

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра поликлинической педиатрии

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА
ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
И МОНИТОРИНГУ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА
У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Иваново 2021

УДК 616-053.5-084(07)
ББК 51.1(2)4
О-641

Рецензенты:

заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава
России, доктор медицинских наук, профессор **Ю. А. Алексеева**;

профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ
ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,
доктор медицинских наук **Е. Е. Краснова**

О 641 Организация работы врача-педиатра по формированию здорового образа жизни и мониторингу поведенческих факторов риска у детей школьного возраста : учебное пособие / Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко, Т. В. Русова, А. В. Шишова, Л. К. Молькова, Г. Н. Нуждина, С. И. Мандров, Е.Н. Копышева, М.Н. Салова ; Ивановская государственная медицинская академия, Кафедра поликлинической педиатрии. – Иваново : ИвГМА, 2021. – 90 с.

Пособие посвящено одному из важных разделов работы врача-педиатра – формированию здорового образа жизни, выявлению управляемых факторов риска нарушений здоровья детей школьного возраста. В пособии отражены современные подходы к организации мониторинга этих факторов, который должен предшествовать профилактическим осмотрам, представлена методическая база его проведения и описаны возможности использования результатов для определения приоритетных направлений профилактических мероприятий.

Адресовано студентам, обучающимся по специальности 31.05.02 «Педиатрия», может использоваться в практической деятельности врачей-педиатров участковых и отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, медицинских сестер.

УДК 616-053.5-084(07)
ББК 51.1(2)4

*Утверждено центральным координационно-методическим советом
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия
для студентов, обучающихся по специальности ПЕДИАТРИЯ 31.05.02 по
дисциплине «Поликлиническое дело в педиатрии».*

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2021
© Коллектив авторов

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
1. Современная модель организации работы по формированию ЗОЖ обучающихся.	7
1.1. Основные направления профилактики заболеваний обучающихся и состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей.	7
1.2. Взаимодействие образовательных организаций с центрами здоровья для детей.	10
2. Мониторинг поведенческих факторов риска здоровью несовершеннолетних обучающихся в образовательных организациях.	16
2.1. Основные поведенческие факторы риска и их влияние на состояние здоровья.	17
2.2. Характеристика факторов высокого риска формирования функциональных отклонений и хронических болезней.	21
3. Организация мониторинга поведенческих факторов риска.	22
3.1. Стандартизованные анкеты, направленные на выявление факторов риска ухудшения здоровья.	22
3.2. Оценка результатов анкетирования учащихся 5-8 классов.	32
3.2.1. Распространенность основных поведенческих факторов риска здоровью среди обучающихся.	32
3.2.2. Информированность учащихся 5-8 классов в отношении факторов риска.	34
3.2.3. Показатели сформированности у школьников 5-8 классов установок на здоровый образ жизни.	35
3.3. Оценка результатов анкетирования учащихся 9-11 классов.	36
3.3.1. Распространенность основных поведенческих факторов риска здоровью среди обучающихся.	36
3.3.2. Информированность учащихся 9-11 классов в отношении факторов риска.	38
3.3.3. Показатели сформированности у школьников 9-11 классов установок на здоровый образ жизни.	39
4. Выявление факторов риска развития психических расстройств и (или) расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ.	42
4.1. Выявления факторов риска развития психических расстройств.	42
4.1.1. Критерии выявления расстройств личности.	43
4.1.2. Алгоритм ранней диагностики расстройств личности учащихся подросткового возраста.	46
4.1.3. Выявление риска расстройств невротического круга у подростков.	57
4.2. Подходы к выделению подростков с аутоагрессивным поведением.	70

4.3. Профилактические медицинские осмотры обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.	77
Контрольные вопросы, ситуационная задача и тестовый контроль с эталонами ответов	80
Рекомендуемая литература	89
Список сокращений	90

Введение

Несмотря на заявляемый приоритет профилактической медицины, состояние здоровья детей, особенно школьного возраста, вызывает обоснованную тревогу. Результаты лонгитудинальных научных исследований, проводимых в предыдущие 40 лет, в том числе и в последние годы, свидетельствуют о том, что за время обучения в школе у большинства учащихся состояние здоровья не только не улучшается, но и ухудшается. Это особенно выражено в подростковый период. Наибольший темп прироста частоты хронических заболеваний наблюдается у школьников 7-9-х классов. По данным научных исследований, у детей, имеющих заболевания, снижается умственная работоспособность, а значит, и успешность обучения. Эти нарушения здоровья носят, в том числе и дезадаптационный генез и в условиях возрастающей учебной нагрузки определяют развитие психоэмоционального стресса и психосоматической патологии. В результате более половины выпускников школ имеют III группу здоровья, у трети детей выявляются функциональные нарушения, а численность подростков с I группой здоровья составляет менее 1%. Однако частые нарушения здоровья детей связаны не только со школьными факторами, во многом они определяются образом жизни (ЗОЖ). По современным представлениям, в формировании ЗОЖ важную роль играет рациональное питание, оптимальный двигательный режим, отказ от вредных привычек (курение, употребление алкогольных напитков), которые объединены в группу поведенческих факторов риска, поскольку во многом обусловлены установками и повседневным поведением самого человека. При этом большое значение имеет информированность о влиянии этих факторов на здоровье.

Несмотря на то, что вопросы формирования ЗОЖ у детей изучаются ещё с конца XX века, социальные проблемы в подростковом возрасте сохраняют свою актуальность. Прежде всего, это касается мониторингирования распространенности факторов риска, информированности детей об их влиянии на здоровье. Изучение сформированности у подрастающего поколения установок на ЗОЖ на сегодняшний день также не теряет своей значимости.

Проводимые на современном этапе исследования, характеризующие образ жизни детей, свидетельствуют о высокой распространенности его нарушений, особенно среди подростков. При этом установлено, что наличие даже двух факторов риска, обусловленных образом жизни, повышает риск формирования так называемых «школьно-обусловленных» нарушений здоровья: патологии органа зрения, осанки, функциональных отклонений сердечно-сосудистой и нервной системы.

В связи с этим одной из задач врачей-педиатров и педагогов образовательных организаций (ОО) является профилактика заболеваний и создание оптимальных условий для укрепления здоровья школьников. К основным направлениям этой работы следует отнести формирование у детей ценности здоровья и ЗОЖ в деятельности образовательной организации, а также создание системы взаимодействия школы и семьи в этом направлении.

В Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» выделена подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни» реализация которой особенно важна у школьников, потому что к факторам риска, отрицательно влияющим на здоровье, нередко относится и сама школьная среда. В частности, это ограниченная двигательная активность, неудовлетворительная организация питания, увеличение объема учебных нагрузок, недостаточный уровень компетентности педагогов и родителей в вопросах здоровьесберегающего образования. Именно мониторинг факторов риска, обусловленных образом жизни, которые являются управляемыми, позволяет определять приоритетные направления профилактического вмешательства, оценивать эффективность проводимых мероприятий. Для эффективности профилактических мероприятий необходимо повышение мотивации к здоровому образу жизни не только самих учащихся, но и их родителей, педагогов. Важным показателем сформированности ЗОЖ является снижение распространенности основных факторов риска, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

1. СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗОЖ ОБУЧАЮЩИХСЯ

1.1. Основные направления профилактики заболеваний обучающихся и состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей

Среди основных направлений профилактики заболеваний обучающихся и состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей в условиях современного российского общества, важными являются мероприятия по формированию ЗОЖ:

- формирование единой профилактической среды для обучающихся и воспитанников ОО;
- проведение (совместно с педагогическим персоналом) в образовательных организациях и контроль эффективности мероприятий по формированию у детей (на групповом и индивидуальном уровнях) устойчивых стереотипов ЗОЖ, в т. ч. по профилактике алкоголизма, наркоманий, токсикоманий;
- проведение профилактической работы в ОО по предупреждению раннего начала половой жизни, заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИДА, проведение (совместно с медико-социальным отделением) медико-психологических образовательных программ подготовки детей к созданию семьи, правильному репродуктивному поведению;
- санитарно-просветительная работа с детьми и родителями по вопросам формирования ЗОЖ;
- формирование социального заказа местным органам власти на создание оптимальных условий жизнедеятельности несовершеннолетних в период обучения и воспитания в ОО, межсекторальных программ профилактики заболеваний, формирования ЗОЖ детей и подростков.

Система формирования ЗОЖ обучающихся включает разные объекты воздействия:

- условия (прежде всего «внутришкольные» и вне ОО, макроусловия);
- технологии (воспитание и обучение, пропаганда, массовые коммуникации);
- вовлечение детей и подростков в профилактику (волонтерство, работа по принципу «равный – равному» и др.);
- привлечение партнеров, обеспечивающих синергизм эффектов формирования ЗОЖ и профилактики заболеваний у детей (центры здоровья (ЦЗ) для детей, центры медицинской про-

филактики, учреждения Роспотребнадзора, ДОСААФ, спортивные, общественные организации и др.).

Основные виды деятельности отделения медицинской помощи обучающимся в ОО в формировании ЗОЖ могут и должны осуществляться в партнерстве с ЦЗ для детей, центрами медицинской профилактики, родителями, волонтерскими организациями, муниципалитетами.

Формирование ЗОЖ и профилактика неинфекционных заболеваний среди детей и подростков предполагает воздействие, взаимодействие следующих субъектов:

- обучающиеся;
- члены их семьи;
- педагоги;
- медицинские работники;
- управленцы.

Воздействие на последние три группы касается развития и совершенствования их компетенций в сфере формирования ЗОЖ детей и способов профилактики.

Семья ребенка в системе формирования ЗОЖ может быть как партнером, так и оппонентом (особенно в асоциальных семьях, семьях, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах), но в любом случае она – объект воздействия. В работе с семьей партнерами могут и должны выступать центры медицинской профилактики, ЦЗ.

Наиболее эффективно и органично воспитывать, формировать и прививать ЗОЖ можно в процессе обучения и воспитания в ОО. Основные компоненты формирования ЗОЖ достаточно легко укладываются как в урочную, так внеурочную, а также в проектную деятельность обучающихся.

В настоящее время ОО в сфере формирования ЗОЖ детей, профилактики заболеваний располагают современными пособиями, учебниками, в т. ч. электронными, в технологиях 3D, развивающими и интерактивными, ролевыми играми, информационно-коммуникационными технологиями, интернет-ресурсами. Дети с большим интересом и эффектом используют эти современные материалы, но по законам диалектики современные технологии таят в себе и угрозы, новые риски здоровью детей. Гигиенисты вынуждены разрабатывать принципы и технологии обеспечения гигиенической безопасности цифровой среды, окружающей ребенка в процессе жизнедеятельности. Сложившейся ситуацией должны быть озабочены не только гигиенисты и школьные врачи, но и педагоги, участвуя в организации жизни ребенка.

Так, повышению двигательной активности обучающихся спо-

собствует возможность добраться до школы пешком, на велосипеде, скейте, соответствующая инфраструктура микрорайона в шаговой доступности ребенка (в районе школы, дома). При этом родителей интересует безопасность пребывания детей на этих объектах. Эти вопросы решаются с участием лиц, принимающих решения на соответствующем уровне (муниципалитет, район и т. п.). От этих лиц также зависит и то, что находится рядом со школой, что видит ребенок рядом со школой или домом.

Если во время перемены ребенок может вне школы купить чипсы, энергетические напитки, то организованное рациональное, здоровое питание в школьной столовой останется для части ребят невостребованным.

При формировании ЗОЖ детей высоко эффективны массовые коммуникации. Однако эти технологии требуют соответствующего мониторингирования интересов, ожиданий, проблем, наиболее эффективных каналов коммуникаций для городских и сельских детей и подростков разных возрастных групп. Необходима постоянная оценка воздействия, непрерывности этих коммуникаций, так как при прекращении этой работы информированность, знания и навыки быстро угасают.

В технологиях формирования ЗОЖ используется привлечение детей к этой деятельности (передача сведений, опыта в системе «старший – младшему», «равный – равному»). Волонтерство в этой сфере хорошо себя зарекомендовало и может широко использоваться везде.

Клиники, дружественные подросткам и молодежи, также могут стать важными партнерами.

Партнерами в сфере формирования ЗОЖ детей и подростков, требующими постоянного внимания и взаимодействия, являются спортивные и военно-спортивные организации. Особенности физического развития современных детей, наличие различных морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний у них требуют адекватного медицинского обеспечения детей, занимающихся физической культурой, спортом, участвующих в спортивных соревнованиях, сдающих нормы ГТО, в том числе медицинского допуска к этим мероприятиям.

Однако ближе всего к мероприятиям по формированию ЗОЖ, к ребенку и его проблемам, знанию его морфофункционального состояния и здоровья находятся медицинские работники отделений медицинской помощи обучающимся в ОО.

Работа медицинского персонала этих отделений предполагает оценку (в мае) достигнутой в учебном году информированности и сформированности навыков ЗОЖ обучающихся. Эту информацию

необходимо учитывать при подготовке предложений по организации оздоровления детей в период летнего отдыха с последующей оценкой его эффективности.

Анализ материалов этого этапа работы отделения медицинской помощи обучающимся в ОО позволяет осуществить корректировку плана-графика работы на новый учебный год.

1.2. Взаимодействие ОО с ЦЗ для детей

Важным компонентом системы формирования ЗОЖ детей являются партнеры, прежде всего, это ЦЗ для детей, которые могут обеспечить как мониторинг распространенности факторов риска, так и гигиеническое обучение, воспитание детей, пропаганду ЗОЖ.

Цель взаимодействия – сохранение и укрепление здоровья обучающихся путем снижения уровня распространенности негативных факторов, обусловленных образом жизни (табакокурения, употребления алкоголя, нерационального питания, низкой двигательной активности), формирования устойчивых навыков ЗОЖ у детей и подростков.

Взаимодействие ОО и ЦЗ для детей предусматривает решение совместных задач в сферах образовательной, профилактической, консультативной, аналитической деятельности.

ЦЗ для детей осуществляют координацию деятельности ОО по формированию ЗОЖ, которая включает:

- разработку программ по формированию ЗОЖ в ОО;
- определение приоритетных направлений профилактики заболеваний, в т. ч. школьно-обусловленных, среди учащихся;
- разработку механизмов реализации программ в условиях конкретной ОО;
- методическое сопровождение программы в процессе ее реализации;
- области взаимодействия ОО с ЦЗ для детей по формированию ЗОЖ обучающихся.

Взаимодействие в сфере **образовательной деятельности** предусматривает:

- повышение уровня информированности детей, их родителей, учителей в отношении основных факторов риска инфекционных заболеваний: курение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ; рискованные формы поведения, представляющие угрозу репродуктивной функции; низкая двигательная активность; нерациональное (нездоровое) питание;
- повышение уровня здоровьесберегающей компетентности учащихся, их родителей, учителей по проблемам профилакти-

ки школьно-обусловленных заболеваний и травматизма (профилактика нарушений костно-мышечной системы, органа зрения, нервно-психического здоровья и др.).

ЦЗ в плановом порядке организуют выездные акции, направленные на пропаганду ЗОЖ для детей в зоне ответственности центра.

В ЦЗ осуществляются:

- информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках; работа по формированию у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение родителей и детей гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;
- обучение сотрудников ОО методам взаимодействия с детьми и подростками, направленным на борьбу с вредными привычками, навыкам сохранения и укрепления здоровья, противостоянию отрицательному влиянию окружающей среды, сознательному предпочтению ЗОЖ.

ЗОЖ связан с выбором позитивного в отношении здоровья стиля жизнедеятельности, что предполагает высокий уровень гигиенической культуры. В связи с этим важное значение имеет гигиеническое обучение и воспитание детей, которое осуществляют ОО.

Гигиеническое обучение складывается из учебной, внеучебной и внешкольной работы, осуществляемой педагогическим и медицинским персоналом. Учебная работа ведется в соответствии с образовательными стандартами, учебными программами, методическими рекомендациями. Проводится в виде отдельных уроков, а также как составная часть уроков биологии, физкультуры, ОБЖ и т.д., в рамках классных часов. Внеучебная и внешкольная работа включает занятия на факультативах, в кружках, проведение бесед, лекций, индивидуальных консультаций, просмотр тематических кино- и видеофильмов, проведение общешкольных мероприятий, организацию викторин, конкурсов рисунков, дней здоровья и т. д. Эффективно обучение старшеклассников для работы среди сверстников и младших школьников, активное вовлечение родителей к проведению школьных мероприятий.

Гигиеническое воспитание родителей проводится в виде лекций, бесед на родительских собраниях, индивидуальных бесед и консультаций с использованием научно-популярной литературы, памяток, рекомендаций для родителей. Необходимо информировать родителей о ЦЗ для детей, где они могут получить консультации по различным аспектам профилактики заболеваний

ЦЗ совместно с ОО:

- разрабатывают оптимальные способы реализации технологий

формирования ЗОЖ учащихся;

- разрабатывают график проведения мероприятий по информированию учащихся;
- инициируют внедрение инновационных методов и средств по формированию устойчивых навыков ЗОЖ учащихся в зависимости от возраста и типа образовательного учреждения (деловые игры, медиа-грамотность и др.);
- организуют виртуальный родительский клуб по вопросам здоровьесбережения детей с использованием IT-технологий с целью формирования у них здоровьесформирующих компетенций.

Повышение уровня здоровьесберегающей компетентности детей, их родителей, учителей является наиболее перспективным подходом к профилактике неинфекционных заболеваний с позиции укрепления здоровья и включает в себя формирование компетентности здорового жизненного стиля.

Образовательная деятельность должна сочетать различные обучающие стили, подходы и методики профилактической работы. Это позволит учащимся освоить необходимые знания, развить полезные социально-психологические навыки и отработать поведенческие модели и схемы.

Доказана эффективность активного участия учащихся в различных моделируемых ситуациях, когда формулируются личные позиции в отношении ЗОЖ.

