систему ОМС;
- совершенствование инфраструктур, оказывающих профилактическую помощь населению, надлежащее обеспечение их кадровыми и финансовыми ресурсами;
- ужесточение ответственности организаций, хозяйствующих субъектов и граждан за соблюдение требований санитарно-эпидемиологической безопасности;
- государственное финансирование базовых профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении инфекционных заболеваний;
- оптимизация Национального календаря профилактических прививок с целью максимально возможного расширения перечня «управляемых» инфекций.

Охрана здоровья семьи, матери и ребенка как фундаментальная основа здоровья нации

Важнейшей задачей здравоохранения является укрепление здоровья населения начиная с детского возраста; расширение и интенсификация профилактической деятельности, включая всеобщую диспансеризацию детей; внедрение высокотехнологичных методов диагностики и профилактики наследственных и врожденных заболеваний, пороков развития; осуществление системы эффективных мер по сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья; разработка и реализация мер по улучшению показателей здоровья подростков, в том числе юношей допризывного и призывного возрастов; воспитание их в традициях здорового образа жизни, привитие им с раннего возраста навыков физической культуры, стремления к сохранению здоровья. Все это позволит сохранить и укрепить жизненный потенциал подрастающих поколений, что является одной из важнейших основ будущего развития страны.

Фундамент здоровья человека закладывается в период внутриутробного развития и в значительной степени зависит от здоровья родителей.

В подготовке будущей матери к рождению ребенка решающее значение имеет оздоровительное, общеукрепляющее и специализированное воздействие разнообразных средств физической культуры. При этом конечной целью должно стать рождение здорового ребенка.

Родители должны располагать необходимым объемом знаний для укрепления здоровья своего ребенка через наиболее эффективные средства окружающей среды, силы природы, гигиенические факторы и физические упражнения.

Работа по расширению социальной базы здравоохранения должна осуществляться по следующим направлениям:

- поиск действенных форм сотрудничества с общественными, благотворительными и религиозными организациями;
- привлечение внимания населения к вопросам охраны здоровья, содействие созданию общественных объединений пациентов по медицинским интересам;
- создание системы медицинского просвещения и медицинской информации, сотрудничество со средствами массовой информации в популяризации здорового образа жизни, усиление контроля за рекламой продукции медицинской промышленности и услуг медицинского характера;

- содействие в реализации государственных и общественных мероприятий, направленных на сохранение и защиту нравственного здоровья общества;
- работа среди населения по планированию семьи в целях формирования осознанного отношения к семье, материнству и отцовству¹.

Достижению поставленных целей способствует санитарное просвещение населения.

Санитарное просвещение — раздел профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения, направленный на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья.

Санитарное просвещение — обязательный раздел деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональная обязанность каждого медицинского работника. Это естественно, поскольку роль личностного (поведенческого) фактора велика в предупреждении заболеваний, в раннем обращении за медицинской помощью. Этот фактор влияет на сроки выздоровления, эффективность долечивания и восстановления трудоспособности и на предупреждение обострения заболеваний (Брехман, 1987).

Санитарное просвещение как научная отрасль опирается на опыт не только медицинских дисциплин, но и социологии, психологии, педагогики. В практике санитарного просвещения используются все доступные каналы информации: устное слово, печать, радио, кино, телевидение, народные университеты, «школы» здоровья и т.п.

Санитарно-просветительская работа среди населения осуществляется по программам, разработанным Госкомсанэпиднадзором РФ и территориальными ЦГСЭН (Брехман, 1987).

В том или ином объеме санитарное просвещение проводится во всех развитых странах. Как часть государственной системы здравоохранения Санитарное просвещение сформировалось впервые в СССР в 1920-е гг.; оно играло важную роль в решении очередных медико-санитарных задач (борьба с эпидемиями, охрана материнства и младенчества, борьба с так называемыми социальными болезнями, оздоровление условий труда и быта в городе и на селе, профилактика профессиональных заболеваний и травматизма в 20-30-е гг.; подготовка населения по вопросам санитарной обороны, пропаганда донорства в годы Великой Отечественной войны 1941-1945; ликвидация санитарных последствий войны, и т.д.). Санитарное просвещение в СССР - обязательный раздел деятельности каждого лечебно-профилактического и санитарно-эпидемиологического учреждения и каждого медицинского работника. Республиканские, краевые, областные и городские дома Санитарное просвещение осуществляло организационно-методические функции и вместе с соответствующими кабинетами в санитарно-эпидемиологических станциях составляло специальную службу. Кроме органов здравоохранения, распространением медицинских и гигиенических знаний занимались культурно-просветительские учреждения Советов депутатов трудящихся и профессиональных союзов, обществ «Знание», Красного Креста и Красного Полумесяца, органы просвещения и другие организации. Для координации их работы по Санитарное просвещение созданы межведомственный Всесоюзный (ВССП) и республиканские советы. Научно-исследовательскую и научно-методическую деятельность возглавлял Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения Министерства здравоохранения СССР (основан в 1928 в Москве) (Брехман, 1987).

За рубежом научно-исследовательские институты санитарного просвещения открыты в Праге и Братиславе, Белграде, на базе гигиенического музея в Дрездене. Как научно-исследовательские учреждения или крупные дома санитарного просвещения функционировали также национальные и региональные центры в ряде социалистических (СРР, ВНР, МНР) и капиталистических (Франция, Великобритания, ФРГ, США) стран. С 1949 в системе Всемирной организации здравоохранения существует секция Санитарное просвещение, которая работает в контакте с ЮНЕСКО и Международным союзом Санитарное просвещение (МССП; основан в 1951; ВССП вошёл в его состав в 1957).

С 1 января 1989 г. служба санитарного просвещения реорганизована в службу формирования здорового образа жизни, а дома санитарного просвещения - в центры здоровья. Целью деятельности службы формирования здорового образа жизни является повышение уровня санитарной культуры населения, проведение оздоровительных мероприятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, повышению работоспособности и активного долголетия.

В настоящее время положения о лечебно-профилактических учреждениях всех типов (поликлинике, амбулатории, больнице и т. д.) предусматривают работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Тем не менее анализ практического осуществления санитарно-просветительской работы в этих учреждениях показывает, что нередко на местах к ее проведению

¹ Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008 – 2017 г.г.) / Приложение 2. Доклад рабочей группы Президиума государственного совета РФ «О повышении доступности и качества медицинской помощи»

подходят формально и часто допускаются методические ошибки, основными причинами которых являются:

- недооценка врачами действенности этого раздела профилактической работы, в силу чего они не уделяют этой работе должного внимания;

- отсутствие знаний об организации и методических подходах к этой работе, что приводит к нарушению основного принципа санитарного просвещения (дифференцированности и целенаправленности пропаганды), а среди форм санитарного просвещения преобладают чтение лекций и выпуск санитарно-просветительных бюллетеней (Лаврова, 1981).

Кроме того, недостаточно внимания уделяется групповым и индивидуальным формам работы.

Санитарно-просветительная работа в лечебно-профилактическом учреждении представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание различных контингентов населения и органически связанных с деятельностью лечебно-профилактических учреждений. Санитарно-просветительная работа проводится в соответствии с местными условиями и задачами, стоящими перед различными типами лечебно-профилактических учреждений.

Общее руководство и контроль за организацией и проведением санитарно-просветительной работы осуществляет главный врач лечебно-профилактического учреждения, который должен обеспечивать активную работу врачей и средних медицинских работников по санитарно-гигиеническому воспитанию населения как в стенах самого лечебно-профилактического учреждения, так и на обслуживаемой территории.

Главный врач лечебно-профилактического учреждения работает в тесном контакте с местным домом санитарного просвещения, откуда получает методическую помощь и материалы.

Каждый медицинский работник, помимо проведения индивидуальных бесед с больными и их родственниками в процессе оказания лечебно-профилактической помощи, обязан ежемесячно 4 часа своего рабочего времени затрачивать на проведение групповых и массовых форм санитарно-просветительной работы.

В санитарно-просветительной работе выделяют 3 основных звена: санитарное просвещение в поликлинике, стационаре и на участке.

Усиление профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, расширение масштабов профилактических осмотров и диспансерного наблюдения, постепенный переход к диспансеризации всего населения оказывают влияние на организацию и формы проведения санитарно-просветительной работы.

В современных условиях выделяют 2 основных аспекта санитарно-просветительной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях:

- санитарное просвещение по привлечению населения на медицинские профилактические работы;

- санитарное просвещение диспансеризуемых контингентов в условиях динамического наблюдения за ними (Лисицын, 1987).

Успех профилактических осмотров в значительной степени зависит от отношения к ним населения и готовности в них участвовать. Для привлечения населения на медицинские профилактические осмотры применяют аккордное санитарно-просветительное воздействие, т. е. ударную, кратковременную, массированную информацию о целях, задачах и практической значимости диспансеризации. Это обеспечивается:

- агитационно-информационным санитарно-просветительным воздействием;

- наглядными средствами (плакаты, лозунги и т. д.), экспонируемыми по месту жительства населения и непосредственно в самой поликлинике;

- разъяснением и убеждением с помощью печатной информации (листовки-приглашения, тематические памятки);

- чтением лекций, разъясняющих существо диспансерного метода обслуживания населения;

- демонстрацией тематических санитарно-просветительных кинофильмов.

Применение методики аккордного санитарно-просветительного воздействия в ряде поликлиник с целью привлечения населения на профилактические осмотры повысило на 40% участие в них населения.

Дальнейшая санитарно-просветительная работа с населением проводится дифференцированно среди здоровых, лиц с повышенным риском возникновения заболевания и больных (острыми и хроническими заболеваниями) (Вайнер, 2007).

Гигиеническое воспитание здоровых имеет целью сохранение и укрепление их здоровья. Программа медико-гигиенической информации для них предусматривает пропаганду здорового образа жизни: гигиенические советы относительно труда, отдыха, питания, занятий физкультурой и спортом, борьбы с вредными привычками и т. д.

Методика работы с этим контингентом населения включает проведение врачом индивидуальной беседы и выдачу тематической памятки, которая содержит ряд практических советов, направленных на сохранение и укрепление здоровья. В этой работе используются различные памятки о здоровом образе жизни, издаваемые ЦНИИ медицинских проблем пропаганды здорового образа жизни,

местными домами санитарного просвещения, а также тематические брошюры, издаваемые обществом «Знание».

В современных условиях профилактической работы особую важность приобретает гигиеническое воспитание групп людей, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний. Среди преморбидных состояний наиболее прогностически опасны такие, как тенденция к избыточному весу, предгипертония, гиперхолестеринемия, предиабет и т. д. В основе многих из них лежат нарушения гигиенических норм поведения: гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональной питание, неправильный режим.

Санитарное просвещение лиц, находящихся под угрозой болезни, включает вопросы первичной профилактики заболевания, возможность развития или начальные признаки которого имеются и направлены на коррекцию их гигиенического поведения. Здесь приходится перевоспитывать человека, воздействовать на уже сложившиеся привычки поведения и поэтому санитарно-просветительная работа должна строиться таким образом, чтобы была возможность прямого, повторного общения, в процессе которого реципиент мог взять на себя определенные обязательства по изменению своего гигиенического поведения, а медицинский работник — контролировать выполнение этих обязательств (Вайнер, 2007).

Методика санитарно-просветительной работы с указанными контингентами включает индивидуальную беседу врача, подкрепленную вручением памятки (буклета), содержащей конкретные советы, направленные на устранение имеющихся неблагоприятных для здоровья факторов, а также проведение групповой беседы-дискуссии (группы подбирают из лиц, имеющих одни и те же нарушения или подверженных влиянию одинаковых факторов риска). К проведению групповых занятий, помимо терапевтов привлекают узких специалистов поликлиники: диетолога, врача (инструктор) ЛФК, психотерапевта.

Участие психотерапевта в гигиеническом воспитании имеет особое значение, поскольку у этих групп населения требуется создать психологическую установку на необходимость коррекции гигиенического поведения и мобилизовать их волевые усилия.

Санитарное просвещение больных имеет целью выработать у них навыки адекватного, правильного гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению или облегчению течения заболевания. От этого в большой степени зависят успех лечения и ускорение выздоровления.

Методика гигиенического воспитания больных дифференцируется по 2 направлениям: санитарное просвещение больных с острыми и хроническими заболеваниями.

Многие хронические заболевания являются следствием недостаточно вылеченных острых, поэтому адекватное гигиеническое поведение больного с острым заболеванием является важным условием предупреждения развития хронических процессов. Программа гигиенической информации должна включать обязательный минимум сведений по лечению и рациональному режиму жизни в период болезни и реконвалесценции.

На выполнение больными лечебно-профилактических мероприятий немалое влияние оказывают члены их семьи. Санитарно-просветительная работа с родственниками больных и лицами, непосредственно ухаживающими за больными в домашней обстановке, имеет целью создать благоприятный психологический климат в семье, способствовать строгому выполнению назначений и предписаний врача и обеспечивать грамотный уход за больным. Методика работы с этим контингентом предусматривает индивидуальную беседу врача (при необходимости) и выдачу тематической памятки с рекомендациями по уходу за больным. Кроме того, они знакомятся с гигиеническими предписаниями, сделанными в адрес больного.