Повышение информированности в отношении факторов риска, формирование стойких установок на здоровый образ жизни будут способствовать снижению распространенности негативных факторов, обусловленных образом жизни, среди учащихся.

Взаимодействие в области **профилактической деятельности** направлено на своевременное выявление, коррекцию и устранение негативных факторов, определяющих высокий риск формирования отклонений в состоянии здоровья, в т. ч. социально значимых и школьно-обусловленных заболеваний у обучающихся.

Профилактическая деятельность включает:

- выявление факторов риска у детей и подростков и профилактику их негативного влияния на здоровье;
- профилактику ранних отклонений в состоянии здоровья учащихся, в т. ч., социально значимых и школьно-обусловленных заболеваний;
- раннее выявление и профилактику аддиктивных нарушений у школьников (табакокурение, донозологические формы ранней алкоголизации, наркотической зависимости, интернет-зависимости, компьютерной зависимости);

- выявление и коррекцию донозологических форм психической патологии (невротических и поведенческих нарушений) у школьников;
- психопрофилактику семейной и учебной дезадаптации детей и подростков;
- выявление и профилактику отклонений в физическом развитии, в т. ч. избыточной массы тела, ожирения у школьников;
- раннюю диагностику и профилактику нарушений сердечно-сосудистой системы у детей и подростков, в т. ч. артериальной гипертензии;
- диагностику и контроль коррекции нарушений костно-мышечной системы;
- ранее выявление и профилактику нарушений зрения.

Формирование групп высокого риска среди обучающихся осуществляется на основе результатов профилактических медицинских осмотров.

К группе высокого риска относятся обучающиеся:

- с негативными факторами, обусловленными образом жизни (курение, употребление алкоголя, нездоровое питание и т. д.);
- I и II группы здоровья с риском развития хронической патологии и функциональными нарушениями.

Выявление факторов риска, обусловленных образом жизни, проводится на доврачебном этапе профилактического осмотра в образовательной организации путем непосредственного опроса или анкетирования. Медицинская сестра передает анкеты школьному врачу или врачу-педиатру, возглавляющему бригаду врачей-специалистов, которые вкладываются в Медицинскую карту ребенка для образовательных организаций (ф.№ 26/у-2000) для дальнейшего анализа информации на врачебном этапе осмотра.

При анализе результатов опроса следует учитывать, что любое нарушение ЗОЖ обучающихся является риском здоровью, так как может привести к закреплению вредных привычек, которые сохранятся во взрослой жизни.

Обучающиеся, имеющие факторы риска, обусловленные образом жизни (курение, употребление алкоголя, нездоровое питание и т. д.), а также дети I и II группы здоровья с риском развития хронической патологии и функциональными нарушениями, направляются врачом образовательной организации в ЦЗ для детей, находящийся в зоне ответственности.

ЦЗ совместно с ОО осуществляют:

- составление графиков обследования обучающихся в соответствии с реализуемыми ЦЗ методами обследования;

- проведение функциональной диагностики и раннее выявление нарушений физического развития, состояния сердечно-сосудистой системы, органов зрения, костно-мышечной системы;
- динамическое наблюдение детей группы риска по формированию функциональных нарушений и заболеваний;
- организацию реабилитационных мероприятий в условиях образовательного учреждения;
- обучение детей способам самоконтроля состояния организма на основе объективной оценки состояния сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нервно-мышечной системы;
- реализацию мероприятий по формированию ЗОЖ обучающихся на групповом и индивидуальном уровнях.

Взаимодействие образовательных учреждений с ЦЗ в области **консультативной деятельности** предусматривает организацию:

- консультирования обучающихся по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда и отдыха с учетом возрастных особенностей;
- консультирования обучающихся и их родителей по различным аспектам профилактики отклонений в состоянии здоровья, в том числе информирование их в отношении факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний в детском и подростковом возрасте;
- групповых и индивидуальных консультаций для обучающихся и родителей в зависимости от выявленных отклонений в состоянии здоровья;
- консультирования учителей по педагогическому сопровождению детей группы риска по соматическому статусу;
- консультативной помощи учащимся и их родителям по отказу от потребления алкоголя и табака;
- консультирования медицинского персонала ОО по вопросам профилактики и формирования ЗОЖ обучающихся.

Аналитическая деятельность предполагает, что ОО совместно с ЦЗ осуществляют оценку эффективности мероприятий по формированию ЗОЖ обучающихся по показателям состояния здоровья, распространенности основных факторов риска, уровню информированности учащихся в отношении негативных факторов, обусловленных образом жизни; сформированности у школьников стойких установок на ЗОЖ.

Эффективное образование в области ЗОЖ должно привести к

переоценке жизненных ценностей, появлению необходимых навыков, изменению поведения и стиля жизни детей и подростков и, в результате, снижению риска формирования заболеваний подрастающего поколения.

Важно подчеркнуть, что среди критериев эффективности работы отделений медицинской помощи обучающимся в ОО выделяют показатели, непосредственно характеризующие санитарно – просветительную работу:

- распространенность (в %) среди несовершеннолетних факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (потребление табака, повышенное артериальное давление, нездоровое питание, потребление алкоголя, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение);
- процент обучающихся, охваченных систематическим (4 и более раз в год) гигиеническим обучением и воспитанием (лекции, беседы и др.);
- уровень информированности детей об основных факторах риска здоровью;
- сформированность навыков ЗОЖ обучающихся

Для реализации межведомственного взаимодействия по формированию ЗОЖ детей в соответствии с положениями Национальной стратегии действий в интересах детей важно обеспечить:

- внедрение регулярного государственного мониторинга основных поведенческих рисков, опасных для здоровья детей и подростков, проведение мониторинга качества жизни детей;
- совершенствование медицинских кабинетов в ОО, в т.ч. финансирование (софинансирование) из средств федерального бюджета оснащения медицинских блоков отечественной диагностической техникой и аппаратно-программными комплексами для скрининг-оценки психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма.

Органы государственной исполнительной власти в сфере здравоохранения должны обеспечить:

- дальнейшее развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медико-социальной помощи, поддержку успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи;
- подготовку переподготовку медицинских кадров по вопросам оказания медицинской помощи обучающимся, использования новых технологий ранней диагностики и профилактики заболеваний, распространенных среди обучающихся, отклонений в их

физическом и нервно-психическом развитии, в том числе с учетом факторов ЗОЖ.

Руководителям субъектов Российской Федерации целесообразно:

- сформировать Межведомственную (административную) Комиссию по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний среди детей и подростков;
- обеспечить доступность занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями в зоне пешеходной доступности для детей и их родителей;
- обеспечить финансирование социальной пропаганды ЗОЖ детей и подростков средствами массовых коммуникаций;
- содействовать созданию молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медико-социальной помощи, клиник, дружественных к детям и молодежи;
- ликвидировать дефицит медицинских кадров, работающих в образовательных организациях, существенно ограничивающий доступ обучающихся к медицинской профилактической помощи, обеспечить адекватную, сопоставимую с коллегами оплату труда медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся.

2. Мониторинг поведенческих факторов риска здоровью несовершеннолетних, обучающихся в образовательных организациях

Мониторинг поведенческих факторов риска – это слежение за динамикой факторов, обусловленных образом жизни, для принятия корректировочных решений. Мониторинг факторов риска позволяет получать информацию о распространенности основных факторов риска среди обучающихся на каждом году обучения, уровне их информированности в отношении поведенческих факторов риска, степени сформированности у них стойких установок на ЗОЖ.

Мониторинг факторов риска предусматривает применение стандартизованных подходов к выявлению и оценке факторов риска, что повышает надежность сбора и анализа медико-социальной информации. Их выявление не требует дорогостоящих клинических и биохимических методов обследования, так как возможно путем проведения анкетирования.

Для проведения мониторинга разработана стандартизованная

анкета, одобренная Профильной комиссией по гигиене детей и подростков Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Данные анонимного опроса позволяют оценить распространенность вредных привычек в каждом образовательном учреждении, что имеет большое значение для проведения профилактических программ и оценки их эффективности на популяционном уровне.

При анализе результатов анкетирования следует учитывать, что **любое нарушение здорового образа жизни** в подростковом возрасте является риском здоровью, так как может привести к закреплению вредных привычек, которые сохраняются во взрослой жизни. Даже незначительные нарушения в питании, режиме дня, эпизодическое курение, употребление алкоголя оказывает негативное влияние на функциональное состояние организма подростков. В связи с этим, любое проявление нездорового образа жизни следует рассматривать как фактор риска.

2.1. Основные поведенческие факторы риска и их влияние на состояние здоровья

Низкая двигательная активность (НДА) является одним из основных факторов риска отклонений в состоянии здоровья. Ведь именно адекватная регулярная физическая нагрузка в подростковом возрасте способствует формированию и поддержке здоровой костной и мышечной ткани; ограничению избыточного веса (отложений жировой ткани), уменьшению гипертонии, правильному функционированию сердечно-сосудистой системы и органов дыхания; положительно влияет на общее состояние организма.

Распространенность гиподинамии среди старшеклассников достигает 72,1% и чаще среди девушек. Участие во всех видах физической активности заметно снижается с увеличением возраста и класса обучения.

К основным причинам снижения двигательной активности современные дети относят перегруженность учебных программ, негативное отношение к физической культуре, увеличение времени просмотра телевизора, видео, компьютерные игры, интернет.

Кроме того, у многих учащихся отмечается низкая мотивация к физкультурным занятиям в школе. Хотя двигательная активность, которая ограничена занятиями физкультурой в рамках обязательной школьной программы, уже рассматривается как фактор высокого риска. Согласно рекомендациям ВОЗ необходим 1 час или более двигательной активности в течение пяти или больше дней в неделю. Отказ от подвижных игр, физических упражнений на свежем воздухе и дру-

гой дополнительной физической нагрузки объясняется еще и недостаточными знаниями учащихся о пользе для здоровья физкультуры.

Дефицит ночного сна также распространен среди современных школьников, что негативно влияет на их состояние здоровья и психофизиологический статус. При длительном существовании данный фактор приводит к развитию ряда психосоматических расстройств (кардиалгического синдрома, функциональных аритмий, сосудистых дистоний, различных абдоминальных расстройств).

При этом лишь у 18,5% его продолжительность соответствует гигиеническим нормам (в 7-10 лет – 11-10 ч.; в 11-14 лет – 10-9 ч.; в 15-17 лет – 8-9 ч).

В среднем 7 часов и меньше спят половина школьников, в том числе 6 часов и менее – каждый пятый, ложатся спать в 24 часа и позже – 40,5% подростков. Хотя уменьшение продолжительности сна у учащихся в среднем на 2 часа приводит к накоплению утомления и снижению резистентности организма в 75,5% случаев. У обучающихся «дневными» последствиями нарушения сна является ухудшение успеваемости, невнимательность, гиперактивность.

Нерациональное питание современных подростков характеризуется не только снижением энергетической ценности пищи, недостаточной сбалансированностью по основным пищевым ингредиентам, но и резким обеднением ее микроэлементами и особенно витаминами. Все это также негативно отражается на развитии организма. Рациональный режим питания обучающихся предусматривает: 4-5 приемов пищи в сутки, через 4 часа; прием горячей пищи 3-4 раза в день. Ежедневно в рационе должны присутствовать: мясо или рыба, молоко и молочные продукты, сливочное и растительное масло, хлеб и хлебобулочные изделия, овощи, фрукты, соки. Однако среди современных детей отмечается снижение употребления молока и молочных продуктов, мяса, овощей и фруктов, т.е. детский организм вынужден работать в режиме недостаточного обеспечения белком, а также кальцием, железом, витаминами С, группы В, и многими другими микронутриентами. Редкое употребление (1 раз в неделю и реже) мясных продуктов выявлено у 13,0% подростков, а молочных – у 28,2%.

Причем за период обучения в средней школе распространенность нерационального питания среди подростков возрастает в 2-3 раза. Это касается приема горячей пищи лишь 1 раз в день, длительных перерывов между приемами пищи 5-6 часов и более, редкого употребления рыбы и рыбных продуктов. Более половины учащихся недостаточно употребляет свежие фрукты, овощи, соки.

Отмечено частое потребление большинством подростков, особенно юношами, острых, жирных блюд. Каждый третий употребляет в

пищу консервированные продукты – 3 раза в неделю и чаще.

Курение, отражающее стереотип поведения подростка является существенным фактором риска нарушений здоровья. Потребление табака подростками широко распространено во всем мире. Однако в России на протяжении последнего десятилетия эта проблема стоит особенно остро. Курение наносит вред практически всем системам, увеличивает риск возникновения ишемической болезни сердца и гипертонии в 4-6 раз, а рака легких — в 10. Табакокурение приводит к деструкции эпителия, нарушению мукоцилиарного клиренса и к бронхиальной гиперсекреции, в связи с чем даже при пассивном курении у детей и подростков развивается хроническая патология органов дыхания. Курение вредит здоровью не только тех, кто курит, но и окружающих их людей.

При оценке состояния здоровья курящих школьников установлено, что:

- как активное, так и пассивное курение отрицательно влияет на состояние здоровья детей;
- среди заболеваний, выявленных у курящих подростков, на первом месте стоит бронхиальная астма (БА), на втором месте – аллергический ринит, реже встречаются хронический бронхит, вегетососудистая дистония, хронический гастродуоденит;
- у активных курильщиков тяжесть БА находится в прямой зависимости от стажа курения, что соответствует современным литературным данным;
- у пассивных курильщиков БА средней степени тяжести преобладает над БА более легкого течения в возрасте до 7 лет, когда дети много времени проводят в обществе курящих родителей, и после 12 лет, когда в их окружении появляются курящие сверстники;
- у девочек, имеющих в анамнезе пассивное курение, БА средней степени тяжести наблюдается чаще, чем у мальчиков той же группы;
- у детей, в семье которых курят оба родителя, БА развивается быстрее и протекает в более тяжелой форме.

Вдыхание сигаретного дыма – пассивное курение – ежегодно приводит к смерти 600 тысяч некурящих человек в мире.

Анализ распространенность регулярного курения среди учащихся 8-10 классов в среднем по регионам России показал, что эта пагубная привычка выявляется у каждого четвертого подростка, как у мальчиков, так и у девочек. Распространенность регулярного курения к окончанию школы значительно возрастает в 2 -2,5 раза особенно, среди девушек, а в 10,3% случаев у таких подростков выявляется ни-

котиновая зависимость. В среднем каждый третий подросток начинал курить в возрасте до 10 лет.

По данным ВОЗ, в России 33,4% подростков 13–15 лет постоянно курят сигареты. Употребление табачных изделий (любого табачного продукта) среди этой категории населения наблюдается в 35,1% случаев.

Несмотря на недостаточную осведомленность по вопросам преодоления никотиновой зависимости, большинство подростков на вопрос: «Нужна ли тебе дополнительная информация по проблеме табакокурения?» – дают отрицательный ответ.

Употребления алкоголя подростком, даже однократное, может навредить растущему организму. Все ткани человеческого организма подвержены поражению алкоголем. При постоянном употреблении алкоголя ткань печени начинает разрушаться; в то же время этанол, не успевая перерабатываться, скапливается в этом органе, вызывая дальнейшую гибель клеток и замену их жировой тканью, что усиливает торможение выработки необходимых ферментов, что приводит к таким заболеваниям, как цирроз. Его удар по печени может привести ко многим заболеваниям, а также проблемам с иммунитетом. Токсическое воздействие оказывает вред не только печени, но и нервной системе. Этанол разрушает клетки серого вещества, что приводит к снижению умственных способностей, деградации, как эмоциональной, так и интеллектуальной. Под влиянием алкоголя в юном возрасте быстро истончаются стенки сосудов, а сердечная мышца постепенно дряхлеет и не может нормально функционировать. Спирт повреждает слизистые желудка и кишечника, провоцируя воспалительные процессы, кроме того, алкогольные коктейли, содержащие огромное количество сахара, оказывают негативное влияние на поджелудочную железу. Подростковый алкоголизм также опасен для репродуктивного здоровья, так как именно в этом возрасте закладывается основа для дальнейшего функционирования половой системы.

Установлено, что среди учащихся 9 классов употребляют алкоголь 1 раз в неделю половина юношей и две трети девушек, а к 11 классу число таких подростков еще больше увеличивается, в том числе и употребляющих алкоголь 2-3 раза в неделю. Следовательно, в процессе обучения в школе при увеличении числа школьников, употребляющих алкоголь, возрастает процент его злоупотребления.

В целом, в подростковом возрасте влияние факторов риска не носит строго специфический характер, а неблагоприятное их воздействие проявляется на уровне реагирования функциональных систем организма. Это подтверждается значительным снижением функциональных резервов, уровня физического здоровья у подростков при

наличии нездорового питания, гиподинамии, дефицита ночного сна, курения, употребления алкоголя.

2.2. Характеристика факторов высокого риска формирования функциональных отклонений и хронических болезней

В практических целях для оценки тенденций в школьных коллективах и определения объема гигиенического воспитания большое значение имеет выявление числа обучающихся **с высоким риском** формирования функциональных отклонений и хронических болезней. Особое внимание обращается на значительные нарушения образа жизни обучающихся. К ним относятся:

- Приём пищи 2 раза в день и реже; приём горячей пищи 1 раз в день и реже; редкое употребление мясных, молочных продуктов, свежих овощей, фруктов, соков (1 раз в неделю и реже); повышенное употребление острых, консервированных продуктов (3 раза в неделю и чаще). Любое из перечисленных нарушений должно расцениваться как нездоровое питание.
- Регулярное курение (выкуривающие 1 сигарету в неделю и чаще). Риск значительно повышается, если возраст начала курения младше 11 лет. Высокий риск имеют подростки курящие ежедневно, а так же выкуривающие 10-20 сигарет в день.
- Употребление алкоголя (2-3 раза в месяц и чаще) определяет высокий риск формирования отклонений в состоянии здоровья.
- Недостаточная продолжительность ночного сна (7 часов и менее). Риск увеличивается, если отход к ночному сну в 24 часа и позже.
- Низкая двигательная активность – физическая активность менее 5 часов в неделю помимо уроков физкультуры. Высокий риск имеют подростки, у которых физическая активность ограничена только уроками физкультуры.