Санитарное просвещение людей, страдающих хроническими заболеваниями, осуществляется по методике курса очно-заочного обучения. Этот курс включает:

- индивидуальную беседу, в процессе которой больной получает необходимые гигиенические рекомендации;
- групповую беседу с участием врачей-специалистов, во время которой больной получает дополнительную медико-гигиеническую информацию, дающую возможность лучше понять советы врача, осознать необходимость следовать им. Групповую беседу лучше проводить в виде дискуссии, в процессе которой повышается познавательная активность реципиентов. Это способствует закреплению полученных знаний, выработке необходимых убеждений;
- выдачу «Книжки диспансеризуемого», которая является основным элементом заочного обучения и где отмечают сроки явки на очередной профилактический прием. Больной получает ее вместе с соответствующей заболеванием памяткой-вкладышем.

«Книжка диспансеризуемого» дает возможность больному регистрировать отдельные параметры своего гигиенического поведения, что способствует закреплению в его сознании полученных гигиенических рекомендаций, врачу - контролировать их выполнение пациентом.

В условиях диспансеризации эта форма санитарно-просветительной работы применяется также при гигиеническом воспитании лиц, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний.

Цель санитарно-просветительной работы в больнице — повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий привитием больному необходимых гигиенических навыков.

Санитарное просвещение в стационаре дает информацию:

- о правильном гигиеническом поведении во время пребывания в больнице, особенно после выписки для предупреждения прогрессирования заболевания, т. е. служит целям вторичной профилактики заболеваний. При этом важно учитывать потребность больного получить максимум информации о своем заболевании и состоянии;

- дополнительную медико-гигиеническую по общегигиеническим вопросам в связи с тем, что у больного человека отмечается повышенный интерес к медицинским вопросам, а в стационаре имеются все условия и время для получения необходимой информации.

В соответствии с информативными задачами санитарно-просветительная работа осуществляется на всех этапах пребывания больного в стационаре:

- в приемном отделении - индивидуальная беседа, с вручением памятки, содержащей сведения о внутриведомственном распорядке, о гигиенических требованиях к поведению больных;

- в палате - индивидуальная или групповая беседа;

- в холлах больничных отделений - групповая беседа с больными, дискуссия в соответствии с нозологической формой заболевания с использованием тематических наглядных пособий — лекционных диапозитивов, лекторских папок и др. С успехом применяется слайдоскоп с набором широкоформатных слайдов, иллюстрирующих основные медицинские сведения и гигиенические рекомендации, сообщаемые больным;

- при выписке - индивидуальная беседа с вручением памятки, содержащей гигиенические рекомендации, выполнение которых строго необходимо для успешной реабилитации и в целях профилактики рецидивов заболевания.

В программу гигиенического воспитания больных с хроническими заболеваниями (в стационаре и поликлинике) обязательно должны включаться вопросы оказания доврачебной самопомощи при обострении заболевания. Больной должен быть ориентирован в отношении начальных признаков рецидива заболевания с тем, чтобы он мог вовремя прибегнуть к самопомощи и своевременно обратиться к врачу. Это прежде всего относится к больным, страдающим гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой и некоторыми другими заболеваниями.

Данные литературы свидетельствуют о том, что 50% случаев необоснованных обращений за скорой медицинской помощью составляют вызовы к больным хроническими заболеваниями, которые переоценивают тяжесть своего состояния, не умеют обеспечить самопомощь и нарушают предписанное врачом лечение.

Целенаправленное гигиеническое воспитание больных хроническими заболеваниями способствует снижению числа необоснованных обращений за скорой медицинской помощью.

Санитарное просвещение родственников и близких больного включает:

- индивидуальную беседу в приемном отделении и выдачу листовки-памятки с основными требованиями и рекомендациями в адрес лиц, посещающих больного;

- индивидуальные беседы лечащего врача в холле для посетителей и самовоздействие средствами санитарно-просветительного оформления этого помещения. Санитарно-просветительное оформление поликлиники и стационара является дополнительным, но важным источником информации. Оно должно быть выполнено с учетом требований эстетики интерьера и необходимости стилизованного единства и базироваться на принципе: формы стационарные, экспозиции сменные. В санитарно-просветительном оформлении поликлиники целесообразно учитывать типовое размещение отделений и кабинетов поликлиники, которое содержит:

- справочно-информационные материалы;

- гигиеническую информацию общего характера — пропаганда здорового образа жизни, важность профилактических осмотров, сезонная информация (профилактика гриппа, острых желудочно-кишечных заболеваний и т. д.);

- целевую информацию — профилактика хронических заболеваний (располагается в соответствии с кабинетом специалистов) (Брехман, 1987).

Эта программа информации доводится до реципиентов с помощью отдельных форм и средств оформления. Для настенного оформления используют светящиеся плоскости (короба) с широкоформатными цветными слайдами и несветящиеся (стенды), экспозиции плакатов и тематических выставок, а для настольного оформления — альбомы, картотеки, настольные турникеты.

В стационаре должно предусматриваться санитарно-просветительное оформление приемного отделения, лечебных отделений и холлов для посетителей. В приемном отделении и холлах для посетителей должен экспонироваться информационно-справочный материал, касающийся правил внутреннего распорядка для больных и посетителей. Помимо этого, в этих же холлах необходимо иметь материалы, освещающие роль членов семьи больного в создании его адекватной психологической установки на стационарное лечение и последующее выполнение врачебных назначений в условиях дома.

При отборе форм и средств санитарно-просветительного оформления лечебных отделений важно учитывать то обстоятельство, что больные в них находятся длительный срок. Поэтому настенные экспозиции здесь практически неприемлемы, они могут даже вызывать отрицательный эффект. Целесообразно использовать настольное оформление: альбомы, турникеты, картотеки, которые представляют собой тематическую подборку иллюстраций с текстом (Брехман, 1987).

Участково-территориальный принцип здравоохранения позволяет проводить широкую санитарно-просветительную работу на объектах обслуживаемой поликлиники территории, в первую очередь на врачебном участке.

Эта работа складывается из санитарного просвещения:

- больных и их родственников при посещениях на дому, формы и средства санитарно-просветительной работы аналогичны гигиеническому воспитанию больных с острыми заболеваниями);

- всего населения обслуживаемой территории (информация населения о профилактических и оздоровительных мероприятиях, проводимых поликлиникой, и гигиеническое воспитание населения, направленное на привитие навыков здорового образа жизни).

Несомненно, значительный объем санитарно-просветительной информации население обслуживаемой территории получает через радио, кино, телевидение, прессу.

Именно в жилом квартале должна быть сконцентрирована значительная часть профилактической, в том числе санитарно-просветительной, работы. Широко используются по месту жительства традиционные формы массовой и групповой санитарно-просветительной работы: лекции, профилактические приемы, вечера вопросов и ответов и тематические. Врачи лечебно-профилактических учреждений принимают участие в народных университетах здоровья.

Для надлежащего проведения санитарно-просветительной работы с населением лечебно-профилактическое учреждение должно иметь необходимое санитарно-просветительное оборудование и набор санитарно-просветительных средств.

В целях методической подготовки медицинских работников поликлиники по вопросам гигиенического воспитания населения и оказания им организационной помощи в ее осуществлении в отделениях профилактики поликлиник создается кабинет пропаганды здорового образа жизни. Основными задачами кабинета являются:

- организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на санитарно-гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни;

- оказание организационной помощи врачам поликлиники в проведении санитарно-просветительных мероприятий;

- комплектование материалов для пропаганды и методических;

- методическая помощь среднему медицинскому персоналу и санитарному активу в проведении санитарно-просветительной работы с населением.

В задачи кабинета пропаганды здорового образа жизни входит осуществление связи с местным домом санитарного просвещения с целью проведения работы по повышению квалификации сотрудников поликлиники и гигиеническому воспитанию населения.

Дом санитарного просвещения обеспечивает лечебно-профилактическое учреждение необходимыми инструктивными методическими и наглядными материалами и по возможности материалами для работы с населением. К созданию материалов для населения должны привлекаться сотрудники лечебно-профилактических учреждений. Несомненно, что только их совместная работа со специалистами службы санитарного просвещения может обеспечить должный объем и высокое качество гигиенического воспитания населения в лечебно-профилактических учреждениях.

Система гигиенического воспитания населения в акушерско-гинекологических и детских лечебно-профилактических учреждениях строится с учетом специфики работы этих учреждений. Санитарное просвещение направлено на формирование у населения гигиенических навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития ребенка и охраны его здоровья (при этом особое внимание должно обращать на оздоровление организма девочки); для охраны генеративной функции мужчины и женщины и оздоровления их организма еще до наступления беременности и охраны здоровья беременных и матерей. Санитарное просвещение должно способствовать принятию супругами грамотных с медицинской точки зрения решений в отношении деторождения [6].

Гигиеническое воспитание женщин проводится дифференцирование среди лиц репродуктивного возраста и старшей возрастной группы, подразделяясь в каждой из них на работу с тремя подгруппами: здоровые лица; составляющие «группы риска»; больные гинекологическими заболеваниями.

В группе женщин репродуктивного возраста программа информации включает пропаганду здорового образа жизни и материнства; планирование семьи и медико-генетические знания в целях предупреждения врожденных и наследственных заболеваний; профилактику гинекологических заболеваний и предупреждение не планируемой беременности; разъяснение вреда аборта для организма женщины, важности регулярного посещения гинеколога и необходимости ранней явки к врачу при наступлении беременности.

Санитарно-просветительная работа осуществляется в виде индивидуальных и групповых бесед с использованием наглядных средств пропаганды. В целях закрепления полученной информации выдается печатная продукция (листочки, памятки, буклеты), с которой женщина может ознакомить членов семьи, в первую очередь мужа.

Дифференцирование должна вестись работа с женщинами, обратившимися к акушеру-гинекологу с целью прерывания беременности. При отсутствии показаний для прерывания беременности

необходимо проводить активную работу не только с женщиной, но и с мужем по предупреждению аборта, используя при этом всевозможные формы работы и средства пропаганды.

К работе по пропаганде материнства и отцовства, помимо акушеров-гинекологов, привлекаются юристы. Программа санитарно-просветительной работы с женщинами, имеющими факторы риска, дополняется гигиеническими рекомендациями, направленными на коррекцию гигиенического поведения женщины или устранение влияния неблагоприятного фактора. Кроме того, освещаются вопросы планирования семьи с учетом специфики экстрагенитального заболевания женщины и объясняется важность оздоровления организма женщины до наступления беременности.

В программу гигиенического воспитания больных гинекологическими заболеваниями дополнительно вводят рекомендации, направленные на формирование гигиенического поведения и навыков, способствующих скорейшему выздоровлению и препятствующих возникновению рецидивов заболевания. В зависимости от специфики гинекологического заболевания осуществляется противораковая пропаганда.

Программа гигиенической информации женщин старших возрастных групп должна содержать анатомо-физиологические особенности женщины в периоды климакса и менопаузы; вопросы гигиены женщины в эти периоды жизни; гигиенические рекомендации по профилактике гинекологических и онкологических заболеваний.

Гигиеническое воспитание беременных и родильниц направлено на формирование у них адекватного гигиенического поведения и навыков, необходимых для благоприятного течения и исхода беременности и родов, послеродового периода, создания оптимальных условий вскармливания и ухода за новорожденным. Оно проводится в течение всей беременности (с момента взятия на учет) и послеродового периода в форме индивидуальных бесед и занятий в школе материнства. Занятия организуются дифференцированно в зависимости от сроков беременности (I, II, III триместры беременности и послеродовой период) и включают вопросы, касающиеся анатомо-физиологических особенностей организма женщины и плода в различные сроки и гигиены женщины в этот период (включая правила личной гигиены, двигательного режима, диеты, гигиену половой жизни и т. д.); значения регулярного посещения врача для благополучного течения и исхода беременности; физиологии родов и психопрофилактической подготовки к ним (с 32—34 нед. беременности); подготовки организма женщины к лактации и грудному вскармливанию; правильной организации условий жизни новорожденного дома [3].

В целях закрепления полученных знаний женщина должна получить в личное пользование печатный материал, содержащий гигиенические рекомендации, который лучше представлять в виде серии из 4 памяток (соответственно триместрам беременности и послеродовому периоду).

Гигиеническое воспитание женщин, имеющих повышенный риск неблагоприятного течения и исхода беременности и родов («группы риска»), осуществляется дифференцированно в зависимости от фактора риска, специфики экстрагенитального заболевания. Женщина должна получить специальные гигиенические рекомендации по вопросам режима жизни, гигиены, диеты, двигательного режима, необходимости выполнения всех врачебных назначений в целях охраны своего здоровья и здоровья будущего ребенка.

В работе с этим контингентом женщин преимущество следует отдавать индивидуальным формам пропаганды (индивидуальная беседа с вручением специальной серии памяток).