3. Организация мониторинга поведенческих факторов риска

Мониторинг факторов риска предусматривает применение стандартизованных подходов к выявлению и оценке факторов, как среди младших школьников, так и учащихся средней и старшей школы. Для этого созданы стандартизованные анкеты, направленные на выявление факторов риска ухудшения здоровья (нарушения режима дня, питания, чрезмерные дополнительные учебные нагрузки и др.)

3.1. Стандартизованные анкеты, направленные на выявление факторов риска ухудшения здоровья

Для младших школьников эти анкеты могут заполняться родителями вместе с ребенком. Полученная информация также имеет определенное значение для диагностики, но прежде всего, она важна для назначения персонализированных профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

АНКЕТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА У МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА

Фамилия _____ Имя _____
Номер школы _____ Класс _____
Дата опроса число _____ месяц _____ год _____
Дата рождения число _____ месяц _____ год _____
Пол: 1 - мальчик 2 - девочка

Просим ответить на вопросы, подчеркнуть или вписать подходящий вариант ответа

1. Сколько раз в день принимаешь пищу?

- 5 раз в день (завтрак дома, завтрак в школе, обед, полдник, ужин) (подчеркнуть)
- 4 раза в день
- 3 раза в день
- 2 раза в день и реже

2. Где питаешься?

- только дома
- дома и в школьной столовой
- в школу приношу еду из дома
- другие варианты _____

3. Сколько раз в день принимаешь горячую пищу (не считая

чай, кофе, какао и другие горячие напитки)?

- 5 раз в день (завтрак дома, завтрак в школе, обед, полдник, ужин)
- 4 раза в день
- 3 раза в день
- 2 раза в день
- 1 раз в день

4. Бывают ли у тебя перерывы в приеме пищи 5-6 часов и более? нет да

5. Когда ты ужинаешь?

- за 2 часа до сна
- за 1 час 30 мин. до сна
- за 1 час до сна
- за 30 мин. до сна
- перед тем как идешь в постель

6. Считаешь ли ты, что питаешься регулярно? да нет

7. Какие блюда ты часто употребляешь (3 раза в неделю и чаще)?

- острые, соленые, жирные нет да
- копчености, консервы (3 раза в неделю и чаще) нет да
- указанные блюда не люблю

8. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, соки?

- несколько раз в день
- 1 раз в день
- через день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в неделю и реже
- не употребляю

9. Как часто ты употребляешь молочные продукты (молоко, творог, кефир, йогурт, ряженка, сметана, сыр и т.д.)?

- несколько раз в день
- 1 раз в день
- через день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в неделю и реже
- не употребляю

10. Как часто ты употребляешь мясные продукты (говядина, курица, свинина, индейка, колбаса, сосиски, котлеты и т.д.)?

- несколько раз в день
- 1 раз в день
- через день

- 2-3 раза в неделю
 - 1 раз в неделю и реже
 - не употребляю
11. В какое время ты обычно ложишься спать в будние дни? ____ час
12. В какое время ты обычно встаешь в будние дни? ____ час
13. Спишь ли ты днем? Нет Да Изредка
14. Если регулярно спишь днем, если «Да» то сколько? ____ час.
15. Делаешь ли ты утреннюю зарядку? Нет Да Изредка
16. Сколько времени в будние дни ты проводишь на свежем воздухе (гуляешь)?
- 1 час и менее
 - 2 часа
 - 3 часа
 - 4 часа и более
 - не гуляю
17. Сколько времени ты делаешь домашние уроки в будние дни? ____ час
18. Занимаешься ли ты дополнительно? Нет Да
19. Чем ты занимаешься дополнительно? (нужное подчеркнуть, вписать время)
- Спортсм в спортивной школе. Сколько часов в неделю? ____ час
 - Спортсм, общей физ. подготовкой в кружке. Сколько часов в неделю? ____ час
 - Спортснвыми танцами, хореографией. Сколько часов в неделю? ____ час
 - Музыкой в музыкальной школе. Сколько часов в неделю? ____ час
 - Музыкой в музыкальной студии, кружке. Сколько часов в неделю? ____ час
 - Изобразительным искусством в изостудии. Сколько часов в неделю? ____ час
 - Иностраннм языком (в кружке). Сколько часов в неделю? ____ час
 - Шахматами в кружке. Сколько часов в неделю? ____ час
 - В других кружках, студиях, секция (вписать каких) _____
Сколько часов в неделю? ____ час
20. Выполняешь ли ты ежедневно какую-нибудь работу по дому?
- Нет Да Какую (вписать) _____

Стандартизованные анкеты для учащихся 5-8 классов и 9-11

классов позволяет оценить не только распространенность факторов риска, но и ее динамику в процессе обучения в образовательном учреждении. Кроме того, эти анкеты дают возможность определить информированность школьников в отношении основных факторов риска, а также оценить сформированность их установок на здоровый образ жизни.

АНКЕТА ДЛЯ УЧАЩИХСЯ 5-8 КЛАССОВ

Ребята! Просим вас заполнить предложенную анкету. Отвечайте на вопросы самостоятельно, не советуясь с товарищами. Нам важно знать именно ваше личное отношение к этим вопросам.

Школа № _____ Класс _____ Дата опроса _____
Возраст _____ Пол: 1 - мальчик 2 – девочка

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?

- | | |
|---|----------------------------|
| а) курение | 1 - да 2 - нет 3 - не знаю |
| б) нерегулярное употребление пищи (не «по часам») | 1 - да 2 - нет 3 - не знаю |
| в) низкая двигательная активность | 1 - да 2 - нет 3 - не знаю |
| г) недосыпание | 1 - да 2 - нет 3 - не знаю |

2. Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в т.ч. танцы, посещение бассейна и т.д.) помимо уроков физкультуры в школе?

1 - да 2 - нет

2. Если «да», то сколько часов в неделю? _

3. Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?

- 1) три раза в день и чаще;
- 2) два раза в день;
- 3) один раз в день.

4. Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?

- 1) один раз в день и чаще;
- 2) 3-4 раза в неделю;
- 3) 1 раз в неделю и реже.

5. Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?

- 1) один раз в день и чаще;
- 2) 3-4 раза в неделю;

3) 1 раз в неделю и реже.

6. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки?

1) один раз в день и чаще;

2) 3-4 раза в неделю;

3) 1 раз в неделю и реже.

7. Пробовал ли ты когда-нибудь курить?

1 - нет 2 - да

8. Продолжаешь ли ты курить?

1 - нет 2 - да

9. Если «да», то как часто?

1) хотя бы один раз за последние 3 месяца;

2) каждую неделю;

3) ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день).

10. Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки (шампанское, коктейли, вино, водку, спиртные напитки домашнего изготовления и т.п.)?

1 - нет 2 - да

11. Если да, то, как часто?

1) 1 раз в месяц и реже;

2) 2-3 раза в месяц;

3) 4 и более раз в месяц.

12. В какое время ты обычно ложишься спать? ____ (час.)

13. Во сколько обычно встаешь утром ____ (час.)

14. Продолжительность ночного сна обычно составляет ____ часов

15. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?

1) ежедневно;

2) иногда;

3) никогда.

16. Как часто ты моешь руки перед едой в школе?

1) всегда;

2) иногда;

3) никогда.

17. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?

1) всегда;

2) иногда;

3) никогда.

18. Как часто ты чистишь зубы?

1) ежедневно 2 раза в день и чаще;

2) 1 раз в день;

3) 3-4 раза в неделю и реже.

19. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?

1 - нет 2 - да 3 - не знаю

20. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить?

1 - нет 2 - да 3 - не знаю

21. Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, автобусы, поезда, школы, рестораны, на игровых площадках, в спортивных залах, на дискотеках и т.п.?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

22. Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты?

1 - нет 2 - да

23. Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизированном средстве?

1) каждый раз во время езды;

2) иногда;

3) никогда.

24. Как часто ты используешь ремни безопасности во время езды в автомобиле или другом транспортном средстве, управляемом другим человеком?

1) каждый раз во время езды;

2) иногда;

3) никогда.

25. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?

1 - да 2 - нет

26. Как ты считаешь, когда кто-то начинает курить, ему потом будет трудно бросить эту привычку?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

27. Как ты думаешь, насколько подвергают себя риску (физическому или другому) люди, если они употребляют алкогольные напитки один раз в неделю?

1) большой риск;

2) риск небольшой;

3) риска нет.

28. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье?

1 - да 2 - нет

29. Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасностях употребления алкоголя?

1 - да 2 - нет

30. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания?

1 - да 2 - нет

31. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах физической, двигательной активности?

1 - да 2 - нет

32. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

33. Что, на твой взгляд, в настоящее время является наиболее опасным? (отметь три наиболее важных ответа)

- грубое поведение со стороны старших школьников;
- грубое поведение со стороны взрослых;
- получить травму на автомобильной дороге;
- получить травму во дворе (из-за ремонта или стройки, которые там идут);
- пострадать от людей, находящихся в нетрезвом виде (пьяных) или под действием наркотиков (наркоманов);
- пострадать от жестокого обращения родителей.

34. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления? 1 - да 2 - нет

35. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

АНКЕТА ДЛЯ УЧАЩИХСЯ 9-11 КЛАССОВ

Ребята! Просим вас заполнить предложенную анкету. Отвечайте на вопросы самостоятельно, не советуясь с товарищами. Нам важно знать именно ваше личное отношение к этим вопросам.

Школа № _____ Класс _____ Дата опроса _____
Возраст _____ Пол: 1 - мальчик 2 – девочка

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?

а) курение 1 - да 2 - нет 3 - не знаю

б) нерегулярное употребление пищи (не «по часам») 1 - да 2 - нет 3 - не знаю

в) низкая двигательная активность 1 - да 2 - нет 3 - не знаю

г) недосыпание 1 - да 2 - нет 3 - не знаю

2. Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в т.ч. танцы, посещение бассейна и т.д.) помимо уроков физкультуры в школе? 1 - да 2 –нет

3. Если «да», то сколько часов в неделю? _____

4. Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?

- 1) три раза в день и чаще;
- 2) два раза в день;
- 3) один раз в день.

5. Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?

- 1) один раз в день и чаще;
- 2) 3-4 раза в неделю;
- 3) 1 раз в неделю и реже.

6. Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?

- 1) один раз в день и чаще;
- 2) 3-4 раза в неделю;
- 3) 1 раз в неделю и реже.

7. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки?

- 1) один раз в день и чаще;
- 2) 3-4 раза в неделю;
- 3) 1 раз в неделю и реже.

8. Пробовал ли ты когда-нибудь курить?

1 - нет 2 - да

9. Продолжаешь ли ты курить?

1 - нет 2 - да

10. Если «да», то как часто?

- 1) хотя бы один раз за последние 3 месяца;
- 2) каждую неделю;
- 3) ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день).

11. Пробовал ли ты какие-либо наркотические (токсикоманические) вещества?

1 - нет 2 - да

12. Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки (шампанское, коктейли, вино, водку, спиртные напитки домашнего изготовления и т.п.)?

1 - нет 2 - да

13. Если да, то, как часто?

- 1) 1 раз в месяц и реже;
- 2) 2-3 раза в месяц;
- 3) 4 и более раз в месяц.

14. В какое время ты обычно ложишься спать? _____ (час.)

15. Во сколько обычно встаешь утром _____ (час.)

16. Продолжительность ночного сна обычно составляет _____ часов

17. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?

- 1) ежедневно;
- 2) иногда;
- 3) никогда.

18. Как часто ты моешь руки перед едой в школе?

- 1) всегда;
- 2) иногда;
- 3) никогда.

19. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?

- 1) всегда;
- 2) иногда;
- 3) никогда.

20. Как часто ты чистишь зубы?

- 1) ежедневно 2 раза в день и чаще;
- 2) 1 раз в день;
- 3) 3-4 раза в неделю и реже.

21. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?

1 - нет 2 - да 3 - не знаю

22. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить?

1 - нет 2 - да 3 - не знаю

23. Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, автобусы, поезда, школы, рестораны, на игровых площадках, в спортивных залах, на дискотеках и т.п.?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

24. Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты?

1 - нет 2 - да

25. Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизированном средстве?

- 1) каждый раз во время езды;
- 2) иногда;
- 3) никогда.

26. Как часто ты используешь ремни безопасности во время езды в автомобиле или другом транспортном средстве, управляемом другим человеком?

- 1) каждый раз во время езды;
- 2) иногда;
- 3) никогда.

27. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?

1 - да 2 - нет

28. Как ты считаешь, когда кто-то начинает курить, ему потом будет трудно бросить эту привычку?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

29. Как ты думаешь, насколько подвергают себя риску (физическому или другому) люди, если они употребляют алкогольные напитки один раз в неделю?

- 1) большой риск;
- 2) риск небольшой;

3) риска нет.

30. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье? 1 - да 2 - нет

31. Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасностях употребления алкоголя?

1 - да 2 - нет

32. Рассказывали ли вам в этом учебном году на занятиях об опасностях употребления наркотических веществ, в т.ч. опасности заражения вирусными гепатитами, ВИЧ инфекцией?

1 - да 2 - нет

33. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания?

1 - да 2 - нет

34. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах физической активности?

1 - да 2 - нет

35. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

36. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вопросы, касающиеся сексуальных отношений?

1 - да 2 - нет

37. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о том, как избежать инфекций, передаваемых половым путем, в т. ч. ВИЧ-инфекции и СПИДа?

1 - да 2 - нет

38. Что, на твой взгляд, в настоящее время является наиболее опасным? (отметь три наиболее важных ответа)

- грубое поведение со стороны старших школьников;
- грубое поведение со стороны взрослых;
- получить травму на автомобильной дороге;
- получить травму во дворе (из-за ремонта или стройки, которые там идут);
- пострадать от людей, находящихся в нетрезвом виде (пьяных) или под действием наркотиков (наркоманов);
- пострадать от жестокого обращения родителей.

39. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления?

1 - да 2 - нет

40. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

Инструкция к проведению анкетного опроса учащихся

Анкетный опрос проводится среди учащихся средней и старшей школы в конце каждого учебного года (в апреле-мае) средним медицинским персоналом общеобразовательной организации, социальным педагогом, классным руководителем, школьным психологом или другими специалистами.

Обучающимся следует объяснить, что опрос не предусматривает проведения каких-либо тестов или проверок. Все вопросы в анкете связаны с отношением учащихся к различным факторам, которые вредны здоровью. Результаты опроса будут использованы для создания школьных здоровьесберегающих программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья учащихся. Опрос организован таким образом, что тайна имени ученика сохраняется, и участие в опросе является анонимным. Учащиеся не должны подписывать анкеты и делать идентифицирующих пометок.

Не следует просматривать анкеты с ответами учащихся в их присутствии. Учащиеся должны быть уверены, что конфиденциальность опроса соблюдается. Некоторые подростки могут испытывать трудности при заполнении анкеты. Необходимо предусмотреть порядок работы с такими учащимися, чтобы была сохранена конфиденциальность их ответов.

Необходимо свести к минимуму возможность учащихся видеть ответы друг друга. Не разрешайте учащимся/учителям ходить по классу или разговаривать во время проведения опроса.

3.2. Оценка результатов анкетирования учащихся 5-8 классов

3.2.1. Распространенность основных поведенческих факторов риска здоровью среди обучающихся

Для оценки распространенности факторов учитываются ответы на следующие вопросы: №№ - 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15.

Низкая двигательная активность (гипокинезия, гиподинамия) -

1. Двигательная активность ограничена только уроками физкультуры в школе, вопрос № 2, вариант ответа «2» - высокий риск.
2. Уровень физической активности школьника составляет менее 5 часов в неделю вопрос № 3, вариант ответа «4» и меньше.

Нерациональное («нездоровое» питание) - вопросы №№ 4-7, варианты ответов «2», «3» расцениваются как «нездоровое питание». Варианты ответов «3» - факторы высокого риска.

Курение - вопрос № 9 (ответ «2»), в том числе, регулярное курение - вопрос № 10 (ответ «2» или «3») - высокий риск.

Употребление алкоголя - вопрос 11 (ответ «2»), в том числе злоупотребление алкоголем - вопрос № 12 (ответ «3») - высокий риск
Дефицит ночного сна - вопрос № 15, продолжительность ночного сна 7 часов и менее - фактор высокого риска. Для получения точной информации, продолжительность ночного сна следует рассчитать (показатели вопроса № 13 - № 14).

Кроме того, можно получить информацию о количестве учащихся, у которых продолжительность ночного сна не соответствует гигиеническим требованиям: для учащихся 5-7 классов - не менее 10 часов, 8-9 классов - не менее 9 часов.

Результаты анкетирования заносятся в «Протокол распространенности факторов риска среди учащихся 5-8 классов в динамике обучения» (таблица 1). Для каждого класса создается свой Протокол. По каждому наблюдаемому классу подсчитывается отдельно абсолютное количество детей, имеющих тот или иной фактор риска.

Для того чтобы получить относительные показатели в процентах (%), необходимо абсолютные показатели разделить на количество анкет, заполненных школьниками. В Протокол вносятся факторы высокого риска. Если учитываются все факторы, то они должны вноситься в Протокол при последующих опросах.

Уменьшение относительных показателей в следующем учебном году по сравнению с показателями предыдущего года свидетельствует о снижении распространенности факторов риска в классе (значение А - отрицательное); увеличение относительных показателей свидетельствует о росте распространенности того или иного фактора (значение А - положительное).

Таблица 1

**Протокол распространенности факторов риска
среди учащихся 5-8 классов в динамике обучения**

Школа № _____, город/село _____, субъект РФ _____
 5 класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день)
 6 класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день)
 7 класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день)
 8 класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день)

Факторы риска*	5 класс		6 класс			7 класс			8 класс		
	абс.	%	абс.	%	А	абс.	%	А	абс.	%	А
1. Низкая двигательная активность											

2. Прием горячей пищи 1 раз в день и реже												
3. Редкое потребление мяса и мясных продуктов (1раз в неделю и реже)												
4. Редкое потребление молока и молочных продуктов (1раз в неделю)												
5. Редкое потребление свежих овощей, фруктов, соков												
6. Курение												
- в т.ч. регулярное курение												
7. Употребление пива и других алкогольных напитков												
- в т.ч. злоупотребление алкоголем												
8. Дефицит ночного сна (7 часов и менее)												

Примечание: * учитываются факторы высокого риска

3.2.2. Информированность учащихся 5-8 классов в отношении факторов риска

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 1а, 1б, 1в, 1г, 2б-3з, 3д, 3е выше представленной анкеты. Оценивается только ответ «1 - да» (1 балл). Чем больше сумма баллов, тем выше информированность школьника. Максимальное число баллов - 14 (100%). Для оценки информированности класса определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени информированности средний балл умножают на 100 и делят на 14. Полученные показатели заносят в «Протокол показателей информированности учащихся в отношении факторов риска» (таблица 2).

Протокол показателей информированности учащихся 5-8 классов в отношении факторов риска

Школа №__ город/село__ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по информированности школьников в отношении факторов риска	Степень информированности в отношении факторов риска (%)
5			
6			
7			
8			

Для оценки динамики показателя информированности школьников в отношении факторов риска в процессе обучения сравнивают показатели, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о повышении информированности школьников.

3.2.3. Показатели сформированности у школьников 5-8 классов установок на здоровый образ жизни

Сформированность установок на здоровый образ жизни определяют по результатам анкетного опроса учащихся.

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 2, 4-7, 9, 11, 16-25 выше представленной анкеты. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше сформированность установок на здоровый образ жизни у школьника. Максимальное число баллов - 17 (100%). Для оценки этого показателя в каждом классе определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени сформированности установок на здоровый образ жизни у школьников средний балл умножают на 100 и делят на 17. Полученные показатели заносят в «Протокол показателей сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни» (таблица 3). Для оценки динамики этого показателя в процессе обучения сравнивают данные, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о положительной динамике формирования установок на здоровый образ жизни школьников.

Таблица 3

**Протокол показателей сформированности у школьников
5-8 классов установок на здоровый образ жизни**

Школа № _____ город/село _____ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по сформиро- ванности у школьников устано- вок на здоровый образ жизни	Степень сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни (%)
5			
6			
7			
8			

3.3. Оценка результатов анкетирования учащихся 9-11 классов

3.3.1. Распространенность основных поведенческих факторов риска здоровью среди обучающихся 9-11 классов

Для оценки распространенности факторов учитываются ответы на следующие вопросы: №№ - 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13 выше представленной анкеты.

Низкая двигательная активность (гипокинезия, гиподинамия) -

1. Двигательная активность ограничена только уроками физкультуры в школе, вопрос № 2, вариант ответа «2» - высокий риск.
2. Уровень физической активности школьника составляет менее 5 часов в неделю вопрос № 3, вариант ответа «4» и меньше.

Нерациональное («нездоровое» питание) - вопросы №№ 4-7, варианты ответов «2», «3» расцениваются как «нездоровое питание». Варианты ответов «3» - факторы высокого риска.

Курение - вопрос № 9 (ответ «2»), в том числе, регулярное курение - вопрос № 10 (ответ «2» или «3») - высокий риск.

Употребление алкоголя - вопрос 12 (ответ «2»), в том числе злоупотребление алкоголем - вопрос № 13 (ответ «3») - высокий риск

Дефицит ночного сна - вопрос № 16, продолжительность ночного сна Продолжительность ночного сна 7 часов и менее - фактор высокого риска.

Для получения точной информации, продолжительность ночного сна следует рассчитать (показатели вопроса № 14 - № 15)

Кроме того, можно получить информацию о количестве уча-

щихся, у которых наблюдается недостаточная продолжительность ночного сна, т.е не соответствует гигиеническим требованиям: для учащихся 8-9 классов - не менее 9 часов, 10-11 классов - 8,5 часов.

Результаты анкетирования заносятся в «Протокол распространённости факторов риска среди учащихся 9-11 классов в динамике обучения» (таблица 4). Для каждого класса создается свой Протокол. По каждому наблюдаемому классу подсчитывается отдельно абсолютное количество детей, имеющих тот или иной фактор риска.

Для того чтобы получить относительные показатели в процентах (%), необходимо абсолютные показатели разделить на количество анкет, заполненных школьниками. В Протокол вносятся факторы высокого риска. Если учитываются все факторы, то они должны вноситься в Протокол при последующих опросах.

Уменьшение относительных показателей в следующем учебном году по сравнению с показателями предыдущего года свидетельствует о снижении распространённости факторов риска в классе (значение А - отрицательное); увеличение относительных показателей свидетельствует о росте распространённости того или иного фактора (значение А - положительное).

Таблица 4

**Протокол распространённости факторов риска
среди учащихся в динамике обучения**

Школа № _____ город/село _____, субъект РФ _____
 9 класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день)
 10 класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день)
 11 класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день)

Факторы риска ¹	9 класс		10 класс			11 класс		
	Абс.	%	Абс.	%	А	абс.	%	А
1. Низкая двигательная активность								
2. Прием горячей пищи 1 раз в день и реже								
3. Редкое потребление мяса и мясных продуктов (1раз в неделю и реже)								
4. Редкое потребление молока и молочных продуктов (1раз в неделю)								

5. Редкое потребление свежих овощей, фруктов, соков								
6. Курение								
- в т.ч. регулярное курение								
7. Употребление пива и других алкогольных напитков								
- в т.ч. злоупотребление алкоголем								
8. Дефицит ночного сна (7 часов и менее)								

Примечание: ¹-учитываются факторы высокого риска

3.3.2. Информированность учащихся 9-11 классов в отношении факторов риска

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 1а, 1б, 1в, 1г, 27-37, 39, 40. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше информированность школьника. Максимальное число баллов - 17 (100%). Для оценки информированности класса определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени информированности средний балл умножают на 100 и делят на 17. Полученные показатели заносят в «Протокол показателей информированности учащихся в отношении факторов риска» (таблица 5).

Таблица 5

Протокол показателей информированности учащихся 9-11 классов в отношении факторов риска

Школа № _____ город/село ____ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по информированности школьников в отношении факторов риска	Степень информированности в отношении факторов риска (%)
9			
10			
11			

Для оценки динамики показателя информированности школьников в отношении факторов риска в процессе обучения сравнивают показатели, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о повышении информированности школьников.

3.3.3. Показатели сформированности у школьников 9-11 классов установок на здоровый образ жизни

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 2, 4-7, 9, 11, 12, 16-26 выше представленной анкеты. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше сформированность установок на здоровый образ жизни у школьника. Максимальное число баллов - 19 (100%). Для оценки этого показателя в каждом классе определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени сформированности установок на здоровый образ жизни у школьников средний балл умножают на 100 и делят на 19. Полученные показатели заносят в «Протокол показателей сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни» (таблица 6).

Таблица 6

Протокол показателей сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни

Школа № _____ город/село, _____ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни	Степень сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни (%)
9			
10			
11			

Для оценки динамики этого показателя в процессе обучения сравнивают данные, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о положительной динамике формирования установок на здоровый образ жизни школьников.

Анализ образа жизни подростков в школах Ивановской области показал высокую распространенность у них социально-гигиенических факторов риска. Почти у половины обследованных выявлены низкая двигательная активность, нарушения режима питания и дефицит ночного сна. У каждого третьего - несбалансированное питание. Несколько реже подростки заявляли о курении и употреблении алкоголя, хотя сам факт наличия таких поведенческих проявлений вызывает тревогу.

Распространенность всех изучаемых факторов риска достоверно увеличивается в поздний подростковый период, который совпадает с завершением обучения в школе. Это особенно тревожно, поскольку это этап перехода во «взрослую» жизнь в профессиональном и социальном плане, а также в аспекте подготовки к созданию семьи и деторождению. Наиболее выраженный рост (в 1,5-2 раза) касается низкой двигательной активности и дефицита ночного сна, что, вероятно, связано со значительно возрастающими учебными нагрузками.

Распространенность негативных факторов риска у сельских школьников выше, чем у городских. У них достоверно чаще отмечались низкая двигательная активность и дефицит ночного сна, нарушения режима питания. На завершающем этапе обучения у сельских школьников чаще отмечались курение и употребление алкоголя. Хотя степень информированности о негативном влиянии факторов риска с возрастом у обучающихся и городской, и сельской школы повышается, однако 100%-ных значений она не достигает даже на завершающем этапе обучения.

Степень сформированности установок подростков на ЗОЖ во все возрастные периоды ниже, чем информированность о факторах риска. Наибольшее число школьников относят к факторам риска низкую двигательную активность, недостаток сна и наличие заболеваний, передающихся половым путем, а наименьшие - нерациональное питание и употребление алкоголя. Следовательно, зная о негативном влиянии на здоровье, подростки не всегда готовы вести ЗОЖ. Эти результаты свидетельствуют о недостаточной эффективности работы по гигиеническому обучению и воспитанию, проводимой в образовательных организациях независимо от их расположения. Необходимы мероприятия не только внутришкольного, но и областного и федерального уровней для формирования у подростков стойкого желания вести ЗОЖ. Лишь 14,5 % опрошенных открыто рассказали об имеющихся у них факторах риска. Это свидетельствует о том, что, зная о наличии у себя риска здоровью, дети не хотят получить дополнительную помощь по устранению негативных факторов. Необходимо учитывать этот факт и проводить не только анонимное анкетирование, позволяющее установить масштабность проблемы и наметить приоритеты профи-

лактической и санитарно-просветительской работы с детским коллективом, но и использовать авторизованные анкеты. Это позволит индивидуализировать работу по формированию установок на ЗОЖ с учетом выявляемых факторов риска хотя бы с детьми, заявляющими о своих проблемах. При этом важно предупредить подростков о конфиденциальности информации и исключить элементы осуждения, а тем более применение санкций.

Целенаправленное изучение установок подростков по отношению к Интернету показало, что каждый третий имел интернет-зависимость. В настоящее время это расценивается как поведенческий ФР нарушения здоровья. Установлено, что 67 % учащихся осознавали наличие у себя проблем, связанных с интернет-зависимостью, и большинство (80 %) заявили о том, что изменили режим дня, а значит, и жизненные циклы в целом, в угоду собственному пристрастию. Причем 32 % обследованных не желали выносить факт своей аддикции за пределы собственного окружения. Лишь 29 % подростков испытывали тревогу по поводу данной проблемы, хотя 80 % знали, что социальное окружение (семья) негативно относится к подобной зависимости. Только 16 % обследованных чувствовали себя комфортно и не желали ничего менять в своей жизни. При этом многие подростки испытывали тревогу и дискомфорт, осознавая собственную зависимость, больше половины школьников (58 %) заявили, что не верят в эффективность помощи, при этом 19 % не проинформированы о возможности оказания им психологической поддержки.

Следовательно, большинство подростков осознают наличие у себя психологических проблем, связанных с интернет-зависимостью и половина уже поменяла свои жизненные ориентиры и цели из-за самой аддикции, ущемляя при этом остальные свои потребности. Можно констатировать, что вся жизнь этих детей претерпела негативные изменения из-за подобного пристрастия. При этом как положительный факт можно рассматривать желание ряда подростков от него избавиться. Однако, сравнивая результаты распределения ответов на вопрос об участии в программе психологической помощи, установлено, что половина респондентов, признающих у себя наличие зависимости и желающих от нее избавиться, не согласна участвовать в подобных мероприятиях. Такой результат может объясняться несколькими факторами: большинство зависимых не желает выносить факт своей аддикции за пределы собственного окружения.

Влияний население в целом не проинформировано о возможности оказания психологической помощи; подростки не верят в эффективность подобных методов и саму возможность излечения либо не желает ничего менять в своей жизни.

4. Выявление факторов риска развития психических расстройств и (или) расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ

Необходимость выявления выше названных факторов риска определена приказом Минздрава России N 396н от 13.06.19г., вносящим изменения в «Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», утвержденный приказом Минздрава России N 514н от 10.08.17г. В этом документе говорится, что "в случае выявления факторов риска развития психических расстройств и (или) расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ, врач-педиатр (врач-педиатр участковый) направляет несовершеннолетнего в кабинет врача - психиатра-нарколога для обслуживания детского населения или кабинет профилактики наркологических расстройств в целях проведения диагностики клинического состояния.

4.1. Выявления факторов риска развития психических расстройств

Выявление функциональных отклонений со стороны нервно-психической сферы и их правильная оценка часто бывает затруднительной, как из-за определенной специфики этих нарушений, так и недостаточной подготовленности врачей-педиатров, первыми сталкивающимися с ними при проведении профилактических медицинских осмотров. Минимальные нарушения нервно-психического здоровья из-за схожести симптоматики донозологических форм этих расстройств, проблем адаптации и некоторых возрастных и индивидуально-типологических особенностей поведения детей часто своевременно не распознаются.

Однако раннее выявление у детей таких отклонений абсолютно необходимо, так как именно пограничные состояния, занимающие промежуточное положение между здоровьем и болезнью, содержат в себе истоки нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств, психопатологии, психосоциальной дезадаптации, злоупотребления алкоголем, наркотиками, дисгармонии личности. Поэтому, как уже говорилось выше, одной из задач врача-педиатра, проводящего профилактический осмотр подростков, является раннее выявление поведенческих факторов риска для выделения подростков группы рис-

ка в отношении возникновения различных форм психической дезадаптации, которая формируется при наличии различных форм девиантного поведения.

Учитывая, что для ребенка или подростка основной социальной функцией является выполнение всех требований, предъявляемых в первую очередь образовательным учреждением, основными критериями социально-психологической адаптации являются:

- эффективность учебной деятельности,
- соблюдение принятых в обществе, в том числе школьных норм поведения,
- успешность социальных контактов с ближайшим окружением, эмоциональное благополучие.

Именно нарушение социально-психологической адаптации зачастую является первым признаком нарушений в психическом здоровье. С другой стороны, длительно существующая социальная неуспешность вызывает состояние хронического стресса и может приводить к нарушениям в состоянии психического здоровья.

Таким образом, внимание специалистов на этом этапе в первую очередь должно быть сосредоточено на оценке успешности социальной адаптации детей и подростков, посещающих образовательные учреждения.

4.1.1. Критерии выявления расстройств личности

Критерии выявления расстройств личности субклинического (донозологического) уровня у подростков:

1. Учебная дезадаптация (полная, частичная и относительная).
2. Социальная дезадаптация (внутрисемейная, общая).
3. Различные формы отклоняющегося поведения:
 - криминальное;
 - делинквентное;
 - аддитивное в сочетании с рядом преморбидных личностных свойств – акцентуаций характера возбудимого, истероидного и неустойчивого типа.
4. Сильно выраженные специфические подростковые реакции:
 - эмансипации;
 - группирования со сверстниками;
 - реакции «обусловленные формирующимся половым влечением».

Оценка учебной дезадаптации подростка

Учебная дезадаптация может быть полной, частичной и относительной. Следует отметить, что для оценки учебной дезадаптации фиксируются следующие признаки:

- а) низкая успеваемость;
- б) конфликтные отношения с педагогами;
- в) конфликтные отношения с соучениками.

Степень дезадаптации определяется по следующим критериям:

- полная дезадаптация – наличие всех трёх признаков – 3 балла;
- частичная – любых двух – 2 балла;
- относительная – одного – 1 балл.

Информацию предоставляет педагог и школьный психолог. Наличие полной учебной дезадаптации учащегося в течение 6 и более месяцев (3 балла) или частичной учебной дезадаптации более года – повышающий коэффициент 1,5 (3 балла) является основанием для включения подростка в группу риска. Это определяет необходимость консультации невролога, а затем психотерапевта.

Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации

Общая социальная и внутрисемейная дезадаптации определяются сочетанием комплекса признаков:

а) наличие различных форм отклоняющегося поведения (криминальное, делинквентное, аддиктивное, «обусловленные формирующимся половым влечением», аутоагрессивное);

б) конфликтные отношения с близкими первой и второй линии родства и сиблингами, побеги и уходы из дома, хронические внутрисемейные психогении;

б) аномальные формы воспитания («ежовые рукавицы, эмоционального отвержения «золушка», гипоопека и безнадзорность, «кумир семьи», альтернативных педагогических установок и пр.);

в) частичная и полная учебная дезадаптация.

Данные предоставляются педагогами, школьным психологом, инспекторами по делам несовершеннолетних, персоналом отделений медико-социальной помощи детских поликлиник и пр.

Сильно выраженные специфические подростковые реакции

Оцениваются следующие проявления типичных подростковых реакций:

- эмансипации;
- группирования со сверстниками;
- реакции «обусловленных формирующимся половым влечением»;

- увлечения (проявляющиеся рискованными формами поведения).

Реакция эмансипации – стремление высвободиться из-под опеки взрослых, утвердить собственное новое ролевое положение в сложившейся и распадающейся системе отношений «детского Я» и формирующегося «Я взрослого». Эти реакции отмечаются в группе «прочие» в рабочей систематике.

Реакция группирования со сверстниками развивается вследствие выраженной семейной и учебной дезадаптации подростка и стремления к общению с лицами, переживающими аналогичные психобиологические преобразования. Зачастую группирование происходит в асоциальные микрогруппы, в которых ведущим фактором регулятора поведения и восприятия моральных норм и общественных ценностей выступает так называемая «автономная мораль».