В задачи акушерско-гинекологических учреждений входит санитарно-просветительная работа и с членами семьи женщины, в первую очередь с мужем, от гигиенического поведения которого в значительной степени зависит здоровье женщины и новорожденного. Муж должен быть ознакомлен с такими важными вопросами, как вред аборта для организма женщины и влияние его на последующее деторождение; гигиена половой жизни; охрана здоровья беременной и женщины-матери; создание условий жизни женщины для оптимальной лактации; уход за новорожденным.

Санитарно-просветительная работа в детских лечебно-профилактических учреждениях проводится среди родителей, других членов семьи, педагогов и воспитателей детских дошкольных учреждений и школ, других групп населения, осуществляющих уход за ребенком. В перечень ее основных задач входит:

- распространение среди населения гигиенических знаний по охране здоровья детей;
- привитие гигиенических навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития детей и формирования у них поведения, соответствующего здоровому образу жизни;
- формирование готовности населения к участию в профилактических осмотрах детей, своевременному обращению за медицинской помощью и выполнению врачебных назначений.

В основе гигиенического воспитания населения по вопросам охраны здоровья детей лежит преобладание в деятельности женских и детских

лечебно-профилактических учреждений. В программе школ материнства женских консультаций предусмотрено занятие педиатра, на котором женщины получают необходимые сведения по рациональному вскармливанию и уходу за новорожденным.

Углубление гигиенических знаний, полученных женщиной, и гигиеническое воспитание семьи в целом происходят во время патронажных наблюдений на дому, которые осуществляют врач и медицинская сестра детской поликлиники как в период беременности, так и в первые дни после выписки женщины из родильного дома.

Система гигиенического обучения семьи предусматривает последовательное изложение необходимых сведений динамического наблюдения за состоянием здоровья ребенка (в сроки, предусмотренные диспансеризацией). При этом индивидуальную беседу врача следует дополнять выдачей памятки, содержащей гигиенические сведения относительно анатомо-физиологических особенностей организма ребенка в данный возрастной период и возрастные гигиенические рекомендации по уходу, вскармливанию, режиму жизни, двигательной активности, закаливанию организма ребенка. Программа санитарно-просветительной информации должна также освещать роль регулярных профилактических осмотров в охране здоровья ребенка, необходимость выполнения всех врачебных назначений, в том числе строгого соблюдения сроков вакцинации.

Гигиеническое воспитание семей, имеющих детей с повышенным риском возникновения заболеваний и больных, осуществляется аналогично работе с этими контингентами в условиях поликлиник и стационаров для взрослых.

Санитарное просвещение в войсках проводится в тесном контакте с политико-воспитательной и культурно-массовой работой. Оно направлено на усвоение военнослужащими знаний и выработку у них навыков по предупреждению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, а также на закрепление знаний и навыков, полученных в ходе военно-медицинской подготовки.

Санитарное просвещение в школе — распространение среди учащихся, их родителей и персонала школы сведений из области школьной гигиены, физиологии, эпидемиологии, педиатрии.

Безадресное санитарное просвещение, проводимое без обратной связи, с нарушением этических правил, без учета характеристик адресата (реципиента) может приводить к негативным последствиям.

Результаты мониторинга медицинского просвещения различных категорий взрослых

Медицинское просвещение взрослого населения в нашей стране еще далеко от совершенства, однако без него невозможно добиться положительных результатов во всей сфере здравоохранения. В этом отдают себе отчет и представители власти, и работники медицины. Среди приоритетных задач здравоохранения выделяются следующие²:

- поиск действенных форм сотрудничества с общественными, благотворительными и религиозными организациями;
- привлечение внимания населения к вопросам охраны здоровья, содействие созданию общественных объединений пациентов по медицинским интересам;
- создание системы медицинского просвещения и медицинской информации, сотрудничество со средствами массовой информации в популяризации здорового образа жизни, усиление контроля за рекламой продукции медицинской промышленности и услуг медицинского характера;
- содействие в реализации государственных и общественных мероприятий, направленных на сохранение и защиту нравственного здоровья общества;
- работа среди населения по планированию семьи в целях формирования осознанного отношения к семье, материнству и отцовству.

Ведутся работы по медицинскому просвещению взрослого населения, однако мониторинги показывают, например, что сельские жители не имеют элементарных понятий, как вести себя в чрезвычайных ситуациях, не способны оказать первую медицинскую помощь пострадавшим³.

Городское население является более просвещенным в сфере образования, однако недоверие к медицинскому обслуживанию ведет к распространению практики самолечения — а в этой ситуации без определенных медицинских знаний любое незнание может повредить населению. По данным ВЦИОМ (2005г.), 57% опрошенных граждан не удовлетворены качеством бесплатного медицинского обслуживания. 41% придерживаются противоположной точки зрения, но в сравнении с данными трехлетней давности убедительно демонстрируют растущий в обществе пессимизм в отношении эффективности модернизации системы здравоохранения. Негативные оценки более характерны для родителей, дети которых получают медицинские услуги (63%), в меньшей степени — для лиц старших возрастных групп (52%).

Таким образом, по данным ФОМ, самолечение является достаточно распространенной практикой в современном российском обществе: половина наших сограждан (52%) предпочитают лечиться

² Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008 – 2017 г.г.) / Приложение 2. Доклад рабочей группы Президиума государственного совета РФ «О повышении доступности и качества медицинской помощи» // <http://www.medlinks.ru/sections.php>

³ <http://www.gazeta.ru/art.asp?aid=36567>

самостоятельно, обращаясь за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае. Однако треть опрошенных (32%), напротив, предпочитают даже при небольшом недомогании посещать врача, а самолечением занимаются только тогда, когда нет возможности получить консультацию квалифицированных медиков. Пятая часть респондентов (21%) никогда не лечились самостоятельно (а среди людей старшего возраста таковых 29%)⁴.

На уровне установок самолечение без обращения к врачу в целом не одобряется. Так, более половины участников опроса (53%) считают, что обращаться к врачам лишь в крайних случаях неправильно; обратного мнения придерживается каждый пятый (19%). Однако только 10% участников опроса сказали, что им приходилось когда-либо сожалеть о том, что они прибегали к самолечению, большинству же (54%) – не приходилось.

Многие и хотели бы обращаться к врачам, но им мешают «волокиита, очереди» в медицинских учреждениях и нехватка времени для посещения медиков (15%), отсутствие денег на лечение и лекарства («без денег в поликлинику не пойдешь» – 6%) и медпункта по месту жительства (2%). Другие же не доверяют врачам и современной медицине (8%), сетуют на невнимание и непрофессионализм медиков («такие врачи не лечат, а калечат» – 6%), а также на бесполезность обращения к врачам (2%). К самолечению предпочитают прибегать и те, кто практически здоров и редко болеет («не болею серьезно» – 5%), кто привык лечиться самостоятельно («так быстрее вылечиться» – 4%). Некоторые люди уже хорошо изучили свои заболевания и лечатся по известной схеме, у кого-то в семье есть медики (по 2%), кто-то предпочитает использовать средства народной медицины (1%).

При самостоятельном лечении респонденты чаще всего прибегают к чисто медикаментозному лечению (25% по выборке), либо комбинируют его с методами народной медицины (26%); заметно меньшая доля опрошенных выбирают лечение исключительно народными средствами (16%, а среди москвичей – 22%).

Респонденты, практикующие самолечение, судя по ответам на соответствующий открытый вопрос, чаще всего обращаются к таким методам народной медицины, как лечение травами (31%), медом и прополисом (10%), а также спиртовыми настояками и водкой («водка спасает от болезни» – 7%). Другие лечебные средства упоминались реже.

В случае самостоятельного лечения респонденты полагаются в первую очередь на свой собственный опыт (42%), на полученные ранее рекомендации врачей (32%) и советы близких и друзей (29%). Несколько реже они ориентируются на рекомендации аптекарей (15%) и народных целителей (7%), а также на советы врачей или народных целителей в СМИ (по 6%). Значимость опыта окружения также подтверждается распределением ответов на вопрос о том, прислушивается ли респондент к советам друзей без медицинского образования: 43% принимают такие советы (23% не принимают), столько же (43%) сами дают знакомым советы, как лечиться (54% таких советов не дают).

Как мы видим, практика самолечения одобряется и используется не всеми. Во многом это зависит от степени просвещенности населения и, собственно, отношения к собственному здоровью.

От чего в первую очередь зависит здоровье человека? ФОМ поинтересовался об этом участников опроса, предложив им выбрать из четырех перечисленных факторов не более двух. Больше половины опрошенных (59%) заявили, что здоровье зависит прежде всего от самого человека, его заботы о себе. Остальные факторы влияния – качество медицины, окружающая среда, наследственность – выбрали 37%, 35% и 32% респондентов соответственно⁵.

Распределение ответов заметно варьируется в зависимости от состояния здоровья респондентов: так, считающие свое здоровье хорошим чаще прочих говорят о решающей роли собственных усилий человека (69% этой группы) и реже – о качестве медицинской помощи (24%), а среди тех, кто определяет свое здоровье как плохое, о значении собственных усилий говорят лишь 48%, тогда как о качестве медицины – 59%. (Кстати, оценивают свое здоровье как хорошее треть россиян, как среднее – почти половина, как плохое – пятая часть: 32, 47 и 20% соответственно).

Значимость наследственного фактора особенно часто подчеркивают опрошенные с высшим образованием, относительно высокими доходами и москвичи (38%, 40% и 43% соответственно), заботу о себе чаще упоминают молодые респонденты (64%).

46% россиян уверены, что среди людей их возраста больше тех, кто не уделяет внимания своему здоровью, а 40% – что больше тех, кто о нем заботится. (Первая точка зрения, конечно, чаще высказывается молодыми респондентами, а вторая – пожилыми.) Впрочем, когда речь заходит о

⁴ ФОМ // Самолечение: распространенность практики. 18.09.2008 // <http://bd.fom.ru/report/map/d083723>

⁵ ФОМ // М.Иванова // Забота о здоровье 21.02.2008 // <http://bd.fom.ru/report/map/d080823>

близких и друзьях респондентов, ситуация меняется: по мнению 53% опрошенных, большинство их близких заботится о своем здоровье, треть (36%) – говорят об отсутствии такой заботы.

55% наших сограждан утверждают, что заботятся о своем здоровье. Чаще это те, кто вынужден проявлять о нем заботу: люди с плохим здоровьем (61% среди них), пожилые люди (59%); а также респонденты с высшим образованием (60%), жители Москвы и мегаполисов (66% и 62%).

Тем, кто следит за своим здоровьем, был задан открытый вопрос о том, как именно они это делают. Половина ответивших на вопрос (19% по выборке) указали, что забота о здоровье выражается в своевременном обращении к врачу, "профилактике у врача", приеме укрепляющих лекарств и витаминов; еще треть (15%) делают "зарядку", посещают спортзалы и фитнес-центры, занимаются различными видами спорта. По 9% отметили, что следят за питанием, ведут "активный образ жизни" (то есть много гуляют, дышат свежим воздухом); 8% заявили, что выбирают "жизнь без вредных привычек". Также упоминались траволечение и народная медицина (4%), физический труд (2%), соблюдение режима, закаливание (по 1%).

По мнению 55% респондентов, чтобы на деле заботиться о здоровье, нужно много времени и денег (еще 13% говорят о необходимости только финансовых затрат, а 12% – о затратах времени). И лишь 16% опрошенных считают, что можно заботиться о здоровье, не имея ни больших денег, ни свободного времени.

Ответы на открытый вопрос о том, какие люди склонны заботиться о своем здоровье, подтвердили, что многие респонденты связывают поддержание здоровья с временными или денежными затратами. Часто говорится о том, что о здоровье заботятся либо те, кто вынужден – "люди в возрасте"; "пенсионеры" (20%), "те, кому за тридцать" (или сорок) лет (3%), те, "у кого уже есть проблемы со здоровьем" (10%), либо те, у кого есть средства или время лечиться – "обеспеченные", "олигархи" (20%), или, напротив, "те, кто не очень занят работой", "кому больше делать нечего" (5%). Однако также достаточно распространена и точка зрения, согласно которой о здоровье заботятся те, кто любит себя, думает о будущем своем и близких (12%), а также умные люди ("у кого мозги на месте") – 3%. Кто-то уверен, что о здоровье "все заботятся, но в разной степени" (4%), каждый "нормальный человек" думает о здоровье (2%), а кто-то считает, что здоровьем занимаются люди мнительные, "которые не вылезают из больницы, любят поболеть" (1%).

Одно из направлений медицинского просвещения – пропаганда здорового образа жизни и хорошей физической формы. Однако судя по данным опроса ФОМ, хорошая физическая форма не считается в нашей стране непреложной ценностью. Если 39% респондентов согласились с мыслью, что красивой можно считать только спортивную, подтянутую фигуру, то заметно большая доля – 49% – придерживаются иного мнения: чтобы быть красивым, тело не обязательно должно быть спортивным и подтянутым. Первой точки зрения несколько чаще придерживаются мужчины (44%), второй – женщины (53%), от возраста же распределение мнений по этому поводу не зависит⁶.

Вместе с тем, и мужчинам, и женщинам стремление быть в хорошей физической форме присуще в равной степени. В целом по выборке его декларируют немногим более половины опрошенных – 55%. Пожилые люди выражают такое желание вдвое реже, чем молодежь (35% и 69% соответственно). Скорее всего, это отражение распространенного в обществе представления о 'хорошей физической форме' как атрибуте молодости.

41% респондентов утверждают, что не стремятся быть в хорошей физической форме. Это не означает, что они совершенно чуждаются физической активности: примерно каждый пятый среди них сообщает, что занимается физкультурой или каким-либо видом спорта (в то время как среди стремящихся всегда быть в хорошей физической форме более трети признают, напротив, что ничем подобным не занимаются).

31% сегодня занятиям теми или иными видами спорта или физическим упражнениям уделяют время порядка 40% россиян. Большинство делают это весьма регулярно: 10% – каждый день, 14% – несколько раз в неделю, еще 7% – хотя бы раз в неделю.

Респондентам предложили перечень различных видов спорта, спортивного отдыха и попросили отметить, какими из них они занимаются (количество ответов не ограничивалось). Выяснилось, что 16% опрошенных делают зарядку, занимаются общеукрепляющей физкультурой, 8% играют в футбол, хоккей, волейбол и другие групповые игры, 7% катаются на лыжах, коньках или сноуборде (2% – на роликовых коньках или скейтборде), по 6% занимаются плаванием, катаются на велосипеде и посещают тренажерные залы; по 3% занимаются легкой атлетикой, теннисом или бадминтоном, туризмом, по 2% – авто- или мотоспортом, борьбой или восточными единоборствами, гимнастикой, а также йогой, аэробикой или каланетикой.

Повторимся: регулярно и целенаправленно физкультурой или спортом занимаются 40% опрошенных. При этом две трети респондентов (68%) уверены: для человека своего возраста они ведут вполне подвижный образ жизни (74% среди молодых респондентов, среди пожилых – 55%).

⁶ ФОМ // Е. Вовк, Е. Миськова // Культура тела: физическая форма, спорт, красота. 17.05.2007 // <http://bd.fom.ru/report/map/d072026/printable/>

Малоподвижным свой образ жизни называют 30% россиян (среди молодежи – 24%, среди пожилых людей – 43%).

Более половины респондентов – 55% – считают, что там, где они живут, большинство людей находятся в плохой физической форме. Хорошей форму большинства окружающих считают 32% опрошенных; причем мужчины дают более оптимистичные оценки, чем женщины, – 36% и 29% соответственно. Мужчины благосклоннее относятся и к самим себе: 62% сочли свою физическую форму хорошей с учетом возраста, и только 28% нашли ее неудовлетворительной. Среди женщин доля положительных оценок лишь немногим больше доли отрицательных – 48% и 41% соответственно.

Свои выводы респонденты чаще всего делают на основании того, как выглядят окружающие, но при этом понятия 'красивое тело' и 'хорошая физическая форма' далеко не всегда коррелируют друг с другом. В попытках определить, что такое 'хорошая физическая форма' – только общее физическое состояние, хорошее самочувствие или и общее состояние, и, кроме того, красивое тело, хорошая фигура, – участники опроса разделились почти поровну. 50% согласились с первой точкой зрения, а 44% – со второй.

Мнение, согласно которому привлекательный внешний вид является необходимой составляющей 'хорошей физической формы', чаще разделяют женщины, чем мужчины (48% и 39% соответственно).

Как позитивные, так и негативные оценки собственного физического развития соотносятся мужчинами и женщинами в первую очередь с субъективной оценкой состояния здоровья: 'болею – не болею'.

Мы задали респондентам открытые вопросы, почему они считают, что для мужчины/женщины их возраста они находятся в хорошей/плохой физической форме. Чаще всего удовлетворенные своим физическим состоянием респонденты – как мужчины, так и женщины (примерно по половине среди первых и вторых – 29% и 23% по выборке) исходят из субъективно положительной оценки состояния своего здоровья: 'болею мало', 'не хожу по врачам', 'таблетки не пью'. А те, кто не доволен своим физическим состоянием, чаще всего (16% мужчин и 24% женщин), объясняют это плохим состоянием здоровья: 'болею часто', 'букет заболеваний'.

С большим отрывом за этим показателем следуют другие. Удовлетворенные своей физической формой респонденты мотивируют эту самооценку собственной энергичностью и работоспособностью (по 7% женщин и мужчин): 'активный', 'на работе не чувствую усталости', 'очень много двигаюсь', 'постоянно в работе'. На третье место женщины ставят показатель отсутствия лишнего веса, а мужчины – физическую выносливость (6% женщин и 7% мужчин).

Способность заниматься физкультурой и спортом в качестве показателя хорошего физического состояния упомянули немногие респонденты – 7% мужчин и 4% женщин. При этом мужчины делают акцент на общей и силовой физической подготовке: '20 раз подтягиваюсь', 'занимаюсь четыре года в тренажерном зале'; 'могу 70 раз отжаться', а женщины – на занятиях отдельными видами спортивных упражнений: 'занимаюсь йогой', 'занимаюсь легкой атлетикой'.

Между тем, в структуре распространенных в обществе представлений о том, что следует делать для поддержания физической формы, занятия физкультурой и спортом лидируют. Отвечая на открытый вопрос, что нужно делать, чтобы быть в хорошей физической форме, 36% опрошенных упомянули именно занятия спортом.

19% опрошенных заявили, что для поддержания себя в форме необходимо вести правильный, активный, здоровый образ жизни. Реплики о здоровом образе жизни, впрочем, не слишком конкретны – очевидно, это понятие воспроизводится как ставшее привычным речевое клише, но реальным содержанием не наполнено.

18% респондентов полагают необходимым следить за своим питанием, правильно питаться. Под 'правильным питанием' понимается в первую очередь употребление натуральных продуктов. Только 5% респондентов говорили об упорядоченном питании – соблюдении диеты и умеренном употреблении пищи ('меньше кушать', 'не переедать', 'худеть'). Еще одним важным условием хорошей физической формы является, с точки зрения респондентов, отказ от вредных привычек (13% опрошенных), к которым россияне относят употребление алкоголя, табака и наркотиков: 'меньше пить', 'не употреблять наркотики'.

Еще 11% опрошенных сказали о необходимости в целом следить за своим здоровьем, уделять себе внимание, 'больше заниматься собой'.

Сравнительно немногие участники опроса, отвечая на рассматриваемый открытый вопрос, говорили не о об усилиях граждан, а об обязательствах государства по отношению к ним: оно, считают эти респонденты, должно 'поднять социальное положение людей, дать работу' (3%), развивать спорт на государственном уровне – открывать 'бесплатные спортивные клубы, чтобы можно было заниматься', 'чтобы стадионы и кружки работали', 'поднять престиж физического развития' (2%), улучшать экологическую обстановку (2%), улучшать медицинское обслуживание (2%).

Большинство опрошенных (54% в целом по выборке) заявили, что они прилагают определенные усилия для того, чтобы поддерживать себя в хорошей физической форме, 42% – что ничего не делают для этого (среди мужчин и женщин показатели примерно равны).

Респондентов спросили (в открытой форме), что именно они делают. Чаще всего (29% по выборке) участники опроса утверждали, что занимаются физкультурой и спортом (в частности, 12%

делают утреннюю зарядку, 8% ходят в спортзал и посещают фитнес-клуб). 8% опрошенных, по их словам, следят за своим здоровьем, принимают витамины, лекарства, 7% – следят за своим питанием. Под соблюдением диеты при этом понимается самое разное: 'не едим после 18 часов', 'питаюсь без хлеба', 'не переедаю', 'не ем нечистую пищу, ем только растительные продукты'. 6% опрошенных сказали, что поддерживать форму им помогает физическая работа: 'в огороде копошусь', 'убираюсь дома'. Столько же – заявили, что ведут активный, здоровый образ жизни, много ходят: 'хожу на работу пешком', 'много хожу пешком, в транспорт по возможности не сажусь'. Отказ от вредных привычек упомянули только 3% опрошенных.

Ничего не предпринимающие для своего физического развития респонденты (42% от общего числа опрошенных) в ответ на открытый вопрос о причинах этого говорят в первую очередь о нехватке времени: 'некогда – работа, дом' (13% по выборке), а также неспособности организовать себя 'лень заниматься', 'не могу себя заставить' (6%). 5% респондентов не видят необходимости предпринимать специальные усилия по поддержанию формы: 'и так здоровье отличное', 'меня все и так устраивает'. Кому-то не позволяют это делать состояние здоровья и возраст: 'в моем возрасте ничего не поможет' (5%), кому-то – нехватка сил или денег (по 2%).

Подавляющее большинство респондентов (63%) считают, что поддерживать хорошую физическую форму можно самостоятельно, не обращаясь к специалистам (врачам, тренерам), и только 25% заявили о необходимости помощи и наблюдения (чаще это женщины – 28% против 22% среди мужчин). Столько же – 25% опрошенных – считают, что для поддержания формы нужно посещать специально оборудованные залы, секции, клубы, но большинство (65%) не видят в этом надобности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что медицинское просвещение различных категорий взрослых является важной задачей сферы здравоохранения, но, как свидетельствуют социологические исследования, еще достаточно многого в этой области предстоит достичь.

Концепция медицинского просвещения различных категорий взрослого населения: профилактика возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин и продление трудоспособного периода жизни взрослого населения России

*«СЧИТАЮ, НАДО СДЕЛАТЬ ВСЁ, ЧТОБЫ УРОВЕНЬ
СМЕРТНОСТИ В РОССИИ СОКРАТИЛСЯ БОЛЕЕ,
ЧЕМ В 1,5 РАЗА, А СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ЖИЗНИ В РОССИИ УВЕЛИЧИЛАСЬ К 2020 ГОДУ ДО 75 ЛЕТ.»*

(Из выступления Президента РФ В.В. Путина на заседании Госсовета 8 февраля
2008 г.)

Концепция медицинского просвещения различных категорий взрослого населения направлена на решение актуальной педагогической, социально-экономической и медицинской проблемы: профилактика возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин и продление трудоспособного периода жизни взрослого населения России.

Современная медико-демографическая ситуация в России характеризуется высокой преждевременной смертностью, сверхсмертностью трудоспособного населения от биологических причин, уменьшением рождаемости, снижением средней продолжительности жизни, что в сочетании с ростом числа лиц пожилого и старческого возраста ведет к депопуляции населения и дефициту трудового потенциала.

Закономерности изменения демографических показателей сформировали специфические особенности старения российского населения, связанные с увеличением доли пожилых людей и биологическим старением лиц, формально не относящихся к категории людей пожилого возраста. Указанные негативные демографические тенденции тесно связаны также с ростом заболеваемости работающих во вредных производственных условиях: в угольной, энергетической, нефтяной, газовой, атомной промышленности, машиностроении, металлургии и др.

В 1991 г. численность населения России составляла 148,5 млн. человек, смертность – 11,4 на 1000 жителей. В 2005 г. численность населения составила уже 142,7 млн. человек, а смертность - 16,1 на 1000 жителей (Д.Д. Венедиктов, 2007). Смертность населения России в начале XXI века значительно превышает аналогичные показатели в развитых странах. С 1992 г. по 2004 г. в России преждевременно умерли 11 млн. мужчин и 4 млн. женщин в возрасте 15-69 лет. Если бы смертность в России оставалась на уровне 1991 г., то между 1992 и 2004 г.г. мы бы потеряли меньше на 2,8 млн. мужчин и 800 тыс. женщин в этой возрастной группе (М.И. Давыдов и др., 2007). Естественная убыль населения России происходит под двойным давлением: с одной стороны, за счёт низкой даже по меркам развитых стран рождаемости, а с другой – высокой смертности, наблюдаемой в России с 1990-х годов. При сохранении подобной тенденции предполагается значительное увеличение численности пожилых людей в структуре населения страны (Г.Л. Сафарова, С. И. Пирожков, 2002).

По среднему варианту прогноза Отдела экономики и социальных вопросов секретариата ООН численность населения России в 2025 г. составит 129,23 млн. человек, а в 2050 г. – 111, 75 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни в России (мужчины и женщины) в 2005 г. составила 65, 4 года, в 2025 г. составит 68, 2 года, а в 2050 г. – 72,9 года. Доля населения пожилого возраста (65 лет и старше) в России в 2005 г. составила 13,8%, в 2025 г. составит уже 17,6%, а в 2050 г. – 23,0% (С.И. Пирожков и др., 2007). Статистика свидетельствует, что с 1992 г. в России общая смертность населения впервые в мирное время превысила рождаемость, и этот «русский крест» становится всё более тяжёлым (Д.Д. Венедиктов, 2007).