«*Хобби реакции*», или реакции увлечения, в частности реакция подражания кому-либо – известному певцу, актёру, лидеру микрогруппы и т.д. Иногда она лежит в основе формирования подросткового неконформизма и приводит к развитию делинквентных форм поведения (от лат. delinquo – совершить проступок, провиниться), т.е. цепи мелких правонарушений, не наказуемых согласно Уголовному кодексу, и асоциальных форм поведения.

Выраженность этих реакций может определить школьный психолог. При их чрезмерной выраженности, приводящей к значительным нарушениям социальной адаптации и аддиктивному поведению, они относятся к разряду патохарактерологических реакций. В этом случае необходима консультация психиатра, поскольку патологические поведенческие реакции могут лежать в основе развития неврозов, алкоголизма и наркоманий.

С учетом результатов обследования подростков по всем выше перечисленным критерии выявления субклинических расстройств личности подростков формируются группы риска (таблица 7).

Таблица 7

Подходы к формированию группы риска расстройств личности у учащихся подросткового возраста

№	Критерий	Формы и признаки дезадаптации	Специалист
1	Учебная дезадаптация	Полная, частичная, отнoсительная	Педагог
2	Социальная дезадаптация	Внутрисемейная, общая	Педагог, школьный психолог, социальный педагог, персонал ОМСП
3	Девиантные формы поведения	Криминальное, делинквентное, аддиктивное, аутоагрессивное, сексуальные девиации	Педагог, школьный психолог, социальный педагог, персонал ОМСП, инспектор по делам несовершеннолетних (ОВД)
4	Патохарактерологические или сильно выраженные специфические подростковые реакции, акцентуации характера скрытые и явные	Самооценка выраженности подростковых реакций, выраженность истероидных, эпилептоидных, возбудимых и неустойчивых черт, общая социальная дезадаптация	Школьный психолог, персонал ОМСП
5	Динамическая характеристика нарушений	Начало проявлений, длительность, особенности течения	Невролог, школьный врач, школьная медсестра, персонал ОМСП

4.1.2. Алгоритм ранней диагностики расстройств личности учащихся подросткового возраста

Диагностика расстройств личности подростков проводится на 3 этапах: доврачебном, врачебном и специализированном. На каждом из этих этапов распределено участие определенного медицинского персонала, а на доврачебном этапе большой вклад вносят психологи и педагоги (таблица 8).

**Этапы диагностики расстройств личности учащихся
подросткового возраста**

Этапы	Наименование	Специалист
I	Доврачебный (предварительное формирование группы риска)	Школьный психолог, педагоги, школьная медицинская сестра
II	Врачебный - при профилактических осмотрах	Школьный врач (педиатр), невролог
III	Специализированной помощи (психоневрологический диспансер, медико-психологопедагогические комиссии разного уровня)	Психиатр, психотерапевт, психиатр-нарколог

Доврачебный этап

На этом этапе сбор объективных данных в образовательных организациях осуществляется педагогами, средним медицинским персоналом при координирующей роли школьного психолога, в детской поликлинике – персоналом отделения медико-социальной помощи.

При диагностике преморбидных свойств личности психологам рекомендуется использовать психометрическую методику – «Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков».

Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определённого рода психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим.

Под акцентуацией характера понимают, в первую очередь, особенности организации эмоционально-волевой сферы личности, оказывающие определяющее влияние на все формы деятельности, не приводя (в отличие от психопатий) к выраженной социальной дезадаптации. Именно особенности организации эмоционально-волевой сферы подростка в значительной степени определяют степень риска и тип аномального реагирования.

С помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) могут быть диагностированы следующие типы психопатий и акцентуаций характера, краткое описание которых приводится ниже.

Гипертимный тип (Г). Такие подростки отличаются всегда хорошим, даже слегка повышенным настроением, высоким жизненным тонусом, брызжущей энергией, неудержимой активностью, постоян-

ным стремлением к лидерству, притом неформальному. Хорошее чувство нового сочетается с неустойчивостью интересов, а большая общительность с неразборчивостью в выборе знакомств, в силу чего могут незаметно для себя оказаться в дурной компании, начать выпивать (обычно предпочитая неглубокие степени опьянения), пробовать действие наркотиков и других токсических средств (но пристрастия к ним в подростковом возрасте обычно не возникает). Правонарушения присущи групповые. Легко осваиваются в незнакомой и быстро меняющейся обстановке, но переоценивают свои возможности и строят чрезмерно оптимистические планы на будущее («хорошие тактики и плохие стратегии»). Неразборчивы в выборе приятелей и напарников, отчего нередко бывают преданы ими.

Плохо переносят одиночество, размеренный режим, строго регламентированную дисциплину, однообразную обстановку, монотонный и требующий мелочной аккуратности труд, вынужденное безделье. Стремление окружающих подавить их активность и лидерские тенденции нередко ведет к бурным, но коротким вспышкам раздражения. Не злопамятны. Легко мирятся с теми, с кем поссорились.

Разговорчивы, говорят быстро, с живой мимикой и жестами. Высокий биологический тонус проявляется всегда хорошим аппетитом, здоровым, крепким сном – встают бодрыми, отдохнувшими. Сексуальное влечение рано пробуждается и отличается силой. Быстро увлекаются, но и охлаждаются к сексуальным партнерам. Самооценка нередко неплохая, но часто стараются показать себя более конформными, чем это есть на самом деле. Плохо совместимы с подростками эпилептоидного типа, от представителей шизоидного, сенситивного и психастенического типов стараются дистанцироваться. Первые проявления гипертимности нередко бывают с детства: неугомонность, шумливость, стремление командовать сверстниками, чрезмерная самостоятельность.

Циклоидный тип (Ц). Встречается только в виде акцентуаций характера. При патологическом уровне развивается одна из форм нервно-психического расстройства – циклотимия. При циклоидной акцентуации фазы гипертимности и субдепрессии выражены нерезко, обычно кратковременны (1–2 недели) и могут перемежаться длительными интермиссиями. В субдепрессивной фазе падает работоспособность, ко всему утрачивается интерес, подростки становятся вялыми домоседами, избегают компании. Неудачи и мелкие неурядицы тяжело переживаются. Серьезные нарекания, особенно унижающие самолюбие, способны навести на мысли о собственной неполноценности и ненужности и подтолкнуть к суицидальному поведению. В субдепрессивной фазе также плохо переносится крутая ломка стереотипа жизни

(переезд, смена учебного заведения и т.п.). Падает биологический тонус, могут спать больше обычного, но встают вялыми, неотдохнувшими. Даже любимые кушанья не доставляют прежнего удовольствия. Половое влечение обычно снижается. В гипертимной фазе циклоидные подростки не отличаются от гипертимов. Самооценка формируется постепенно, по мере накопления опыта «хороших» и «плохих» периодов. У подростков она нередко бывает еще неточной, так как первые проявления циклоидности начинаются только с половым созреванием. Иногда бывает выражена сезонность фаз: депрессии падают на зиму или на весну, а гипертимные периоды – на осень. В интермиссиях между субдепрессивными и гипертимными фазами никаких особенностей не обнаруживают.

Лабильный тип (Л). Главная черта этого типа – крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от ничтожных и даже незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависит и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Чувства и привязанности искренни и глубоки, особенно к тем лицам, которые сами к ним проявляют любовь, внимание и заботу. Велика потребность в сопереживании. Тонко чувствуют отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте. Всякого рода эксцессы избегают. К лидерству не стремятся. Тяжело переносят утрату или отвержение со стороны значимых лиц. Самооценка отличается искренностью и умением правильно подметить черты своего характера. Чрезмерная эмоциональность обычно сочетается с вегетативной лабильностью, они легко краснеют и бледнеют, меняется частота пульса, величина артериального давления. Нередко наблюдается довольно выраженная инфантильность, при этом выглядят моложе своих лет. Лгать и скрывать свои чувства не умеют, настроение всегда написано на лице. Дети почти все наделены эмоциональной лабильностью. Поэтому о данном типе можно судить, если эти черты ярко выражены у подростков.

Астено-невротический тип (А). Также встречается только в виде акцентуации характера. Патологический уровень проявляется чаще всего развитием неврастении. Главными чертами являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях и в условиях соревнований. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу. Самооценка обычно выражает ипохондрические установки.

Сенситивный тип (С). У этого типа две главные черты – большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно во внешности и в об-

ласти качеств морально-этических и волевых. Замкнутость, робость и застенчивость выступают среди посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми бывают трудны даже самые поверхностные формальные контакты, но с тем, к кому привыкли, бывают достаточно общительны и откровенны. Ни к алкоголизации, ни к делинквентности склонности не обнаруживают. Непосильной оказывается ситуация, где подросток оказывается объектом неблагоприятного внимания окружения, когда на его репутацию падает тень или он подвергается несправедливым обвинениям или насмешкам. Самооценка отличается высоким уровнем объективности. При этом типе нередко бывает ярко выражена реакция гиперкомпенсации – стремление преуспеть именно в той области, где таится комплекс собственной неполноценности (например, парашютные прыжки, чтобы преодолеть робость; усиленные занятия гимнастикой, чтобы исправить дефекты фигуры; стремление к общественной работе, чтобы преодолеть застенчивость и т.п.). Сенситивные черты начинают выявляться с детства робостью, застенчивостью, боязнью незнакомцев, но критическим является возраст 16-18 лет – вступление в самостоятельную социальную активность после многих лет учебы в привычном окружении сверстников. Некоторые действительные физические дефекты (например, заикание) могут способствовать заострению сенситивных черт или наслаивать их на некоторые другие типы акцентуаций (эмоционально-лабильную, психастеническую, шизоидную). Необходимость отвечать не только за себя, но и за других, может наоборот, сглаживать сенситивные черты.

Психастенический тип (П). Главными чертами являются нерешительность, склонность к рассуждательству, тревожная мнительность в виде опасений за будущее – свое и своих близких, склонность к самоанализу и легкость возникновения навязчивостей. Черты характера обычно обнаруживаются в начальных классах школы – при первых требованиях к чувству ответственности. Отвечать за себя и особенно за других бывает самой трудной задачей. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и несчастий служат выдуманные предметы и ритуалы. Если их не выполняют, то это крайне усиливает тревогу за будущее, за благополучие свое и близких, за успех дела, которым заняты. Нерешительность усиливается, когда надо сделать самостоятельный выбор и когда решение касается маловажных повседневных проблем. Наоборот, вопросы серьезные, существенно отражающиеся на будущем, могут решаться с удивительной скоропалительной опрометчивостью. Алкоголизация и делинквентность в подростковом возрасте не присущи. Но при повзрослении могут обнаружить, что алкоголь способен снимать тревогу, неуверен-

ность и внутреннее напряжение и тогда могут к нему пристраститься. В самооценке склонны находить у себя черты разных типов, включая совершенно не свойственные. Из-за чрезмерного педантизма, мелочной принципиальности, доходящей до деспотизма, нередко плохо совмещаются с представителями почти всех типов акцентуаций характера, кроме шизоидов, которые внешне могут никак не реагировать на их поведение. Считается, что мелочный педантизм психастеников также служит для них психологической защитой от опасений и тревоги за будущее.

Шизоидный тип (Ш). Главными чертами является замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты – эта неспособность нередко тяжело переживается. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, угадать желания других, догадаться о невысказанном вслух. К этому примыкает недостаток сопереживания. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями, последние предназначены только для услаждения самого себя, служат утешению честолюбия или носят эротический характер. Увлечения отличаются силой, постоянством, и нередко необычностью, изысканностью. Богатые эротические фантазии сочетаются с внешней асексуальностью. Алкоголизация и делинквентное поведение встречаются нечасто. Труднее всего переносятся ситуации, где нужно быстро установить неформальные эмоциональные контакты, а также насильственное вторжение посторонних во внутренний мир. Самооценка обычно неполная: хорошо констатируется замкнутость, трудность контактов, непонимание окружающих, другие особенности подмечаются хуже. В самооценке иногда подчеркивается неконформизм. Замкнутость и сдержанность в проявлении чувств иногда помогают неплохо совмещаться с окружающими, ограничиваясь формальными контактами. Склонны искать нешаблонные решения, предпочитают непринятые формы поведения, способны на неожиданные для других эскапады без учета вреда, который могут нанести ими самим себе. Но иногда обнаруживают недюжинные способности постоять за себя и свои интересы. У близких могут вызывать недовольство своей молчаливостью и сдержанностью, но, когда дело заходит о хобби, могут быть даже многоречивы. В своих симпатиях часто тяготеют к эмоционально-лабильным, может быть чувствуя в их характере то, что им самим недостает.

Эпилептоидный тип (Э). Главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы

сорвать зло. С этими состояниями обычно связана аффективная взрывчатость. Аффекты не только сильные, но и продолжительны. Большим напряжением отличается инстинктивная жизнь. Любовь почти всегда окрашена ревностью. Алкогольные опьянения часто протекают тяжело – с гневом и агрессией. Лидерство проявляется в стремлении властвовать над другими. Неплохо адаптируются в условиях строгого дисциплинарного режима, где стараются подольститься к начальству показной исполнительностью и завладеть положением, дающим власть над другими подростками. Инертность – тугоподвижность, вязкость накладывают отпечаток на всю психику – от моторики и эмоций до мышления и личностных ценностей. Говорят медленно, веско, никогда не суетятся. Любят культивировать в себе физическую силу, предпочитают силовые виды спорта. Решения принимают не торопясь, весьма осмотрительно, из-за этого иногда пропускают момент, когда надо быстро действовать. Но в аффекте от медлительности не остается и следа, легко теряют контроль над собой, действуют импульсивно, в неподходящей ситуации могут разразиться потоком брани, нанести побои. Властолюбие сочетается со стремлением наводить «свои порядки», нетерпимостью к инакомыслию. Злопамятны в отношении нанесенных им обид и причиненного ущерба, даже незначительного – очень мстительны и изобретательны в способах мести. Мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм рассматриваются как компенсация собственной инертности. Педантичная аккуратность видна по одежде, прическе, предпочтению порядка во всем. Самооценка обычно однобокая: отмечается приверженность к порядку и аккуратности, нелюбовь пустых мечтаний и предпочтение жить реальной жизнью; в остальном обычно представляют себя более конформными, чем есть на самом деле.

Истерический тип (И). Главными чертами являются беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Лживость и фантазирование целиком служат приукрашиванию своей особы. Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств при большой выразительности, театральности переживаний, склонности к рисовке и позерству. Неспособность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Выдумывая, легко вживаются в роль, искусной игрой вводят в заблуждение доверчивых людей. Неудовлетворенный эгоцентризм часто подталкивает к яростной оппозиционности. Выигрывают в ситуации неразберихи, сумятицы, внезапно возникшей неопределенности, когда крикливость может быть принята за энергию, театральная воин-

ственность – за решительность, умение быть у всех на виду – за организаторские способности. Но лидерский час скоро проходит, так как истероиды не столько лидируют, сколько играют в вожаков, и окружение скоро разбирается, что кроме позерства и трескучих фраз они ни на что не способны. Среди сверстников претендуют на первенство или на исключительное положение. Пытаются возвыситься среди них «рассказнями» о своих удачах и похождениях. Товарищи скоро распознают их выдумки, их ненадежность, поэтому они часто меняют компании. Самооценка далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент легче всего произвести впечатление.

Неустойчивый тип (Н). Главная черта – нежелание трудиться (ни работать, ни учиться), постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. При строгом и непрерывном контроле нехотя подчиняются, но всегда ищут случая «отлынивать» от любого труда. Полное безволие обнаруживается, когда дело касается исполнения обязанностей, долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество в целом.

С желанием поразвлечься связана ранняя алкоголизация, делинквентность, употребление наркотиков и других дурманных средств. Тянутся к уличным компаниям. Из-за трусости и недостаточной инициативности оказываются там в подчиненном положении. Контакты всегда поверхностны. Романтическая влюбленность несвойственна, сексуальная жизнь служит лишь источником наслаждений. К своему будущему равнодушны, планов не строят, живут настоящим. От любых трудностей и неприятностей стараются убежать и не думать о них. Слабоволие и трусость позволяют удерживать их в условиях строгого дисциплинарного режима. Безнадзорность быстро оказывает пагубное действие. Самооценка обычно неверная – легко приписывают себе гипертимные или конформные черты.

Конформный тип (К). Главная черта – постоянная и чрезмерная конформность к привычному окружению, к своей среде. Живут по правилу: думать «как все», поступать «как все», стараться, чтобы все у них было «как у всех» – от одежды до суждений по животрепещущим вопросам. Становятся целиком продуктом своего окружения, при этом в хороших условиях старательно учатся и работают, в дурной среде – со временем прочно усваивают ее обычаи, привычки, манеру поведения. Поэтому «за компанию» легко спиваются. Конформность сочетается с поразительной некритичностью – истиной считают то, что поступает через привычный канал информации, некритичны ко всему, что черпают от привычного окружения, и склонны к предубежденному неприятию всего, что исходит от людей не своего круга. К этому до-

бавляется консерватизм, они новое не любят потому, что не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в непривычной обстановке. Нелюбовь к новому проявляется неприязнь к чужакам, настороженностью к незнакомым. Наиболее успешно работают, когда не требуется личной инициативы. Плохо переносят крутую ломку жизненного стереотипа, лишение привычного общества. Самооценка может быть неплохой.

Паранойяльный тип в подростковом возрасте еще не проявляется – его расцвет падает на пик социальной зрелости, т.е. на 30-40 лет. Поэтому с помощью ПДО этот тип диагностировать невозможно. В подростковом возрасте будущие представители паранойяльного типа чаще всего обнаруживают эпилептоидную или шизоидную акцентуацию, реже истероидную и еще реже – гипертимную. Однако уже в этом возрасте может обнаруживаться завышенная оценка своей личности – своих способностей, своих талантов и умений, своей мудрости и понимания всего. Отсюда убежденность, что все, что они делают, всегда правильно, что думают и говорят – всегда истина, на что претендуют – безусловно имеют право. Любые препятствия на пути претворения в жизнь своих намерений пробуждают воинственную готовность отстаивать свои действительные или мнимые права. Рано пробуждается подозрительность, склонность всюду видеть злой умысел и злокозненный сговор против себя.