Следует отметить, что между состоянием здоровья и экономическим ростом существует двусторонняя связь. Экономическое развитие приводит к улучшению здоровья населения, а здоровое население в свою очередь способствует экономическому росту. На каждого работающего человека в РФ приходится в среднем 10 дней отсутствия на рабочем месте по больничному листу, в то время как средняя цифра в странах ЕС составляет 8 дней. Отсутствие на работе по болезни приводит к прямым дополнительным затратам (оплата по больничному) и также косвенным расходам (потеря продуктивности).

Необходимо указать на значительные достижения современной генетики, которая открывает возможности для целенаправленного воздействия на геном человека, в том числе на гены, связанные с регуляцией старения (В.С. Баранов, Е.В. Баранова, 2007). В связи с этим, большое значение приобретает новое направление – предиктивная медицина, цель которой – раннее выявление наследственной предрасположенности человека к различным заболеваниям, что может позволить своевременно проводить профилактические мероприятия и тем самым отодвинуть болезни старения (О.С. Глотов, В.С. Баранов, 2007).

Крайне актуальной в мире является проблема остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста, так как этому заболеванию принадлежит одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения. Снижение плотности костной ткани у этой группы населения приводит к значительному увеличению частоты переломов костей, что влечёт за собой нетрудоспособность и длительное лечение. Около 30% женщин в климактерическом периоде и более 50% в возрасте 75-80 лет страдают остеопорозом. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами позвонков и трубчатых костей. Эти данные свидетельствуют о важности проведения своевременной диагностики и профилактики остеопороза с использованием самых современных методик и препаратов для предотвращения возникновения переломов (Е.Е. Михайлов, Л.И. Беневоленская, 2003).

Большое внимание в мировой науке в последнее десятилетие уделяется роли мелатонина в организме, особенно в аспекте старения. Известно, что мелатонин является универсальным регулятором нейроэндокринной системы, регулирует суточные и сезонные ритмы, а это является ключевым фактором жизнедеятельности всех организмов. Установлено, что по мере старения уровень мелатонина у ряда людей значительно снижается. Это дало основание использовать этот показатель в качестве одного из наиболее достоверных маркеров ускоренного старения.

Анализ этих проблем приводит к выводу о необходимости немедленного поиска путей в области медицинского обслуживания, социального обеспечения и экономики для повышения уровня здоровья населения как для профилактики преждевременного старения лиц трудоспособного возраста, так и для увеличения продолжительности активного периода жизни людей пожилого и старческого возраста. Большое внимание поиску эффективных решений в этом направлении уделяет Комиссия Общественной палаты РФ по формированию здорового образа жизни (Л.А. Бокерия, 2006).

Результаты научных и клинических исследований последних десятилетий убедительно показали, что основным реальным и доступным способом улучшения качества и увеличения продолжительности активной жизни, а также профилактики преждевременного старения, является воздействие на основные функции организма комплекса природных пептидных биорегуляторов-геропротекторов. Эти биорегуляторы обладают уникальной способностью частично восстанавливать снижаемый по мере старения синтез белков в организме, что сопровождается улучшением функциональной активности органов и тканей (В.А. Тутельян и др., 2003). Впервые экспериментально установлено, что пептиды регулируют активность генов путём комплементарного связывания с определённым участком ДНК (В.Н. Анисимов и др., 2002; С.В. Анисимов и др., 2002; В.Х. Хавинсон и др., 2005). Установлено, что применение биорегуляторов,

выделенных из костно-хрящевой ткани животных, способствует значительному повышению плотности костей и тем самым снижает риск возникновения переломов (В.В. Поворознюк и др., 2007). Введение пептидного биорегулятора, выделенного из эпифиза мозга животных, позволило полностью восстановить сниженный с возрастом уровень мелатонина, что сопровождалось улучшением функций эндокринной системы и снижением смертности (О.В. Коркушко и др., 2006; Н.Д. Гончарова и др., 2007). Результаты 30-летнего экспериментального и клинического изучения биорегуляторов в ведущих научно-медицинских учреждениях страны и за рубежом показали их высокую эффективность. Установлено, что комплексное применение биорегуляторов-геропротекторов у лиц пожилого и старческого возраста приводило к восстановлению основных физиологических функций, повышению психической и физической работоспособности, а также снижению уровня заболеваемости и смертности примерно в 2 раза (О.В. Коркушко и др., 2002; В.Х. Хавинсон, В.Н. Анисимов, 2003). Важно отметить, что 20-летнее применение биорегуляторов этой группы более, чем у 15 млн. человек показало их полную безопасность и безвредность, так как они являются естественными метаболитами организма.

Особенно следует подчеркнуть, что результаты этих исследований являются приоритетными и защищены 150 российскими и международными патентами, опубликованы в ведущих международных научных изданиях, имеют мировую значимость, высоко оцененную участниками VI Европейского конгресса Международной ассоциации геронтологии и гериатрии (Санкт-Петербург, 2007 г.).

Можно полагать, что организация медицинского просвещения различных категорий взрослого населения, направленного на внедрение новейшей геропротекторной технологии в России может явиться примером оздоровления населения для других стран.

Основания для разработки Концепции медицинского просвещения различных категорий взрослого населения: профилактика возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин и продление трудоспособного периода жизни взрослого населения России

- Мадридский международный план действий по проблемам старения. II Всемирная ассамблея по старению. - Мадрид, Испания, 2002 г.
- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.
- Указ Президента Российской Федерации № 1351 от 9 октября 2007 г. об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.

Цель Концепции

Использование педагогических функций медицинского просвещения, направленных на улучшение состояния здоровья, повышение качества жизни и увеличение продолжительности активного периода жизни людей пожилого возраста. Повышение экономической эффективности использования имеющихся трудовых ресурсов за счет снижения уровня заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения.

ЗАДАЧИ КОНЦЕПЦИИ

Проведение комплекса необходимых диагностических исследований, в том числе выявляющих предрасположенность к различным заболеваниям, определение маркеров ускоренного старения, создание информационного ресурса медицинского просвещения различных категорий взрослого населения.

1.1. Выявление генов, указывающих на высокую вероятность возникновения определённых заболеваний, что может быть представлено в виде составления «генетического паспорта».

1.2. Проведение денситометрии (определение плотности костной ткани) у лиц пожилого и старческого возраста для определения показаний к специфической профилактике переломов.

1.3. Определение уровня мелатонина в организме людей для выявления лиц с ускоренным старением с целью последующей коррекции этого состояния.

Через систему медицинского просвещения внедрение комплекса пептидных биорегуляторов в практику профилактических мероприятий и медико-социальных учреждений для снижения уровня заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности и увеличения продолжительности жизни лиц пожилого и старческого возраста.

Через систему медицинского просвещения внедрение комплекса пептидных биорегуляторов в систему лечебно-профилактических мероприятий среди работающих во вредных производственных условиях для предупреждения развития возрастной, профессиональной, производственно

обусловленной патологии, явлений ускоренного старения и увеличения профессионального долголетия.

Финансирование Концепции

Необходимый объем финансирования для реализации данной Программы из расчета на одного человека на один год (6-8 видов пептидных биорегуляторов) составляет около 7000 рублей. Общий объем финансирования Концепции зависит от количества людей, охваченных участием в медицинском просвещении.

Исходя из многолетнего опыта профилактического использования, рекомендуется ежегодное применение комплекса биорегуляторов не менее, чем в течение 3-5 лет.

Программа может быть предложена для реализации в различных Федеральных округах, субъектах Федерации, министерствам и ведомствам, а также руководству различных отраслей промышленности, предприятий, компаний; Пенсионному Фонду и всем другим заинтересованным организациям.

ЭТАПЫ ВЫПОЛНЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ

1. Разработка рекомендаций и документации по применению комплекса биорегуляторов для соответствующих контингентов населения, социальных и медицинских работников.
2. Организация и проведение организационно-методических мероприятий по созданию системы медицинского просвещения, направленной на обеспечение эффективного применения комплекса биорегуляторов.
3. Промышленный выпуск необходимого количества биорегуляторов.
4. Применение комплекса биорегуляторов для соответствующих контингентов населения.
5. Анализ эффективности применения комплекса биорегуляторов.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ

1. Снижение уровня заболеваемости у пожилых не менее, чем на 20%.
2. Снижение частоты заболеваний ОРВИ у пожилых не менее, чем на 10-15 %.
3. Снижение частоты заболеваний костей (в том числе остеопороза) и суставов (артриты и артрозы) не менее, чем на 10-15 %.
4. Предупреждение развития профессиональной и производственно обусловленной патологии у работающих во вредных производственных условиях не менее, чем на 20%.
5. Снижение преждевременной смертности от биологических причин не менее, чем на 20%.
6. Замедление преждевременного старения населения, улучшение качества жизни и продление трудоспособного периода жизни, уменьшение трудопотерь и увеличение профессионального долголетия.

Реализация данной Концепции наряду с другими государственными социально-экономическими проектами будет объективно способствовать поддержанию устойчивой финансово-экономической и ресурсной базы государства, дальнейшему экономическому развитию страны.

Научно-исследовательская группа по разработке концепции и экспериментальной проверке ее эффективности

1. Геронтологическое общество Российской академии медицинских наук.
В.Н. Анисимов, президент общества, профессор, доктор медицинских наук
2. Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук.
В.Х. Хавинсон, директор Института, главный специалист по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербург, член-корреспондент РАМН.
Л.В. Козлов, заместитель директора института, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук.
К.Л. Козлов, заместитель директора института, профессор, доктор медицинских наук.
В.В. Малинин, заведующий лабораторией института, профессор, доктор медицинских наук.
Г.А. Рыжак, заместитель директора института, профессор, доктор медицинских наук.
О.Н. Михайлова, исполнительный директор Института, учёный секретарь

Геронтологического общества РАН, кандидат биологических наук.

3. Научно-исследовательская лаборатория инвестиционного проектирования и анализа в сфере здравоохранения, санитарии и гигиены Института образования взрослых Российской академии образования.

П.И. Юнацкевич, доктор педагогических наук.

Ю.В. Гальцев, кандидат медицинских наук, судебно-медицинский эксперт.

В.В. Гайворонская, кандидат медицинских наук.

Д.Е. Гагин, научный сотрудник лаборатории.

Л.В. Ведмецкая, научный сотрудник лаборатории.

М.А. Большаков, научный сотрудник лаборатории.

Список основных научных публикаций, на основе которых разработана концепция

Монографии:

1. Карпов Р.С., Слепушкин В.Д., Мордовин В.Ф. и др. Использование препаратов эпифиза в клинической практике. Томск: Изд-во Том. ун-та. - 1985. - 152 с.
2. Акулин И.М. Демографическое чудо. В кн.: Медицина Санкт-Петербурга.- 1996.
3. Яковлев Г.М., Новиков В.С., Хавинсон В.Х. Резистентность, стресс, регуляция. - Л.: Наука, 1990. - 238 с.
4. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Пептидные биорегуляторы (25-летний опыт экспериментального и клинического изучения). - СПб.: Наука, 1996. - 74 с.
5. Кузник Б.И., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Цитомедины: 25-летний опыт экспериментальных и клинических исследований. - СПб.: Наука, 1998. - 310 с.
6. Кузник Б.И., Пинелис И.С., Хавинсон В.Х. Применение пептидных биорегуляторов в стоматологии. - СПб.: Эскулап, 1999. - 142 с.
7. Козлов К.Л. Ангиография и интервенционная пластика венечных артерий у больных пожилого и старческого возраста.- СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000.- 40 с.
8. Хавинсон В.Х., Морозов В.Г. Пептиды эпифиза и тимуса в регуляции старения. - СПб.: Фолиант, 2001. - 159 с.
9. Коркушко О.В., Хавинсон В.Х., Бутенко Г.М., Шатило В.Б. Пептидные препараты тимуса и эпифиза в профилактике ускоренного старения. - СПб.: Наука, 2002. - 202 с.
10. Vladimir Kh. Khavinson. Peptides and ageing. - Neuroendocrinology Letters. - Special Issue, 2002. - 144 p.
11. Захарченко М.П., Хавинсон В.Х., Оникиенко С.Б., Новожилов Г.Н. Радиация, экология, здоровье. - СПб.: Гуманистика, 2003. - 336 с.
12. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. и др. Эпидемиология остеопороза и переломов// Руководство по остеопорозу (под редакцией проф. Беневоленской Л.И.). БИНОМ, Москва, 2003.- с. 10-53.
13. Хавинсон В.Х., Анисимов В.Н. Пептидные биорегуляторы и старение.- - СПб.: Наука, 2003. - 223 с.
14. Хавинсон В.Х., Баринов В.А., Арутюнян А.В., Малинин В.В. Свободнорадикальное окисление и старение. - СПб.: Наука, 2003. - 327 с.
15. Башкирёва А.С., Коновалов С.С. Профилактика ускоренного старения работающих во вредных производственных условиях. - СПб.: Издательство «прайм-ЕВРОЗНАК», 2004, 224 с.
16. Кузник Б.И., Хавинсон В.Х., Морозов В.Г. и др. Пептидные биорегуляторы: Применение в травматологии, хирургии, стоматологии и онкологии // М.: Вузовская книга, 2004. - 400 с.
17. Рыжак Г.А., Коновалов С.С. Геропротекторы в профилактике возрастной патологии. - СПб.: Издательство «прайм-ЕВРОЗНАК», 2004, 160 с.
18. Михайлова О.Н., Анисимов В.Н., Сидоренко А.В.. Развитие геронтологии в России: роль международного сотрудничества. - СПб.: ООО «Фирма КОСТА», 2005.- 240 с.
19. Хавинсон В.Х., Анисимов С.В., Малинин В.В., Анисимов В.Н. Пептидная регуляция генома и старение. - М.: Издательство РАМН, 2005. - 208 с.
20. Khavinson V.Kh., Malinin V.V. Gerontological aspects of genome peptide regulation // Basel (Switzerland): Karger AG, 2005. - 104 p.

21. Коркушко О.В., Хавинсон В.Х., Шатило В.Б. Пинеальная железа: пути коррекции при старении. – СПб.: Наука, 2006. – 204 с.
22. Венедиктов Д.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. – Москва, 2007.- 309 с.
23. Хавинсон В.Х. Пептидные биорегуляторы: профилактика возрастной патологии и преждевременного старения. // В кн. Руководство по геронтологии и гериатрии./ под ред. акад. РАМН, В.Н.Ярыгина, проф.А.С.Мелентьева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- Т. III – С. 171 – 185.
24. Козлов К.Л., Хубулава Г.Г., Белевитин А.Б., Лукьянов Н.Г. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца у пациентов пожилого и старческого возраста.- М.: Издательство РАМН, 2007.- 354 с.
25. Khavinson V.Kh., Mikhailova O.N. Health and aging in Russia // Global health and global aging / (ed. by Mary Robinson et al.); foreword by Robert Butler. – 2007. - P. 226-237.

Заключение

В ходе исследования разработан комплексный интегративный педагогический, психологический и медицинский подход к лечению проблемного больного, интегративной диагностике и лечению. Разработан новый понятийный аппарат здравоохранения, позволяющий объединить через просветительскую деятельность усилия педагогов, воспитателей, психологов, руководителей и ученых отечественной медицины в направлении повышения эффективности формирования здорового образа жизни и лечебного дела в России и Северо-Западном Федеральном округе.

Современное образование и здравоохранение не может предоставить населению информацию и медицинскую помощь, которая адекватна формированию здорового образа жизни и лечению так называемых «проблемных» больных, т.е. лиц с сочетанной (комплексной) патологией. Разрыв между образованием и здравоохранением можно преодолеть за счет разработки новой идеологии здравоохранения «интегративная медицина» и создания научно-обоснованной системы медицинского просвещения взрослых.

Необходима интеграция педагогического, психологического и медицинского подходов с тем, чтобы гарантировать 80% граждан России хотя бы минимальную адекватную образовательную поддержку в виде медицинского просвещения и доступную медицинскую помощь. Разработка образовательного интегрированного педагогического, психологического и медицинского комплекса, адекватного сочетанной патологии, выступает стратегической задачей для науки об образовании, так и для науки о здравоохранении.

Предлагается научное обоснование медицинского просвещения, интегрирующего в себя методы обучения взрослых, а также психологические и медицинские способы и средства диагностики, лечения, реабилитации и профилактики сочетанной патологии.

Широко педагогически и клинически мыслящий врач может определить весь круг проблем больного и выстроить схему лечения с привлечением узких специалистов. Предлагается адаптация существующей системы подготовки медицинских кадров к новой реальности – росту численности «проблемных больных» с сочетанной патологией и ограниченности финансирования.

В результате исследования предложен и апробирован новый подход интеграции образования взрослых и специализированной и комплексной медицинской помощи. Данный подход, названный «интегративной медициной» выступает, по сути, новой идеологией медицинского просвещения и

здравоохранения. Практическое применение данного подхода на практике в Северо-Западном федеральном округе показало, что эффективность комплексного медицинского просвещения и лечения позволяет сократить в 1,5 раза как стоимость, так и продолжительность лечения взрослых граждан.

Интегративная медицина – комплексное направление образования взрослых и оказания медицинской помощи больным с позиций системного подхода к просвещению, диагностике, лечению и профилактике комплексной патологии. Теоретическую основу медицинского просвещения различных категорий взрослого населения составляют принципы, отражающие концепцию интегративной медицины:

1. Повышение квалификации медицинских кадров в области образования взрослых и медицинского просвещения.

2. Комплексное исследование образовательного уровня, психического и соматического состояния пациента, определение патогенных мировоззренческих установок, актуальных расстройств, их иерархии, выявление взаимосвязей и взаимообусловленности психических, соматических нарушений и реального уровня образования.

3. Разработка динамичной педагогической тактики медицинского просвещения, комплексной педагогической, психологической и лечебной тактики, основанной на результатах комплексной диагностики и ориентированной на системный подход к одновременному образованию взрослых, лечению патологии и формированию здорового образа жизни.

Основные этапы реализации комплексного подхода к медицинскому просвещению в системе образования взрослых:

1. Создание отделений медицинского просвещения и интегративной медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом, стационарном и санаторно-реабилитационном звеньях здравоохранения России.

2. Разработка стандартов и алгоритмов медицинского просвещения взрослых, а также лечения комплексной (сочетанной) патологии для эффективного взаимодействия с научными и образовательными учреждениями, а также страховыми компаниями в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования.

3. Обучение и переподготовка медицинских кадров на базе принципов медицинского просвещения и интегративной медицины.

Ожидаемые конечные результаты от внедрения новой идеологии здравоохранения "интегративная медицина". Это, во-первых, выздоровление и улучшение самочувствия «проблемных» больных с сочетанной патологией в 60-90% случаев, при сокращении сроков лечения и материальных затрат на 50-60%; во-вторых, идеология интегративной медицины становится теоретическим обоснованием реорганизационных мероприятий здравоохранения России.

Отрадно отметить, что уже сегодня в здравоохранении России начались процессы изменения организации медицинской помощи населению с учетом изложенных принципов, педагогические идеи интегративного подхода находят все больше и больше своих сторонников среди передовой медицинской общественности.

В XXI веке идея интеграции наук об образовании и медицинских наук начинает переходить от теории к практике развития новейших направлений образования взрослых и медицины.

Кроме того, проведенный в ходе исследования анализ проблем возрастной патологии и ускоренного старения приводит к выводу о необходимости поиска путей в области медицинского просвещения, комплексного педагогического, психологического и медицинского обслуживания, социального обеспечения и экономики для повышения уровня здоровья населения. Установлено, что наиболее актуальной проблемой как для науки об образовании, так и медицинских наук является проблема профилактики преждевременного старения лиц трудоспособного возраста, а также проблема увеличения активного периода жизни людей пожилого и старческого возраста.

Результаты научных интегрированных педагогических, психологических и клинических исследований, выполненных на экспериментальной базе ИОВ РАО – Института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН - показали, что основным реальным и доступным способом улучшения качества и увеличения продолжительности активной жизни, а также профилактики преждевременного старения, является интегрированное педагогическое, психологическое и медицинское воздействие на взрослого.

В ходе исследований был разработан интегрированный педагогический, психологический и медицинский подход к просвещению и лечению взрослых. Комплексный подход способствовал достижению как образовательных, так и клинических целей. У больных формировалась установка на здоровый образ жизни и поведение, направленное на минимизацию экзогенных и эндогенных патогенных факторов. Применение на фоне медицинского просвещения информационных технологий цвета-формокоррекции и биорегуляторов восстанавливало снижаемый по мере старения синтез белков в организме, что сопровождается восстановлением функциональной активности органов и тканей.

В ходе интегрированного педагогического, психологического и медицинского исследования наблюдалось восстановление сниженного с возрастом уровня мелатонина, и как следствие - улучшение функций эндокринной системы, снижение смертности.

Результаты 15-летнего экспериментального педагогического, психологического и клинического изучения синтеза методов образования взрослых, медицинского просвещения, психологического и медицинского воздействия показывает свою эффективность. Установлено, что комплексное применение образовательного и медицинского подхода к лицам пожилого и старческого возраста приводило к восстановлению основных физиологических функций, повышению психической и физической работоспособности, а также снижению уровня заболеваемости и смертности примерно в 2 раза.

Данные идеи практически реализованы в медицинской практике учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, используются Комитетом по здравоохранению Правительства Ленинградской области, внедрены в систему подготовки военно-медицинских кадров по общей и госпитальной терапии.

Научная и теоретическая новизна исследований проявлена в обосновании междисциплинарной методологической комплексной основы, которая обеспечит образовательные и медицинские потребности граждан, в интеграции педагогического, психологического и медицинского подходов в медицинском просвещении, диагностике, лечении, реабилитации и профилактике сочетанной патологии, профилактики преждевременного старения и поддержания трудоспособности у пенсионеров и престарелых граждан.

Заявлен новый подход в науке об образовании и медицинских науках – интегративная медицина как синтез образования взрослых, медицинского просвещения, педагогической, психологической и медицинской узкоспециализированной и комплексной диагностики, лечения и профилактики сочетанной патологии.

Практическая значимость исследования состоит в разработке рекомендаций для специалистов-управленцев социальных институтов образования и здравоохранения, решающих вопросы инновационного развития на государственном, муниципальном, локальном уровне по созданию обучающей медико-психологической структуры для взрослых.

Разработаны и апробированы инновационные образовательные технологии в здравоохранении, механизмы эффективного педагогического, психологического и медицинского взаимодействия, координации, согласования деятельности специалистов и взрослых, с целью усиления роли образования взрослых в процессе формирования здорового образа жизни, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики сочетанной патологии. По сути, предложена новая концепция интегративной подготовки медицинских кадров, адекватная современной патологии и вызовам XXI века.

Библиография

1. Айсмонтас Б.Б. Теория обучения: Схемы и тесты.- М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002.- 176с.
2. Акинфиева Н.В. Квалиметрический инструментарий педагогических исследований// Педагогика, 1998, №4, с 30-35
3. Альтов Г.И. И тут появился изобретатель,- М., 1987, с50
4. Анохин П.К. Проблема принятия решения в психологии и физиологии.-В кн.: Проблемы принятия решений.- М.: Наука, 1976, с 7-16.
5. Асмолов А.Г. Деятельность и установка, М. Изд-во Моск. ун-та, 1979.-150с.
6. Астахова Н.А. Оптимизация воспитания студентов в условиях аксиолого-педагогической системы.//Вестник МПСИ №2, 2003, с32-37
7. Ашихмин А.А. Разработка и принятие управленческих решений: формальные модели и методы выбора.- 2-е изд. М.; Изд-во Моск. Гос. горного ун-та, 2001.- 80с.
8. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А. Опросник уровня субъективного контроля. М.: Смысл, 1993.- 97с.
9. Бакулина Г.А. Сущность и роль антиципации в педагогическом процессе//Педагогика, 2000, №10, с17-21.
10. Батаршев А.В. Психодиагностика способности к общению, или Как определить организаторские и коммуникативные качества личности.-М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999.-176с.
11. Безрукова В.С. Интеграционные процессы в педагогической теории и практике. Екатеринбург, 1994г., 152с.
12. Безрукова В.С. Настольная книга педагога-исследователя.- Екатеринбург: Изд-во Дома учителя, 2001.- 236с.
13. Безрукова В.С., Свящ. Алексей Мороз. Образ русской школы.- СПб., Изд-во "Сатис", 2002, 160с.
14. Блауберг И.Г. Проблемы целостности и системный подход. М. Эдиторлэя УРСС, 1997.-448с.
15. Блауберг И.Г., Юдин Э.Г. Становление и сущность системного подхода. М. Наука, 1973, 270с.
16. Блонский П.П. Избранные педагогические и психологические произведения. Т2. М, 1979. с308.
17. Богданов В.А. Системологическое моделирование личности в социальной психологии, Л.: Издательство Ленинградского университета, 1987, с. 144.
18. Богданов О.И. Формирование целеустремленности у подростков в учебно-воспитательном процессе. Автореф. дисс. канд. пед. наук, М. 1990.
19. Бодина Е. Жизненность знаний как условие обновления содержания образования// Воспитание шк-в, 1997, №4, с2-6
20. Божович Л.И. Личность и формирование в детском возрасте. - М. "Просвещение", 1968, 464с.