Смешанные типы. Достаточно часто встречаются при как акцентуациях характера, так и при психопатиях. Однако далеко не все сочетания описанных типов возможны.

Практически не сочетаются следующие типы:

- гипертимный – с лабильным, астено-невротическим, сенситивным, психастеническим, шизоидным, эпилептоидным;
- циклоидный – со всеми типами, кроме гипертимного и лабильного;
- лабильный – с гипертимным, психастеническим, шизоидным, эпилептоидным;
- сенситивный – с гипертимным, циклоидным, эпилептоидным, истероидным, неустойчивым;
- психастенический – с гипертимным, циклоидным, лабильным, эпилептоидным, истероидным, неустойчивым;
- шизоидный – с гипертимным, циклоидным, лабильным, астено-невротическим;
- эпилептоидный – с гипертимным, циклоидным, лабильным, астено-невротическим, сенситивным, психастеническим;
- истероидный – с циклоидным, сенситивным, психастеническим;
- неустойчивый – с циклоидным, сенситивным, психастеническим.

Смешанные типы бывают двоякого рода.

Промежуточные типы. Эти сочетания обусловлены эндогенными, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, последних – друг с другом и с психастеническим. Промежуточными могут быть такие типы, как шизоидно-сенситивный, шизоидно-психастенический, шизоидно-эпилептоидный, шизоидно-истероидный, эпилептоидно-истероидный. В силу эндогенных закономерностей с возрастом возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.

Амальгамные типы. Эти смешанные типы формируются в течение жизни как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или других длительно действующих неблагоприятных факторов. На гипертимное ядро могут наслаиваться черты неустойчивости и истероидности, к лабильности присоединяются сенситивность и истероидность. Неустойчивость может также наслаиваться на шизоидное, эпилептоидное, истероидное и лабильное ядро. Под действием асоциальной среды из конформного типа может развиваться неустойчивый. В условиях жестких взаимоотношений в окружении эпилептоидные черты легко наслаиваются на конформное ядро.

На основании анализа полученных данных о выраженности и типе акцентированных характерологических особенностей, наличии признаков, указывающих на вероятность психопатизации и склонности к делинквентному и аддиктивному поведению, вероятности органического поражения ЦНС формируется группа риска в отношении расстройств личности у подростков.

Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения производится по бальной методике (таблица 9).

Показанием для дальнейшей консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу – 1-3 балла, по второму столбцу – 3-4, по третьему – 3-4 балла.

Показанием для консультации психотерапевта является сумма баллов по первому столбцу – 4 и более баллов, по второму столбцу – 5 и более баллов, по третьему – 5 и более баллов.

Таблица 9

**Карта оценки поведенческих факторов риска
формирования расстройств личности**

Формы девиантного поведения	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	В течении 1 года (баллы)	Возникли до 12 лет (баллы)
Делинквентное поведение*	2	3	4
Асоциальное (криминальное поведение)	4	5	5
Побеги и уходы из дома	2	3	4
Ранняя алкоголизация	1	2	4
Курение	0	1	2
Признаки употребления наркотических и других психактивных средств	4	5	5
Девиации сексуального поведения	1	2	4
Суицидальное поведение	4	5	5
Участие в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, асоциальные компании)	1	2	3
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

Примечания:

* *Делинквентное поведение* - цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений (от лат. delinquo - совершить проступок, провиниться), отличающихся от криминала, т.е. наказуемых согласно Уголовному Кодексу серьёзных правонарушений и преступлений. Сюда относятся частые драки, сквернословие в общественных местах, издевательства над младшими и слабыми, домашние кражи, угон велосипедов и скутеров с целью «покататься», отнимание мелких карманных денег у малышей и пр.

4.1.3. Выявление риска расстройств невротического круга у подростков

Расстройства невротического круга на доврачебном этапе исследования могут быть зафиксированы в форме жалоб ребёнка, отмечаемых родителями, педагогами и средним медицинским персоналом образовательной организации.

Для формирования групп риска в отношении расстройств невротического круга на доврачебном этапе используется протокол оценки выраженности отдельных наиболее часто встречающихся симптомов и длительности их проявления (таблица 10).

Показанием для консультации школьного психолога и социального педагога является сумма баллов по первому столбцу – 3 и более баллов, по второму столбцу – 2 балла.

Показанием для консультации психотерапевта или психиатра является сумма баллов по первому столбцу – 4 и более баллов, по второму – 3 и более баллов; по третьему столбцу – 5 и более баллов.

По завершению доврачебного этапа на подростка заполняется итоговый протокол, в котором отражается количественная оценка факторов риска и тип нарушений (таблица 11).

К протоколу доврачебного этапа обследования отдельно прикладываются:

1) протокол оценки поведенческих факторов риска психических расстройств, обучающихся (таблица 9);

2) протокол оценки наиболее частых жалоб невротического круга (таблица 10).

При выявлении отклонений даже в одной сфере показана консультация психотерапевта или психиатра.

Таблица 10

Протокол оценки наиболее частых жалоб невротического круга

ЖАЛОБЫ	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	Частота 1 раз в неделю и более	Интенсивные, постоянные
Головные боли	1	3	5
Утомляемость	1	3	5
Раздражительность, плаксивость	1	3	4
Расстройства сна	1	3	5

Продолжение таблицы 10

ЖАЛОБЫ	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	Частота 1 раз в не- делю и более	Интенсивные, постоянные
Страхи (фобии)	1	3	4
Снижение настроения	1	3	5
Заикание	1	3	4
Эмоциональные вспышки (истерии)	2	5	5
Робость, тревожность, рани- мость	1	2	3
Приступы сердцебиения, лег- ко краснеет, бледнеет, пот- ливость	1	2	3
Повышенная двигательная активность	0	2	5
Отвлекаемость, трудность концентрации внимания	0	2	5
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

Таблица 11

Итоговый протокол доврачебного этапа обследования

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Учебное заведение, класс _____

Факторы риска	Баллы или тип нарушений	Примечания
Оценка учебной дезадаптации уча- щегося		
Оценка общей и внутрисемейной дез- адаптации		
Специфические детские и подростко- вые реакции		
Длительность нарушений		

При наличии криминальных форм поведения, аддиктивных расстройств суицидальных тенденций или действий и отказе подростков, их родителей или опекунов от консультации врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом специализированная

помощь, оказывается при содействии правоохранительных органов, через психоневрологический диспансер или медико-психолого-педагогические консультации и комиссии на основании Федерального закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992г. N 3185-I с изменениями на 29.06.2004г.

Так, в статье 23 представлено содержание и организация психиатрического освидетельствования.

1. Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

2. Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

3. Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

4. Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

5. Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего закона.

6. Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24 поясняет, каким образом проводится психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя.

1. В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

2. В случаях, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Врачебный этап

На врачебном этапе обследования при профилактических осмотрах врачом педиатром или неврологом ставится предварительный диагноз. Он формируется на основании клинической оценки состояния подростка на момент обследования и оценки представленных критериев и факторов риска формирования расстройств личности и жалоб невротического круга.

При проведении профилактического осмотра врач-педиатр должен опираться на:

1) результаты изучения анамнеза развития пациента:

- перинатальная патология;
- наличие экзогенных воздействий (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т.д.);
- задержка развития моторики, речи, явления невропатии в раннем возрасте (ночной энурез, заикание, яктация, эпилептиформные расстройства и т.д.);

2) изучение данных доврачебного этапа обследования (получение объективных сведений о поведении и особенностях социальной адаптации обследуемого от родителей, педагогов, школьного психолога, среднего медицинского персонала учебного заведения);

3) использования унифицированных систематик оценки психического состояния на момент осмотра.

При оценке психического состояния особое внимание следует уделить эмоциональной и волевой сферам обследуемого:

- настроение (устойчивое, колебания в течение суток, рани-

- мость, агрессивность, злобность, конфликтность);
 - наличие патохарактерологических реакций (возбудимого, истероидного, психастенического, эмоционально-лабильного типов);
 - выраженность специфических подростковых реакций (эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакций, обусловленных формирующимся половым влечением);
 - воля (слабоволие, подчиняемость, лидерские тенденции;
 - влечения (гиперсексуальность, демонстративность во внешнем виде с акцентом на подчёркивании вторичных половых признаков, в т.ч. пирсинг, татуировки, чрезмерное использование косметики и т.д.),
- 4) информация о наличии:
- следов инъекций или порезов на тыльных поверхностях плеч и предплечий;
 - данных об интеллектуальном развитии (соответствует физиологическому возрасту или нет);
 - нарушений поведения (делинквентные, асоциальные, криминальные, аутоагрессивные, девиации сексуального поведения);
 - аддиктивных расстройств, включая компьютерную и игровую зависимости.

Этап специализированной помощи

На этап специализированной медицинской помощи подаются документы доврачебного этапа обследования, заключение педиатра, невролога с оценкой состояния соматической, неврологической, психической сфер и предварительным диагнозом (таблица 12).

Таблица 12

**Психические расстройства и расстройства поведения,
возникающие преимущественно в детском возрасте**

Группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	F45.3- F45.38	II-III	при компенсации - II; при субкомпенсации - III
Фобические тревожные расстройства	F40	II-III	слабо выраженные - II; выраженные - III
Неврастения	F48.0	III	при доминирующем психогенном факторе
Невротические реакции, связанные со стрессом	F43.2	II	
Органическое эмоциональнолабильное (астеническое) расстройство	F07	III	синдромально очерченное состояние
Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга	F06.6	II-III	слабо выраженные - II; выраженные - III
Эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (тики, энурез, логоневроз, др.)	F90-F98	II-III	слабо выраженные - II; выраженные - III
Специфические расстройства личности (психопатии)	F60-F62	II-III	слабо выраженные - II; выраженные - III
Шизотипическое расстройство	F21	III	
Гиперкинетические расстройства	F90	II, III	при компенсации - II; при субкомпенсации - III
Расстройства поведения	F91	II, III, IV	ограниченные рамками семьи - II; несоциализированные расстройства - III; социализированные расстройства - III-IV
Задержка психического развития /умственная отсталость легкой степени	F70	II	
Специфические расстройства развития речи и языка	F80	II	
Гиперкинетическое расстройство (синдром дефицита внимания и гиперактивности)	F90-99	II, III	при субкомпенсации - II; при декомпенсации - III
Неуточнённое психическое расстройство		III, IV	

Краткое описание расстройств личности различной степени выраженности

Расстройства личности

Расстройства личности в детском и подростковом возрасте проявляются преимущественно девиантными формами поведения и делятся на патохарактерологические реакции (предболезненные состояния), психопатии (когда ведущую роль в их развитии играет наследственность или психогении) и психопатоподобные состояния, в возникновении которых определяющая роль принадлежит экзогенно-органическим факторам (перинатальная патология, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т.п.).

Психопатические и психопатоподобные синдромы традиционно диагностируются в соответствии с критериями, признаками и классификацией предложенной П.Б. Ганнушкиным (1964):

- 1) выраженность аномальных личностных свойств столь значительна, что определяет степень социальной дезадаптации индивидуума;
- 2) тотальность проявлений дисгармоничности личностного склада (в любых формах деятельности);
- 3) относительная стойкость аномальных свойств.

Особо следует отметить, что именно в этой формулировке данное определение вошло практически во все основные учебные пособия и руководства по детской и подростковой психиатрии последних 10-15 лет.

В связи с широко принятым в нашей стране разделением детско-подросткового контингента во время профилактических медицинских осмотров на определенные группы здоровья, лиц с расстройствами личности в детском и подростковом возрасте (в зависимости от степени их выраженности и социальной дезадаптации пациента) относят к III-IV группам здоровья. Следует отметить, что чем ранее ребёнок обнаруживает аномальные характерологические особенности (в возрасте от 3 до 7 лет), тем менее благоприятен прогноз течения данной формы патологии, поэтому пациентов следует относить к III или IV группам здоровья.

К разряду патохарактерологических реакций относятся специфические подростковые реакции такие как реакция эмансипации, реакция группирования со сверстниками, «хобби реакции». Об их проявлениях было сказано выше. Патологические поведенческие реакции могут лежать в основе развития невротозов, алкоголизма и наркоманий. Во всех случаях диагностируются те или иные психические расстройства. Патологические поведенческие реакции могут возникать также на фоне акцентуаций характера. В таких случаях их относят к группе

непсихотических реактивных (психогенных) расстройств и к II группе здоровья

В последние годы специалистами существенное внимание уделяется роли отдельных личностных свойств подростка в процессе патохарактерологического формирования личности. Например, изучается связь самосознания подростка с развитием различных форм девиантного поведения с целью раскрытия механизмов отклоняющегося поведения.

Понятию эпилептоидное психопатическое состояние (эксплозивный вариант) соответствует также широко используемое в отечественной литературе понятие психопатия возбудимого типа. Для детей и подростков с данными расстройствами ключевым признаком является несбалансированность процессов возбуждения и торможения, лежащих в основе психопатических аффективных реакций, проявляющихся преимущественно агрессивным поведением, и приводящих к полной социальной дезадаптации. Проявлением особенностей психофизиологического функционирования выступает крайняя слабость процессов торможения, существенно затрудняющая интериоризацию (восприятие) норм общественного поведения, формирование моральных ценностей и динамического стереотипа поведения, соответствующих требованиям конкретного общества, и лежащих в основе социальной адаптации личности.

Психопатологические нарушения в детском возрасте представлены преимущественно гипердинамическим синдромом. Дети драчливы, конфликтны; воспитатели и педагоги предъявляют жалобы на их «неуправляемость». Дисгармония в сфере воли и влечений зачастую проявляется садистическими наклонностями – мучение животных, стремление к просмотру телевизионных программ, содержащих многочисленные сцены насилия, и фильмов ужасов, крайняя жестокость в многочисленных драках со сверстниками, инициаторами которых они сами являются. В подростковом возрасте у таких учащихся отмечаются многочисленные девиации поведения, обусловленные формирующимся половым влечением. У возбудимых личностей крайне высок риск возникновения девиантного поведения преимущественно делинквентной, асоциальной (криминальной) и аддиктивной форм. В структуре психического состояния практически всегда отмечаются специфические патохарактерологические подростковые реакции эмансипации и группирования со сверстниками (см. выше). В асоциальных микрогруппах эти дети всегда играют роль неформального лидера. К 13-15 годам подростки, как правило, состоят на учёте в детской комнате полиции или имеют приводы.

Перечисленные нарушения с большим трудом поддаются пси-

холого-педагогической коррекции, поэтому после 9-го класса в результате «педагогической сепарации» (отбора в 10-ые классы), учащиеся переходят из школы в профессиональные училища, что приводит к высокой распространённости расстройств личности в последней группе, крайне ограничивая возможности социальной реабилитации подростков.

Патохарактерологические реакции эпилептоидного типа возникают на фоне акцентуации характера аналогичного, гипертимного, истеро-эпилептоидного типов и не приводят к столь выраженной социальной дезадаптации.

Патохарактерологические реакции возникают у лиц с акцентированными особенностями, истероидного, гипертимно-истероидного, истеро-неустойчивого типов и не приводят к выраженной и длительной социальной дезадаптации. Благоприятным может быть их течение, если удаётся методами психологической и педагогической коррекции направить их стремление к признанию и восхищению собственной личностью в социально-приемлемые формы деятельности - участие в художественной самодеятельности, при наличии способностей – в спортивные секции, кружки художественного творчества и т.п.

Психопатические состояния шизоидного типа. У личностей с психопатическими состояниями такого типа отмечаются особенности, сходные с изменениями, вызванными шизофреническим процессом. Основным является особенности организации эмоционально-волевой сферы, проявляющиеся эмоциональной уплощённостью, холодностью или парадоксальными аффективными реакциями по типу «дерево и стекло».

Асинхрония развития отдельных сфер психики приводит к опережающему формированию понятийного, абстрактного мышления при одновременной задержке чувственно-образного. Таким детям легко даются точные дисциплины – математика, физика, геометрия, химия гораздо меньше их успехи в гуманитарных предметах. В строении тела отмечается часто астенический или диспластический типы. Вследствие задержки развития моторики такие дети и подростки выглядят угловатыми, неловкими, не могут справиться зачастую даже с примитивными физическими упражнениями. Они малообщительны, замкнуты, имеют ограниченный круг знакомств. Часто отмечается патологическая привязанность к матери. Из-за их чужаковатости, склонности к парадоксальным суждениям, в сочетании с аффективной дисгармонией, отсутствием способности к эмоциональному синтонному реагированию, чувственному восприятию контекста отношений со сверстниками они становятся объектами насмешек, преследования и издевательств со стороны соучеников, в микрогруппе играют роль изгоев, что

лежит в основе их выраженной социальной дезадаптации. В период полового созревания вследствие трудностей в установлении межличностных контактов могут отмечаться грубые девиации поведения в сексуальной сфере. Наличие шизоидных черт характера обуславливает повышенный риск развития психотических состояний и развития шизофренического процесса.

Патохарактерологические реакции отмечаются у лиц с акцентированными характерологическими особенностями шизоидного, сензитивно-шизоидного, психастенического типов. Диагностируется в соответствии с признаками изложенными выше.

Психастенические психопатические состояния. Для детей и подростков с данными расстройствами личности основными свойствами являются повышенная тревожность, выраженная неуверенность в себе, мнительность, склонность к болезненной рефлексии, постоянному самоанализу. Выраженная несостоятельность обнаруживается во всех ситуациях, требующих принятия самостоятельного решения. Успешно справляясь с письменными заданиями, они практически не могут отвечать у доски, сдавать устные экзамены отстаивать свою позицию в спорах и конфликта со сверстниками. Мучительное переживание собственной несостоятельности приводит к выраженной учебной дезадаптации вплоть до отказа посещать учебное учреждение. Родители часто вынуждены переводить их на экстернат. Дети и подростки имеют ограниченный круг знакомств с высокой эмоциональной привязанностью. Комфортно они чувствуют себя лишь в кругу своей семьи или среди лиц, относящихся к ним с явно выраженной симпатией. Специфические подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками слабо выражены. Психогении приводят к возникновению идей самообвинения, самоуничужения и аффективных нарушений депрессивного и обсессивно-фобического типов. Также легко у них возникают ипохондрические и дисморфоманические нарушения. Затяжные депрессивные состояния могут лежать в основе суицидальных тенденций.