21. Вершинин С.И. Педагогические основы формирования у школьников готовности к принятию решения о профессиональном выборе. Дисс. докт. пед. наук. 1997г, М.
22. Вишнякова С.М. Профессиональное образование: Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. - М.:НМЦ СПО,1999.-538с.
23. Гальперин П.Я. О методе поэтапного формирования умственных действий// Исследование мышления в советской психологии: сб. науч. тр./ Под ред. Е.В. Шороховой.- М.: Наука, 1996.- с 259 -276.
24. Геранина О.Г. Профорориентационные игры как средство профессионального самоопределения учащихся 1-7 классов: Дисс. канд. пед. наук.- М,1996.-183с.
25. Гессен С.И. Основы педагогики. Введение в прикладную философию /отв. ред. и сост. П.В. Алексеев.-М.: "Школа-Пресс", 1995.-448с.
26. Гинецинский В.И. Знание как категория педагогики: Опыт педагогической когнитологии.-Л.: Издательство Ленинградского ун-та, 1989.-с144
27. Гинзбург М.Р. Развитие самоопределения подростков. Метод. разр.-М.: Изд-во АПН СССР, 1988.-18с.
28. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций.- М.: ЧеРо, при участии издательства "Юрайт", 2000.-336с.
29. Гоноболин Ф.Н. Психология. Под ред. проф. Н.Ф. Добрынина. Учеб. пособие для учаш. педучилищ по специальности 2001 "Преподавание в нач. классах общеобразоват. шк. М.: "Просвещение",1973г,240с.
30. Гордон В.М. К вопросу направленности организации принятия решения// Эргономика, Труды ВНИИТЭ,М.:1983-№23-25
31. Горностаева И. Новые подходы к формированию профессионально важных качеств личности будущих менеджеров.//Вестник МПСИ№2,2003,с400-41
32. Гурова Л.А. Психологический анализ решения задач, Воронеж, Изд. гос. ун-та, 1976, 326с.
33. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. Современное написание: В4т. Т2.-М.: 000 "Издательство АСТ": 000 "Издательство Астрель", 2001.- 1280с.
34. Елисеев А., Соколова Т. Взаимодействие субъектов воспитательного процесса// Воспитание шк-в, 2000,№8, с5-9
35. Ершов П.М., Ершова А.П., Букатов В.М. Обучение на уроке, или Режессура поведения учителя.- Изд. 2-е, перераб. и доп.- М.: Московский психолого-социальный ин-т, Флинта, 1998.-336с.
36. Забродин Ю.М. Психофизиология и психофизика,М.: Наука, 77с.
37. Забродин Ю.М., Фришман Е.З. Особенности решения сенсорных задач человеком. М.: Наука, 1981, 83с.
38. Завалихина Д.Н., Ломов Б.Ф., Рубахин В.Ф. Уровни и этапы принятия решения-В кн.: Проблемы принятия решений,М.: Наука, 1976, с 16-33.
39. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы.-СПб.: Питер,2002.-512с.:ил.-(Серия "Мастера психологии")
40. Ильин Е.П. Психология воли.- СПб.: Издательство "Питер",200.- 288с.
41. Инженерная психология. Отв. ред. д.п.н. Б.Ф. Ломов, В.Ф. Рубахин, В.Ф. Венета, М.: Наука, 1977,304с.
42. Инженерная психология. Сб. ст., пер. с англ., под ред. д.т.н. Панова Д.Ю., к.п.н. Зинченко В.П., М.: Изд. "Прогресс", 1964, 696с.
43. Кадол Ф. Воспитание чести и достоинства.//Воспитание шк-в, 1998, №2,с7-13
44. Как изучать и воспитывать у учащихся ответственное отношение к учению. /Метод. реком. для руководителей школы, уч-лей, классных руководителей и студ. ст. курсов педвузов.-Омск, ОГПИ им.А.М. Горького, 1988.-20с.
45. Калининский Л.П. Методика психодиагностики профессионально значимых и деловых качеств будущего специалиста//Содержание и методы профессионального воспитания студентов.- Тюмень, 1981.
46. Карпов А.В. Методологические основы психологии принятия решения /Яросл. гос. ун-т. Ярославль, 1999.-232с.
47. Карпов А.В. Психологические основы принятия решения в профориентационной работе.-М.: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та им. В.И. Ленина, 1986.-91с.
49. Карпов А.В. Психологический анализ процессов принятия решения в деятельности.- Ярославль: Изд-во Яросл. гос. ун-та, 1985.-80с.
50. Карпов А.В. Психология менеджмента: Учеб. пособие.- М.: Гардарики, 1999.- 584с.
51. Карпов А.В. Психология принятия решения в профессиональной деятельности:Учеб. пособие.- Ярославль, Изд-во Яросл. гос. ун-т, 1991.-152с.
52. Карпов Г.Ф., Михайлов Е.А. Методика изучения личности учащихся ПТУ.- М.: Высш. шк., 1989-с 77-78.
53. Касаткина Н.Э. Теория и практика формирования профессионального самоопределения молодежи в условиях непрерывного образования: Дисс. докт. пед. наук.-М., 1995.-351с.
54. Козельский Ю. Психологическая теория решений,- М.: Прогресс,1979.-504с.
55. Кон И. В поисках себя. Личность и ее самосознание.- М.: Политиздат, 1984г-335с.
56. Кон И. Психология старшеклассников. М.: Просвещение, 1980.-191с.
57. Кон И. Психология юношеского возраста.-М.: Просвещение, 1979.-175с.
58. Конвей Р.В., Максвилл В.Л., Миллер Л.В. Теория решений,М.: Наука, 1975.-359с.
59. Коновалец Л.С. Познавательная самостоятельность учащихся в условиях компьютерного обучения// Педагогика, 1999, №2,с 46-50.
60. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года// Вестник образования.2002.№2.
61. Корнилова Т.В. Диагностика личностных факторов принятия решений. //Вопросы психологии, 1994, №6,с99-109
62. Кочеткова В.В., Скотникова И.Г. Индивидуально-психологические проблемы принятия решения - М.: Наука, 1993г, 143с.
63. Кочетова А.А. Взаимосвязь ответственного и творческого отношения подростков к деятельности. Автореф. дисс. канд. пед. наук. Л, 1990.
64. Краковский В. Общечеловеческие ценности - основа учебно-воспитательного процесса //Воспитание шк-в, 1993, №2, с4-7

65. Краткий психологический словарь/Сост. Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г. Ярошевского.- М.: Политиздат, 1985.-431с.
66. Кудрявцев Т.В., Шпурова В.Ю. Психологический анализ динамики профессионального самоопределения личности // Вопросы психологии.-1983, №2,с. 51-59
67. Кузнецова И.В. Психологический анализ процесса подготовки и
68. принятия решения о выборе профессии//Профорентация школьников: Тезисы докл. -Ярославль, 1987.-с 88-89.
69. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология:Полный жизненный цикл развития человека. Учеб. пособ. для студ. высш. уч. заведений.-М.: ТЦ "Сфера", при участии "Юрат-М", 2001.-464с.
70. Кулюткин Ю.Н. Эвристические методы в структуре решений.- М.: Педагогика, 1970.-231с.
71. Лазарев В.С., Коноплина Н.В. Деятельностный подход к проектированию целей педагогического образования// Педагогика, 1999, №6, с12-18
72. Левин К. Разрешение социальных конфликтов./Пер. с англ.- СПб.:Издательство "Речь", 2000.-408с.,ил.
73. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат,1977.-304с.
74. Логвинов И.И. Природа дидактического знания./Педагогика, 2000, №6, с13-18.
75. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии, М.: Наука, 1984г,-444с.
76. Лотков О.И. Соотнесение мыслительных и познавательных компонентов интеллектуальной деятельности в условиях психического стресса: Автореф. дисс. канд. псих. наук.-М,1978.
77. Маслова Н. Педагог нового поколения //Воспитание шк-в, 1999, №1,с5-7.
78. Материалы 1 Межрегиональной конференции/Турапина И.А. Воспитание профессионально значимых качеств в процессе подготовки современной медсестры.Елец.-2001,с78-81
79. Машинян Е.В. Педагогические условия формирования у старших школьников готовности к принятию решения о выборе профессии: Автореф. дисс. канд. пед. наук.-М, 1993-18с.
80. Методология рефлексии концептуальных схем деятельности поиска и принятия решения./Н.Г. Алексеев, В.К. Зарецкий, И.С. Ладенко, И.Н. Семенов/ Акад. Наук СССР, Сиб. отд., Новосибирск,1991,74с.
81. Назаренкова Г.Н., Иванюк Н.С., Борзенко И.А. Модель выпускника школы: выбор оснований// Педагогика, 1998, №1,с23-28.
82. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. кчб. заведений: В 3 кн.-3-е изд.-М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999.-кн.3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики.-640с.
83. Новиков А.М. Проблемы гуманизации профессионального образования// Педагогика, 2000,№9, с3-11.
84. Новикова Л.И. Воспитание как педагогическая категория// Педагогика, 2000, №6, с28-35.
85. Ньюстром Дж. В., Дэвис К. Организационное поведение/Перев. с англ. под ред. Ю.Н. Каптуревского.-СПб.: Издательство "Питер",2000.-448с.: ил.- (Серия "Теория и практика менеджмента")
86. Ожегов С.И. Словарь русского языка:ок. 57000слов/ Под ред. докт. филол. наук проф. Н.Ю. Шведовой.-13-е изд. испр.-М.:Рус. яз.,1981.-816с.
87. Орлов В.И. Активность и самостоятельность учащихся// Педагогика, 1998,№3, с44-48
88. Ороховский В.И. и др. Формирование психологической готовности молодежи к медицинскому труду./ В.И. Ороховский, И.С. Витенко, Г.П. Кондратенко.- К.: Выща шк. Голоаное изд-во, 1989.-88с.
89. Островская Р.А.Положения ТРИЗ как ориентиры для реализации теоретических методов поиска нового знания в педагогике./Вестник МПСИ№2,2003,с27-32
90. Педагогический словарь. Гл. ред. И.А. Капоров и др. В 2-х т. Т2. Изд-во Академии пед. наук,М.1960г.766с.
91. Первый Всероссийский съезд средних медицинских работников Санкт-Петербург, 3-5 ноября 1998 года, Материалы съезда, СПб.,1998.-116с.
92. Пидкасистый П.И. Самостоятельная деятельность.(Дидактический анализ процесса и структуры воспроизведения и творчества).М., "Педагогика",1972.184с.
93. Планкет Л., Хейл Г. Выработка и принятие управленческих решений: Сокр. пер. с англ.М.: Экономика, 1984.- 168с.
94. Платонов К.К. Краткий словарь психологических понятий: Учеб. пособие для учебных заведений профобразования.- 2-е изд., перераб. и доп. М.:Высш. шк.,1984.-174с.
95. Полонский Н.А. Алгоритмы биометрии.-М.,1967. С.72.
96. Пономарев Я.А. К вопросу об исследовании психологического механизма "принятия решения" в условиях творческих задач.- В кн.: Проблемы принятия решений.М.: Наука, 1976, с 82-105.
97. Практикум по общей ,экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие/В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский и др.; Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева.- СПб.: Питер,2002.-560с.:ил.
98. Проблемы организации принятия решения// Эргономика. Труды ВНИИТЭ, М.:- 1983.- №23-25
99. Проблемы принятия решений, М.: Наука, 1976.- с328.
100. Профессиональная ориентация учащихся: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. 2120 "Общетехнические дисциплины и труд".- М.: Просвещение, 1983
101. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности: Учебно-научное издание.-СПб.: Медицинская пресса,2002.-352с.
102. Ретивых М.В., Симоненко В.Д. Как помочь выбрать профессию.- Тула, Приокс. кн. изд.,1990г.
103. Решение: подготовка и принятие . И. Гришина// Директор школы, №1, 1994.
104. Романов К.М., Гаранина Ж.Г. Практикум по общей психологии. Учебное пособие/Под ред. К.М. Романова.- М.: Московский психологосоциальный институт; Воронеж: Изд-во НПО "МОДЭК", 2002-320с.
105. Романюк В.П., Лапотников В.А., Накатис Я.А. История сестринского дела в России.- СПб:СПбГМА,1998.-144с.
106. Рубахин В.Ф. Психологические основы обработки первичной информации.-Л.: Наука, 1974.-196с.
107. Рубинштейн С.Л. О мышлении и путях его исследования.- М.: Учпедгиз, 1958,с54.
108. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии.- М.:Учпедгиз, 1946.-703с.
109. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии.-М.: Педагогика, 1976.-322с.
110. Саранцев Г.И. Методология предметных методик обучения// Педагогика, 2000, №8, с16-23