Патохарактерологические реакции возникают на фоне психастенической, эмоционально-лабильной и сенситивной акцентуации характера. В отличие от психопатий они откладывают отпечаток на все проявления деятельности личности, но не приводят к стойкой дезадаптации. В структуре психического состояния зачастую отмечается выраженная реакция гиперкомпенсации, когда подросток стремиться к самореализации именно в той сфере деятельности, где он испытывает наибольшие трудности, например, начинает заниматься боевыми искусствами, художественной самодеятельностью и т.п. При этом стремление к такой деятельности может занимать доминирующее,

сверхценное значение в сознании подростка в ущерб учёбе, что может приводить к школьной дезадаптации.

Таблица 13

Соотношение форм психических нарушений рабочей систематики с рубриками МКБ 10 V-го и других классов

РАБОЧАЯ СИСТЕМАТИКА	СООТНОШЕНИЕ С РУБРИКАМИ МКБ-10
РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА	
невротические реакции	F43.2 Расстройство приспособительных реакций; Z73.3 Стрессовые состояния, не классифицируемые в других рубриках; R53 Недомогание и утомляемость.
Неврозы:	
астенический синдром	F48.0 Неврастения
обсессивно-фобический синдром	F42-F42.8 Обсессивно-компульсивное расстройство
депрессивный синдром	F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации
истерический синдром	F44 Диссоциативные конверсионные расстройства (исключая истерический психоз)
Прочие:	
неврозоподобные состояния	F48.9 Невротическое расстройство неуточнённое (на фоне органического поражения ЦНС или соматогении)
астенический синдром	F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство
обсессивно-фобический синдром	F42-F42.8 Обсессивно-компульсивное расстройство; F06.6 Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство
депрессивный синдром	F06.36-37 Непсихотическое депрессивное расстройство, непсихотическое смешенное расстройство органической природы
истерический синдром	F06.5 Органическое диссоциативное расстройство

Продолжение таблицы 13

РАБОЧАЯ СИСТЕМАТИКА	СООТНОШЕНИЕ С РУБРИКАМИ МКБ-10
РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА	
прочие	F06.82; 92; 927 Другие непсихотические расстройства обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью
Расстройства личности:	
патохарактерологические реакции	F90.1 Гиперкинетическое расстройство; F91 Расстройства поведения; F92 Смешанные расстройства поведения
психопатии	F60-F62 Специфические, смешанные и другие личностные расстройства, а также продолжительные изменения личности.
истероидного типа	F60.4 Истерическое расстройство личности
эпилептоидного типа (эксплозивный вариант)	F60.2 Диссоциальное расстройство личности
психастенического типа	F60.5 Ананкастное расстройство личности; F60.6 Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности.
шизоидного типа	F60.1 Шизоидное расстройство личности
прочие	F60.9 Расстройство личности неуточнённое.; F61 Смешанное и другие расстройства личности
психопатоподобные состояния	F07 Расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга
истероидного типа	F07; F60.4 Истерическое расстройство личности
эпилептоидного типа	F07.2 Постконтузионный (посткоммоционный) синдром
психастенического типа	F07; F60.5 Ананкастное расстройство личности; F60.6 Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности.
шизоидного типа	F07; F60.1 Шизоидное расстройство личности
прочие	F07; F60.9 Расстройство личности неуточнённое; F61 Смешанные и другие расстройства личности

Разделы F80-F89 (расстройства психологического (психического) развития) и F90-F98 (эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) охватывают лишь те расстройства, которые являются специ-

фичными для детского и подросткового возраста. Ряд расстройств помещённых в других разделах могут возникать почти в любом возрасте и при необходимости их коды могут быть использованы у детей и подростков. Убедительно рекомендуется использование других классов МКБ-10 в дополнение к классу V(F). Допускается возможность кодировки нескольких диагнозов. В ряде наблюдений, особенно в последние годы всё чаще использовались рубрики F68.0 (преувеличение соматической психопатологии по психологическим причинам) и F68.1 (умышленное вызывание или симулирование симптомов) вместе с симуляцией (Z76.5) эти три диагностические рубрики часто должны рассматриваться вместе. Это особенно актуально для лиц юношеского (призывного возраста).

Акцентированные характерологические особенности в большей мере соответствуют рубрикам Z73.1 - Акцентированные личностные черты и Z73.4 - Неадекватные социальные навыки, не квалифицируемые в других рубриках.

На специализированном этапе осуществляется постановка психиатрического диагноза, как субклинической степени выраженности, так и синдромально и нозологически очерченных состояний (таблица 13). Диагноз ставится врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом при направлении в психоневрологический диспансер (ПНД) или в рамках медико-психолого-педагогических консультаций и комиссий, организованных по региональному принципу.

В связи с выраженными трудностями диагностики предболезненных состояний (донозологических форм), основанной на выявление особенностей психопатологической симптоматики (т.е. качественных признаков), при диагностике патохарактерологических и невротических реакций следует использовать количественный критерий – частота возникновения предболезненных расстройств. Квалифицировать состояние как невротическая или патохарактерологическая реакция следует в тех случаях, когда они возникают у пациента один или более раз в неделю. Данная частота свидетельствует о перенапряжении «барьера психической адаптации» личности и свидетельствует о недостаточных адаптационных возможностях оптимального функционирования психических процессов в рамках недельного ритма труда и отдыха. Именно количественный показатель позволяет в значительной степени унифицировать диагностический подход к данной форме нарушений на врачебном этапе, особенно в условиях массовых профилактических осмотров.

В ходе комплексного медико-психолого-педагогического обследования на доврачебном и врачебном этапе формируются группы риска подростков в отношении формирования аномальных личност-

ных свойств. В зависимости от степени выраженности и структуры выявленных нарушений разрабатывается, а затем осуществляется первичная и вторичная психопрофилактика расстройств с использованием, как психотерапевтических, так и биологических методов коррекции на основе принципов междисциплинарности, возрастной преемственности, комплексности. При диагностике синдромально и нозологически очерченных расстройств, координирующая роль в разработке психокоррекционных мероприятий принадлежит врачам психиатрам, психотерапевтам и психиатрам наркологам.

4.2. Подходы к выделению подростков с аутоагрессивным поведением

В настоящее время одной из главных проблем, приобретающих массовый характер, становится аутоагрессивное поведение, однако до сих пор не разработаны программы профилактики и сопровождения подростков с аутоагрессией с привлечением педиатрической службы первичного звена здравоохранения.

Говоря об аутоагрессии, прежде всего необходимо дать определение данному понятию. Аутоагрессивными считаются действия, направленные на причинение ущерба своему соматическому и психическому здоровью, причем эти действия могут иметь осознанный и неосознанный характер.

Выделяют следующие виды аутоагрессивного поведения:

- рискованное поведение;
- суицидальное поведение;
- суицидальные попытки.

Рискованной является деятельность, влекущая за собой угрозу здоровью и жизни. Чаще всего угроза не осознается подростком, а последствия рискованных действий нередко отсрочены. К рискованному поведению относят экстремальную деятельность, занятия травматичными видами спорта, участие в неформальных деструктивных группировках, таких как готы и эмо, алкоголизацию, курение, наркоманию, раннюю и неупорядоченную сексуальную активность, соблюдение жестких диет.

Суицидальным считается поведение, в основе которого лежит желание умереть, при этом проявления ограничиваются воображаемым и осмысленным компонентом. Сюда относят мысли, представления, фантазии о собственной смерти, а также суицидальные замыслы и намерения.

Суицидальные попытки – это активные действия, направленные на осуществление ухода из жизни. Чаще всего подростки вы-

бирают следующие варианты суицидов: падение с высоты, вскрытие вен, прием медикаментозных средств, повешение.

К факторам, определяющим аутоагрессивное поведение подростков, относят прежде всего отягощенность генеалогического анамнеза по суицидам, нарушение детско-родительских отношений в семье и наличие у ребенка последствий перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС).

Анкета определения наследственной отягощенности по аутоагрессии среди родственников

Инструкция. Укажите, встречались ли у родственников указанные признаки. В случае положительного ответа отметьте, у кого (варианты сокращений представлены в нижних строках анкеты).

Признак	Да/нет	У кого*
1. Занятие травмоопасными видами спорта		
2. Жесткие ограничения в еде с целью улучшения внешности		
3. Употребление наркотиков		
4. Алкоголизм		
5. Периодические высказывания о нежелании жить		
6. Попытки самоубийства, не окончившиеся смертью		
7. Суицид (окончившийся смертью)		
*По линии матери: М0-мать ребенка, М1-бабушка ребенка, М2-дедушка ребенка, М3-родной брат матери, М4-родная сестра матери, М5-двоюродный брат матери, М6-двоюродная сестра матери		
*По линии отца: О0-отец ребенка, О1-бабушка ребенка, О2-дедушка ребенка, О3-родной брат отца, О4-родная сестра отца, О5-двоюродный брат отца, О6-двоюродная сестра отца		
*Братья и сестры подростка: Р1-родной брат подростка, Р2-родная сестра подростка, Д1-двоюродный брат подростка, Д2-двоюродная сестра подростка		

Существуют данные, что у подавляющего большинства детей на антенатальном этапе выявляется риск возникновения перинатального поражения ЦНС (ПП ЦНС) (95,7%), реализация которого на первом году жизни составляет 76,8%. При этом лишь 5,7% новорожденных выписываются из родильных домов с уточненным неврологическим диагнозом. Однако в детской поликлинике в первые месяцы жизни диагноз верифицируется еще у 71,1% детей. В связи с этим необходимо раннее выявление ПП ЦНС для своевременного направления

ребенка к неврологу. Эффективность ранних реабилитационных мероприятий позволяет уменьшать число детей с последствиями ПП ЦНС, которые способствуют в том числе и формированию аутоагрессивного поведения. Так, для педиатра особенно важно тщательно подходить к оценке нервно-психического развития ребенка.

Нужно отметить, что среди подростков без аутоагрессивных проявлений встречались дети с отягощенным генеалогическим анамнезом по суицидам, однако, не имея последствий ПП ЦНС и находясь в благоприятной социальной среде, наследственность у них не реализовывалась и аутоагрессивное поведение не развивалось.

Таким образом, с ранних этапов онтогенеза необходимо выделять группу риска по развитию аутоагрессивного поведения, в которую входят дети с отягощенным генеалогическим анамнезом, имеющие последствия ПП ЦНС, а также находящиеся в неблагоприятных социальных условиях

После выявления подростков группы риска по аутоагрессии следует этап уточнения вида аутоагрессивного поведения, имеющегося у ребенка на момент обследования. Для этого необходимо оценить ответы на ряд утверждений (условие заключается в создании доверительной атмосферы).

Опросник диагностики вида аутоагрессивного поведения

Вопросы	Выбор ответа	
1. Вы любите рисковать?	да	нет
2. Занимаетесь ли Вы травматичными видами спорта?	да	нет
3. Являетесь ли Вы представителем таких неформальных субкультур как «Готы», «Эмо»?	да	нет
4. Вы конфликтный человек?	да	нет
5. Вы можете быть инициатором драки?	да	нет
6. Соблюдаете ли Вы жесткие диеты с целью улучшения внешности?	да	нет
7. Принимали ли Вы или принимаете наркотические вещества?	да	нет
8. Принимаете ли Вы алкогольсодержащие напитки раз в неделю и чаще?	да	нет
9. Выкуриваете ли Вы несколько сигарет в день?	да	нет

10. Вы живете половой жизнью?	да	нет
11. Если Вы живете половой жизнью, используете ли Вы средства защиты?	да	нет
12. Вы когда-нибудь представляли, как бы выглядели Ваши похороны?	да	нет
13. В фильме Вы увидели смерть человека, не ловили ли Вы себя на мысли, что ставите себя на его место?	да	нет
14. Вы посещали или посещаете Интернет сайты, форумы, где описываются способы ухода из жизни?	да	нет
15. Вам нравятся литературные произведения с трагическим концом?	да	нет
16. Приходилось ли Вам думать о самоубийстве?	да	нет
17. Если бы Вы решились на самоубийство, Вы точно знаете, как бы это сделали.	да	нет
18. Считаете ли Вы, что лучший способ решения проблем – перестать существовать?	да	нет
19. Вы способны совершить самоубийство?	да	нет
20. Пытались ли Вы когда-нибудь лишить себя жизни?	да	нет

Положительные ответы на вопросы с 1 по 11 позволяют судить о наличии у подростка рискованного поведения, вопросы 12-19 отражают признаки формирующегося суицидального поведения, а положительный ответ на 20 вопрос позволяет говорить о реализованной суицидальной попытке. В случае смешанных результатов, по рискованному и суицидальному поведению заключение дается в пользу суицидального. Определение вида аутоагрессивного поведения необходимо для обозначения тактики проведения индивидуальной коррекционной работы с подростком.

По результатам ответов можно судить о наличии у подростка рискованного или суицидального поведения, а также выявить, имелись ли у него суицидальные попытки. Данную процедуру может про-

водить либо врач, либо психолог, обязательное условие заключается в создании доверительной атмосферы. Установление вида аутоагрессивного поведения необходимо для определения тактики проведения индивидуальной коррекционной работы с подростком. В случае выявленных суицидальных попыток подросток нуждается в осмотре психиатра или психотерапевта.

Следует отметить, что склонность к проявлениям агрессии и аутоагрессии отмечается у половины обследованных подростков. У каждого второго подростка с отклоняющимся поведением наблюдается сочетание аутоагрессивных и агрессивных тенденций, у 14% – склонность к агрессии в «чистом виде».

Шкала склонности к агрессии и насилию (СОП)

Инструкция. Перед Вами ряд утверждений. Если утверждение верно по отношению к Вам, то отметьте вариант «ДА». Если Вы не согласны с ним, отметьте «НЕТ».

Опросник для мальчиков

№	Утверждение, мнение	Да	Нет
1	Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях	Да	Нет
2	Тот, кто в детстве не дрался, вырастает «маменькиным сыном» и ничего не может добиться в жизни	Да	Нет
3	Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам	Да	Нет
4	Я думаю, что мне бы понравилось охотиться на львов	Да	Нет
5	Если меня обидели, то я обязательно должен отомстить	Да	Нет
6	Я думаю, что мне бы понравилось заниматься боксом	Да	Нет
7	Если бы в наше время проводились бои гладиаторов, то я бы обязательно в них поучаствовал	Да	Нет
8	Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить	Да	Нет
9	Если нет другого выхода, то спор можно разрешить и дракой	Да	Нет
10	Если в кинофильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино	Да	Нет
11	Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений	Да	Нет
12	Если человек раздражает меня, то я готов высказать ему все, что я о нем думаю	Да	Нет
13	Мне бы понравилась профессия дрессировщика хищных зверей	Да	Нет
14	Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда ради забавы я это делаю	Да	Нет

15	Я мог бы своей рукой казнить преступника, справедливо приговоренного к смерти	Да	Нет
16	Иногда у меня бывает такое настроение, что я готов первым начать драку	Да	Нет
17	Я могу вспомнить случаи, когда я был таким злым, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее	Да	Нет
18	Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права	Да	Нет
19	Я редко даю сдачи, даже если кто-то ударит меня	Да	Нет
20	Когда человек в пылу спора прибегает к нецензурным (матерным) выражениям – это нормально	Да	Нет
21	Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной	Да	Нет
22	Мне кажется, что я не способен ударить человека	Да	Нет
23	Иногда я бываю так раздражен, что стучу по столу кулаком	Да	Нет
24	Когда я злюсь, то мне хочется кого-нибудь ударить	Да	Нет
25	Временами я не могу справиться с желанием причинить боль другим людям	Да	Нет

За каждый совпадающий с «ключом» ответ начисляется по 1 баллу:

«+» – 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25.

«-» – 3, 8, 19, 22

Диагностический коридор – 12–20 баллов, при баллах выше 20 – результаты сомнительны.

Опросник для девочек

№	Утверждение, мнение	Да	Нет
1	Если бы была такая возможность, то я бы с удовольствием пошла служить в армию	Да	Нет
2	Чтобы добиться своего, девушка иногда может и подражаться	Да	Нет
3	Даже если я злюсь, то стараюсь никого не ругать	Да	Нет
4	Я с удовольствием смотрю боевики	Да	Нет
5	Если меня обидели, то я обязательно должна отомстить	Да	Нет
6	Я думаю, что мне бы понравилось заниматься каратэ или похожим видом спорта	Да	Нет
7	Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить	Да	Нет
8	Добиваться победы в споре нужно любой ценой	Да	Нет
9	Если в кинофильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино	Да	Нет
10	Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений	Да	Нет
11	Если человек раздражает меня, то я готова высказать ему все, что я о нем думаю	Да	Нет

12	Мне бы понравилась профессия дрессировщицы хищных зверей	Да	Нет
13	Некоторые люди побаиваются меня	Да	Нет
14	Я бы хотела присутствовать при казни человека, справедливо приговоренного к смерти	Да	Нет
15	Я могу вспомнить случай, когда я настолько разозлилась, что хватала первую попавшуюся под руку вещь и ломала ее	Да	Нет
16	Когда человек в пылу спора прибегает к нецензурным (матерным) выражениям – это допустимо	Да	Нет
17	Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной	Да	Нет
18	Бывают случаи, когда я могу ударить человека	Да	Нет
19	Иногда я бываю так раздражена, что громко кричу	Да	Нет
20	Когда я злюсь, то мне хочется громко обругать виновника моих неприятностей	Да	Нет
21	По-настоящему уважают только тех людей, кто вызывает у окружающих страх	Да	Нет
22	Я люблю смотреть выступления боксеров	Да	Нет
23	Я могу ударить человека, если решу, что он серьезно оскорбил меня	Да	Нет
24	Я считаю, что уступить в споре – это значит показать себя со слабой стороны	Да	Нет

За каждый совпадающий с «ключом» ответ начисляется по 1 баллу:

«+» – 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

«-» – 3, 7.