111. Селиванов В.И. Избранные психологические произведения(воля, ее развитие и воспитание). Ряз. пед. ин-т. Рязань, 1992.-575с.
112. Селивко Г.К. Современные образовательные технологии: Учебное пособие.-М.: Народное образование, 1998.-256с.
113. Семушина Л.Г., Ярошенко Н.Г. Содержание и методы обучения в средних специальных учебных заведениях. Учеб.-метод. пособие.- М.: Высш. шк., 1990.- 192с.:ил.
114. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений/ Метод. руководство.-М.: "Москва", 1990,с 48.
115. Советский энциклопедический словарь/Научно-редакционный совет: А.М.Прохоров(пред.).-М.: "Советская Энциклопедия", 1981.-1600с. с илл.
116. Соколов В.Н. Педагогическая эвристика: Введение в теорию и методику эвристической деятельности: Уч. пособие для студентов высших уч. заведений.- М.: Аспект Пресс, 1995.-255с., ил.
117. Тихомиров О.К. Принятие решений как психологическая проблема.-В кн.: Проблемы принятия решений. М.: Наука, 1976, с77-82.
118. Усова А.В. Чтобы учение стало интересным и успешным// Педагогика, 2000, №4, с30-33.
119. Фельдштейн Д.И. Психология развивающейся личности.- М.: Издательство "Институт практической психологии". Воронеж:НПО "МОДЭК", 1996.- 512с.
120. Философский словарь /Под ред. И.Т. Фролова- 4-е изд.- М.: Политиздат, 1980.-444с.
121. Фогель Л., Оуэнс А., Уолш М. Искусственный интеллект и эволюционное моделирование. Пер. с англ. Ю.П. Зайченко, под ред. А.Г. Ивахненко,-М.: Изд. "Мир", 1969,с230
122. Фразеологический словарь русского языка: Свыше 4000 словарных статей/Л.А. Войнова, В.П. Жуков, А.И. Молотков, А.И. Федоров; Под ред. А.М. Молоткова.-4-е изд., стереотип.-М.:Рус.яз,1986.-543с.
123. Чернер С.Л. Опыт формирования деловых качеств личности// Педагогика, 1998, №5, с28-34.
124. Черных П.Я. Историко-этимологический словарь русского языка: 13560 слов: Т1-2. 2-е изд., стереот.- М.: Рус. яз. , 1994. Т1 -622с.
125. Шавир П.А. Психология профессионального самоопределения в ранней юности.- М.: Педагогика, 1981.- 96с
126. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности.- М.: Наука, 1982.- 184с.
127. Шевандрин Н.И. Социальная психология в образовании: Учеб. пособие. ч.2 Концептуальные и прикладные основы социальной психологии.- М.: ВЛАДОС, 1995.- 544с.; илл

Приложение 1

**Перечень
пептидных биорегуляторов – геропротекторов, используемых в
системе медицинского просвещения различных категорий взрослого
населения по профилактике возрастной патологии и ускоренного
старения, снижение преждевременной смертности от биологических
причин и продление трудоспособного периода жизни взрослого
населения России**

ВЕНТФОРТ®*(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1751.3.07)*

Вентфорт - комплекс пептидов, полученных из сосудов молодых животных. Выделенные пептиды обладают избирательным действием на различные клетки сосудистой стенки, нормализуют метаболизм в клетках и регулируют функции сосудистой системы.

При клиническом изучении установлена эффективность Вентфорта для комплексного восстановления функций сосудистой системы после перенесенных заболеваний различного генеза, при патологических состояниях, приводящих к нарушению функций сосудов, воздействию экстремальных факторов внешней среды, неполноценном питании, нарушении липидного обмена, а также при старении.

Вентфорт рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

СИГУМИР®*(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1739.3.07)*

Сигумир - комплекс пептидов, полученных из хрящевой и костной тканей молодых животных. Выделенные пептиды обладают избирательным действием на различные клетки хрящевой и костной тканей, нормализуют метаболизм в клетках и регулируют функции суставов и позвоночника.

При клиническом изучении установлена эффективность Сигумира для комплексного восстановления функций опорно-двигательного аппарата после перенесенных заболеваний различного генеза, при патологических состояниях, приводящих к нарушению функции хрящевой и костной тканей, при воздействии экстремальных факторов внешней среды, неполноценном питании, а также при старении.

Сигумир рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ВЛАДОНИКС®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1740.3.07)

Владоникс - комплекс пептидов, полученных из тимуса молодых животных. Выделенные пептиды обладают избирательным действием на различные клетки иммунной системы, нормализуют метаболизм в клетках и регулируют функции иммунной системы.

При клиническом изучении установлена эффективность Владоникса для комплексного восстановления иммунитета после перенесенных заболеваний различного генеза, при патологических состояниях, приводящих к нарушению функций иммунной системы, при воздействии экстремальных факторов внешней среды, неполноценном питании, а также при старении.

Владоникс рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

СВЕТИНОРМ®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1753.3.07)

Светинорм - комплекс пептидов, полученных из печени молодых животных. Выделенные пептиды обладают избирательным действием на различные клетки печени, нормализуют метаболизм в клетках и регулируют функции печени.

При клиническом изучении установлена эффективность Светинорма для комплексного восстановления функций пищеварительной системы после перенесенных заболеваний различного генеза, при патологических состояниях, приводящих к нарушению функции желудочно-кишечного тракта, при воздействии экстремальных факторов внешней среды, неполноценном питании, нарушении липидного обмена, а также при старении.

Светинорм рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ЦЕРЛУТЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1752.3.07)

Церлутен - комплекс пептидов, полученных из головного мозга молодых животных. Выделенные пептиды обладают избирательным действием на различные клетки нервной ткани и головного мозга, нормализуют метаболизм в клетках и регулируют их функции.

При клиническом изучении установлена эффективность Церлутена для комплексного восстановления функций центральной нервной системы после перенесенных заболеваний различного генеза, при патологических состояниях, приводящих к нарушению функций головного мозга, при воздействии экстремальных факторов внешней среды, неполноценном питании, а также при старении.

Церлутен рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ТИРЕОГЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1754.3.07)

Тиреоген - комплекс пептидов, полученных из щитовидной железы молодых животных. Выделенные пептиды обладают избирательным действием на различные клетки щитовидной железы, нормализуют метаболизм в клетках и регулируют функции щитовидной железы.

При клиническом изучении установлена эффективность Тиреогена для комплексного восстановления функций щитовидной железы после перенесенных заболеваний различного генеза, при патологических состояниях, приводящих к нарушению функции щитовидной железы, при воздействии экстремальных факторов внешней среды, неполноценном питании, при проживании на территории, эндемичной по заболеваниям щитовидной железы, а также при старении.

Тиреоген рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

СУПРЕФОРТ®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1755.3.07)

Супрефорт - комплекс пептидов, выделенных из поджелудочной железы молодых животных. Выделенные пептиды обладают избирательным действием на различные клетки поджелудочной железы, нормализуют метаболизм в клетках и регулируют функции поджелудочной железы.

При клиническом изучении установлена эффективность Супрефорта для комплексного восстановления функций поджелудочной железы после перенесенных заболеваний поджелудочной железы различного генеза, при патологических состояниях, приводящих к нарушению функции поджелудочной железы, воздействию экстремальных факторов внешней среды, нарушении углеводного обмена, неполноценном питании, а также при старении.

Супрефорт рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ВЕЗУГЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.9172.8.06)

Везуген - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функционального состояния сосудов.

При клиническом изучении установлена эффективность Везугена в комплексном лечении пациентов, страдающих атеросклерозом сосудов сердца, головного мозга и нижних конечностей, нарушением микроциркуляции в различных органах и тканях, при психоэмоциональном стрессе, а также для профилактики заболеваний сосудов у людей пожилого и старческого возраста.

Везуген рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

КАРТАЛАКС®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.9174.8.06)

Карталакс - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функции хрящевой ткани и опорно-двигательного аппарата.

При клиническом изучении установлена эффективность Карталакса в комплексном лечении пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника, остеоартрозом, после травм и переломов, а также в профилактике склеротических и дегенеративных процессов в позвоночнике и суставах у людей пожилого и старческого возраста.

Карталакс рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

КРИСТАГЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.9171.8.06)

Кристаген - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функции иммунной системы.

При клиническом изучении установлена эффективность Кристагена в комплексном лечении пациентов с нарушением функции иммунной системы после перенесенных инфекционных заболеваний, лучевой и химиотерапии, психоэмоционального стресса и воздействия на организм различных неблагоприятных факторов (в том числе экологических, климатических, гепатогенных факторов и ионизирующего излучения), а также для поддержания функции иммунной системы у людей пожилого и старческого возраста.

Кристаген рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ОВАГЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.9173.8.06)

Оваген - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функции печени и желудочно-кишечного тракта.

При клиническом изучении Овагена установлена его эффективность в комплексном лечении пациентов, страдающих гепатитом различной этиологии, в профилактике осложнений лучевой или химиотерапии и побочного действия при применении антибиотиков и других лекарственных препаратов, а также последствий воздействия на организм различных неблагоприятных факторов (в том числе экологических, токсических), при неполноценном питании, а также для поддержания функции печени у людей пожилого и старческого возраста.

Оваген рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ПИНЕАЛОН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.9170.8.06)

Пинеалон - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функциональной активности клеток головного мозга.

При клиническом изучении установлена эффективность Пинеалона в комплексном лечении пациентов с нарушением функции головного мозга, в том числе после черепно-мозговой травмы, инсульта, оперативных вмешательств на головном мозге, воздействии на организм экстремальных психоэмоциональных факторов, а также для поддержания умственной работоспособности лиц пожилого и старческого возраста. Пинеалон способствует улучшению интеллектуальных функций головного мозга (памяти, внимания и т.д.) у лиц, чья профессиональная деятельность требует повышенной концентрации внимания.

Пинеалон рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ХОНЛУТЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.9175.8.06)

Хонлутен - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функции легких и слизистой оболочки бронхов.

При клиническом изучении установлена эффективность Хонлутена в комплексном лечении пациентов с нарушением функций легких и бронхов при острых и хронических заболеваниях органов дыхания инфекционного и неинфекционного происхождения, а также для поддержания функции органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста.

Хонлутен рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

ПАНКРАГЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.905.2.08)

Панкраген - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функционального состояния поджелудочной железы.

При клиническом изучении установлена эффективность Панкрагена в комплексном лечении пациентов с нарушением углеводного обмена, при хроническом панкреатите, а также для профилактики заболеваний поджелудочной железы у людей пожилого и старческого возраста.

Панкраген рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

БРОНХОГЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.906.2.08)

Бронхоген - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функции слизистой оболочки бронхов.

При клиническом изучении установлена эффективность Бронхогена в комплексном лечении пациентов с нарушением функций дыхательной системы, а также для профилактики заболеваний бронхов у людей пожилого и старческого возраста.

Бронхоген рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

КАРДИОГЕН®

(Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.904.2.08)

Кардиоген - пептидный комплекс, содержащий аминокислоты, способствующие нормализации функций миокарда.

При клиническом изучении установлена эффективность Кардиогена в комплексном лечении пациентов с нарушением функций сердца, а также для поддержания деятельности сердечно-сосудистой системы у людей пожилого и старческого возраста.

Кардиоген рекомендуется принимать по 1-2 капсулы или таблетки 1-2 раза в день во время еды. Длительность приема 20-30 дней. Целесообразно проводить повторный курс через 4-6 месяцев.

Приложение 2

Программа разработка принципов медицинского просвещения офицеров, увольняемых в запас

Актуальность программы связана с условиями реформирования ВС РФ, в которых сокращается численность офицерского корпуса. Идут массовые увольнения в запас офицеров зрелого и трудоспособного возраста, которые испытывают значительные затруднения в адаптации к вновь возникающим социальным условиям. В результате снижаются показатели физического и психического здоровья конкретных субъектов, а в обществе нарастает напряженность и без того кризисной социально-экономической ситуации.

Цель разработки новых принципов медицинского просвещения офицеров, увольняемых в запас состоит в формировании адаптационных способностей взрослых к неблагоприятным социальным условиям за счет осознанной мобилизации резервов психики для сохранения физического и психического здоровья.

Принципы построения программы основаны на научных подходах гуманистической психологии, в соответствии с которыми ответственность за физическое и психическое здоровье передается самому субъекту. На медицинскую лабораторию Института образования взрослых возлагаются теоретические, методические и практические задачи.

Теоретическая задача состоит в обосновании новой методологии формирования адаптационных способностей офицеров, увольняемых в запас, на основе последних достижений психологии,

психофизиологии, психотерапии и профилактической медицины. В прежних методологических подходах недостаточно учитываются свойства активности субъекта, что накладывает известные ограничения на самоактуализацию и самореализацию его адаптационных способностей. В новой методологии смещаются акценты на ответственность субъекта за собственную жизнь, физическое и психическое здоровье, а также на активное участие в формировании адаптационных способностей для оказания влияния на будущую судьбу.

Методические задачи заключаются в создании методов психологического самопознания и самоанализа субъектом своих адаптационных способностей. Современные психодиагностические методы приспособлены главным образом для изучения личности клиентов сторонними наблюдателями (психологами), в то время как новая методология формирования адаптационных способностей на первый план выдвигает активное самопознание и преобразование себя. Для этого также необходима разработка новых методов психофизиологического самоконтроля и психической саморегуляции, позволяющих субъекту формировать свои адаптационные способности при минимальном участии врачей и психотерапевтов. Заделы для подобных методических разработок имеются в результате выполненных НИР по психологическому и психофизиологическому сопровождению адаптации курсантов к системе военных вузов.

Практические задачи состоят в организации и проведении лекций, семинаров, индивидуальных медико-психологических консультаций по самопознанию адаптационных способностей и психической саморегуляции. В настоящее время опыт такой практической работы накапливается в лаборатории системного анализа и инвестиционного проектирования в области здравоохранения, санитарии и гигиены ИОВ РАО, где отрабатываются методики формирования адаптационных способностей с контингентом офицеров, готовящихся к увольнению в запас. В перспективе этот опыт может распространяться через Интернет – технологии и посредством очного обучения формированию адаптационных способностей различных контингентов взрослого населения.