Диагностический коридор – 12–21 балла, при баллах выше 21 – результаты сомнительны.

4.3. Профилактические медицинские осмотры обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ

Профилактические медицинские осмотры врачом-психиатром подростковым проводятся в отношении обучающихся, достигших возраста тринадцати лет.

На основании итогового акта результатов социально-психологического тестирования, полученного из органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования, составляется список образовательных организаций, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся. Он создается на основании ранжированного списка образовательных организаций, составленного в свою очередь исходя из численности обучающихся, имеющих риск потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Профилактический медицинский осмотр проводится врачом - психиатром-наркологом в медицинской организации в четыре этапа:

I этап – профилактическая информационно-разъяснительная беседа с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом и включающий исследование кожных покровов, поверхностных лимфатических узлов, видимых слизистых оболочек, перкуссию и пальпацию участков тела (органов), внешний осмотр и ощупывание костей, суставов и поверхностно расположенных кровеносных сосудов, аускультацию органов дыхания, сердца и магистральных сосудов, измерение артериального давления, частоты дыхания и пульса, исследование вестибулярных функций.

II этап – предварительные химико-токсикологические исследования (ХТИ), направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей (моче) человека наркотических средств и психотропных веществ.

III этап – подтверждающие ХТИ, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека (моче) наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов).

IV этап – разъяснение обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати

лет, результатов проведенного профилактического медицинского осмотра.

Сведения о результатах профилактического медицинского осмотра вносятся врачом - психиатром-наркологом в медицинскую документацию обучающегося (историю развития ребенка).

Предварительные ХТИ в обязательном порядке проводятся на следующие химические вещества, включая их производные, метаболиты и аналоги: опиаты, каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты и фенциклидин.

При получении отрицательных результатов предварительных ХТИ профилактический медицинский осмотр считается завершенным.

В случае выявления в организме обучающегося в ходе предварительных ХТИ наркотических средств и/или психотропных веществ, исследованный при предварительных ХТИ биологический объект (моча) направляется в химико-токсикологическую лабораторию для проведения подтверждающего ХТИ.

Вне зависимости от результатов предварительных ХТИ биологический объект (моча) направляется в химико-токсикологическую лабораторию для проведения подтверждающего ХТИ в случае выявления врачом - психиатром-наркологом, осуществляющим профилактический медицинский осмотр, не менее трех из следующих клинических признаков:

- неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции;
- заторможенность, сонливость или возбуждение;
- эмоциональная неустойчивость;
- ускорение или замедление темпа мышления;
- гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз;
- инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых;
- сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз;
- учащение или замедление дыхания;
- тахикардия или брадикардия;
- сужение или расширение зрачков;
- вялая реакция зрачков на свет;
- двигательное возбуждение или заторможенность;
- пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами;
- неустойчивость в позе Ромберга;

- ошибки при выполнении координационных проб;
- тремор век и (или) языка, рук;
- нарушение речи в виде дизартрии.

По результатам подтверждающих ХТИ оформляется справка о результатах химико-токсикологического исследования.

При получении отрицательных результатов подтверждающих ХТИ профилактический медицинский осмотр обучающегося считается завершенным.

При получении положительных результатов подтверждающих ХТИ врач - психиатр-нарколог разъясняет обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет, результаты проведенного профилактического медицинского осмотра и направляет обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь (при наличии информированного согласия в письменной форме).

Контрольные вопросы к разделу 1.

1. Назовите основные мероприятия по формированию ЗОЖ.
2. Перечислите учреждения, которые принимают участие в формировании ЗОЖ у детей.
3. Обозначьте роль ОО в формировании ЗОЖ обучающихся.
4. Перечислите пути взаимодействия ЦЗ и ОО в формировании ЗОЖ.
5. Каким образом осуществляется взаимодействие ЦЗ и ОО в рамках профилактической деятельности в области формирования ЗОЖ?
6. Каким образом осуществляется взаимодействие ЦЗ и ОО в рамках консультативной деятельности в области формирования ЗОЖ?
7. Каким образом осуществляется взаимодействие ЦЗ и ОО в рамках аналитической деятельности в области формирования ЗОЖ?

Контрольные вопросы к разделу 2.

1. Назовите основные поведенческие факторы риска для здоровья.
2. Назовите основные причины снижения двигательной активности современных школьников.
3. Обозначьте наиболее частые последствия для здоровья дефицита ночного сна.
4. Как Вы можете охарактеризовать организацию питания современных школьников в семье и образовательном учреждении.
5. Каково влияние регулярного курения и употребления алкоголя на здоровье детей школьного возраста?
6. Перечислите факторы риска, выявление которых характеризует значительные нарушения образа жизни обучающихся.

Ситуационная задача к разделу 3.

Проведено анкетирование учащегося 10 класса общеобразовательной школы, мальчика 16 лет. Получены следующие ответы. Среди привычек, вредными для здоровья, назвал курение. Физическими упражнениями помимо уроков физкультуры в школе не занимается, горячую пищу принимает 2 раза в день, мясо, птицу, рыбу, а также молоко и молочные продукты употребляет в пищу 3-4 раза в неделю, свежие овощи, фрукты и соки - 1 раз в неделю и реже, курить пробовал, курить продолжает, каждую неделю, наркотические вещества не пробовал, пиво и алкогольные напитки употребляет с частотой 1 раз в месяц и реже. Спать чаще всего ложится в 24 часа, утром встает в 6.00. Продолжительность ночного сна составляет 6-7 часов. Утреннюю гимнастику не делает. Руки перед едой в школе моет иногда, после посещения туалета всегда, зубы чистит 1 раз в день. На вопрос, будет ли курить в дальнейшем, ответил - не знаю. В то же

время согласился бы выкурить сигарету, если бы ее предложили лучшие друзья. На вопрос о необходимости запрета курения в общественных местах ответил - не знаю. Если бы один из лучших друзей предложил употребить алкоголь, то согласился бы. Во время езды на велосипеде никогда не надевает шлем, во время езды в автомобиле каждый раз использует ремни безопасности. Вредные последствия курения и алкоголя на здоровье в семье обсуждались. Вопросы, касающиеся сексуальных отношений, в семье не обсуждались. Затрудняется в ответе на вопрос, трудно ли будет бросить курить. Если алкогольные напитки употребляются один раз в неделю, риск для здоровья определил как небольшой. На занятиях в учебном году рассказывали об опасностях употребления наркотических веществ, об опасности заражения вирусными гепатитами, ВИЧ инфекцией, о преимуществах рационального питания, о преимуществах физической активности, о преимуществах физической активности, о профилактике травматизма во время занятий физической культуры, о профилактике инфекций, передаваемых половым путем, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения. Об опасностях употребления алкоголя, как избежать или предупредить несчастные случаи на занятиях в учебном году не рассказывали. Наиболее опасным для здоровья из предложенного назвал грубое поведение со стороны взрослых, получить травму на дороге, пострадать от жестокого обращения родителей (см. заполненную анкету).

Вопросы:

- 1) Выделите поведенческие факторы у проанкетированного подростка с высоким риском для здоровья.
- 2) Оцените уровень информированности учащегося в отношении факторов риска.
- 3) Оцените сформированность установок на здоровый образ жизни у учащегося.

Заполненная анкета (к ситуационной задаче)

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?
 - а) курение 1 - да 2 - нет 3 - не знаю
 - б) нерегулярное употребление пищи (не «по часам») 1 - да; 2 - нет 3 - не знаю
 - в) низкая двигательная активность 1 - да 2 - нет 3 - не знаю
 - г) недосыпание 1 - да 2 - нет 3 - не знаю
2. Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в т.ч. танцы, посещение бассейна и т.д.) помимо уроков физкультуры в школе?
1 - да 2 - нет

3. Если «да», то сколько часов в неделю? - ____
4. Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?
- 1 - три раза в день и чаще;
- 2 - два раза в день
- 3 - один раз в день
5. Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?
- 1) один раз в день и чаще
- 2) 3-4 раза в неделю
- 3) 1 раз в неделю и реже
6. Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?
- 1) один раз в день и чаще
- 2) 3-4 раза в неделю
- 3) 1 раз в неделю и реже
7. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки?
- 1) один раз в день и чаще
- 2) 3-4 раза в неделю
- 3) 1 раз в неделю и реже
8. Пробовал ли ты когда-нибудь курить?
- 1 - нет 2 - да
9. Продолжаешь ли ты курить? 1 - нет 2 - да
10. Если «да», то как часто?
- 1 - хотя бы один раз за последние 3 месяца
- 2- каждую неделю
- 3 - ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день)
11. Пробовал ли ты какие-либо наркотические (токсикоманические) вещества?
- 1) 1 - нет 2 - да
12. Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки (шампанское, коктейли, вино, водку, спиртные напитки домашнего изготовления и т.п.)?
- 1 - нет 2 - да
13. Если да, то, как часто?
- 1) 1 раз в месяц и реже
- 2) 2-3 раза в месяц
- 3) 4 и более раз в месяц
14. В какое время ты обычно ложишься спать? 24.00 (час.)
15. Во сколько обычно встаешь утром 6.00 (час.)
16. Продолжительность ночного сна обычно составляет шесть часов

17. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?
1 - ежедневно; 2 - иногда; 3 - никогда
18. Как часто ты моешь руки перед едой в школе? 1 - всегда 2 - иногда 3 - никогда
19. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?
1 - всегда 2 - иногда 3 - никогда
20. Как часто ты чистишь зубы?
1 – ежедневно 2 раза в день и чаще
2 - 1 раз в день
3 - 3-4 раза в неделю и реже
21. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?
1 - нет 2 - да 3 - не знаю
22. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить?
1 - нет 2 - да 3 - не знаю
23. Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, автобусы, поезда, школы, рестораны, на игровых площадках, в спортивных залах, на дискотеках и т.п.?
1 - да 2 - нет 3 - не знаю
24. Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты?
1 - нет 2 - да
25. Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизированном средстве?
1 - каждый раз во время езды
2 - иногда
3 - никогда
26. Как часто ты используешь ремни безопасности во время езды в автомобиле или другом транспортном средстве, управляемом другим человеком?
1 - каждый раз во время езды
2 - иногда
3 - никогда
27. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?
1 - да 2 - нет
28. Как ты считаешь, когда кто-то начинает курить, ему потом будет трудно бросить эту привычку?
1 - да 2 - нет 3 - не знаю
29. Как ты думаешь, насколько подвергают себя риску (физическому или другому) люди, если они употребляют алкогольные напитки один раз в неделю?

1 - большой риск

2 - риск небольшой

3 - риска нет

30. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье?

1 - да 2 - нет

31. Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасностях употребления алкоголя?

1 - да 2 - нет

32. Рассказывали ли вам в этом учебном году на занятиях об опасностях употребления наркотических веществ, в т.ч. опасности заражения вирусными гепатитами, ВИЧ инфекцией?

1 - да 2 - нет

33. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания?

1 - да 2 - нет

34. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах физической активности?

1 - да 2 - нет

35. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

36. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вопросы, касающиеся сексуальных отношений?

1 - да 2 - нет

37. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о том, как избежать инфекций, передаваемых половым путем, в.т.ч. ВИЧ-инфекции и СПИДа?

1 - да 2 - нет

38. Что, на твой взгляд, в настоящее время является наиболее опасным?

(отметь три наиболее важных ответа)

- грубое поведение со стороны старших школьников
- грубое поведение со стороны взрослых
- получить травму на автомобильной дороге
- получить травму во дворе (из-за ремонта или стройки, которые там идут)
- пострадать от людей, находящихся в нетрезвом виде (пьяных) или под действием наркотиков (наркоманов)
- пострадать от жестокого обращения родителей

39. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях расска-

зывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления?

1 - да 2 - нет

40. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения?

1 - да 2 - нет 3 - не знаю

Эталон ответов:

- 1) Высокий риск для здоровья по низкой двигательной активности (двигательная активность ограничена только уроками физкультуры в школе), нерациональному питанию (горячая пища только 2 раза в день, недостаточное употребление мяса, рыбы, птицы, молока и молочных продуктов, свежих овощей и фруктов), курению, дефициту ночного сна (менее 7 часов, поздний отход ко сну).
- 2) Информированность недостаточная, так как получено только 9 положительных ответов из 17 на вопросы, касающиеся информированности (1, 27-37, 39, 40).
- 3) Сформированность установок на здоровый образ жизни у учащегося недостаточная, так как получено только 4 положительных ответа из 19 на соответствующие вопросы (2, 4-7, 9, 11, 12, 16-26).

Тестовый контроль к разделу 4.

1) Нормативный документ, регламентирующий выявление факторов риска развития психических расстройств и/или расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, на амбулаторном этапе:

а) Приказ МЗ России № 396 от 2019 года "Об изменениях в порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Минздрава России N 514н от 10.08. 2017"

б) Федеральный закон "Об охране здоровья граждан"

в) Федеральный закон "Об образовании"

г) Федеральный закон "Об оказании психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"

2. Основными критериями социально-психологической адаптации учащегося являются:

а) эффективность учебной деятельности

- б) соблюдение принятых в обществе, в т.ч. школьных форм поведения
- в) успешность социальных контактов с ближайшим окружением, эмоциональное благополучие
- г) все выше перечисленное

3. Критерии выявления расстройств личности субклинического (донозологического) уровня у подростков:

- а) учебная и социальная дезадаптация
- б) отклоняющееся поведение
- в) сильно выраженные специфические подростковые реакции
- г) все выше перечисленное

4. Учебная дезадаптация учащегося определяется наличием:

- а) низкой успеваемостью, конфликтами с педагогами и соучениками
- б) пропусками занятий в школе
- в) неудовлетворенностью родителей школьными успехами ребенка

5. Аномальные формы воспитания - это:

- а) «ежовые рукавицы»
- б) эмоционального отвержения «золушка»
- в) гипоопека и безнадзорность
- г) «кумир семьи»
- д) все выше перечисленное

6. К типичным подростковым реакциям относятся

- а) эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения (проявляющиеся рискованными формами поведения)
- б) учебная дезадаптация
- в) инфантилизация
- г) антисоциальное поведение

7. Этапы диагностики расстройств личности учащихся подросткового возраста включают:

- а) доврачебный, врачебный, специализированной помощи
- б) медико-психологическая комиссия, психоневрологический диспансер, психоневрологический стационар
- в) школьная психологическая служба, районный врач психиатр

8. Акцентуации характера определяются с помощью:

- а) анкетирования родителей
- б) рисуночных проективных тестов
- в) наблюдения за поведением подростка
- г) теста "Патохарактерологический диагностический опросник"

9. Делинквентное поведение - это:

- а) цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений, отличающихся от криминала
- б) вариант нормального подросткового поведения
- в) разновидность акцентуаций характера

10. Выявление риска расстройств невротического круга у подростков осуществляется

- а) путем сбора жалоб ребенка, отмечаемых родителями, педагогами и средним медицинским персоналом образовательной организации
- б) оценки выраженности отдельных наиболее часто встречающихся симптомов и длительности их проявления
- в) на консультации школьного психолога и социального педагога
- г) на консультации психотерапевта или психиатра
- д) все выше перечисленное.

Эталоны ответов

1	-	а	6	-	а
2	-	г	7	-	а
3	-	г	8	-	г
4	-	а	9	-	а
5	-	д	10	-	д

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник : для студентов высших медицинских учебных заведений по специальности 060103 "Педиатрия" : [гриф] / А. С. Калмыкова [и др.] ; под ред. А. С. Калмыковой ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 895 с. :
2. Профилактические осмотры детей: учеб. пособие / Л. А. Жданова [и др.] – Иваново, 2006. – 236 с.

Дополнительная

1. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. – М., «Литтерра», 2010.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Звездина И.В. Табакокурение детей и пути решения. – М: Литтерра, 2007.
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медико-социальные проблемы воспитания подростков // Монография. – М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2014.
4. Звездина И.В. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний у детей и подростков в образовательных учреждениях / Актуальная проблема внедрения здоровь развивающей педагогики // Под ред. А.А. Коробейникова. – М.: Изд. Совета Федерации, 2011.
5. Звездина И.В., Трофименко А.В. Роль нерационального питания в развитии неинфекционных заболеваний у школьников // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 3 (19). – С. 108–109.
6. Кожевникова Т.Н., Гривас И.В., Помогаев И.В., Малышев В.С. Влияние табакокурения на респираторную функцию подростков // Доктор. Ру. – 2017. – №4 (133). – С.8–13.
7. Личко А. Е., Иванов Н.Я. Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков. – Ленинград, 1983.
8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. – 2-е издание доп. и перераб. – Ленинград: Медицина, 1985.
9. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях: модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся // Под ред. Кучмы В.Р. Издание 2-е, дополненное. – Том I. – М.: НМИЦ здоровья детей Минздрава России, 2019.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ОО	Образовательная организация
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЦНС	Центральная нервная система
ПНД	Психоневрологический диспансер
ОУ	Образовательное учреждение
ОМСП	Отделение медико-социальной помощи
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ЦЗ	Центр здоровья
ДОСААФ	Добровольное общество содействия армии, авиации и флоту
ОБЖ	Обеспечение безопасности жизнедеятельности
НДА	Низкая двигательная активность
БА	Бронхиальная астма

Учебное издание

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА
ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
И МОНИТОРИНГУ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА
У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н, профессора Л.А. Ждановой

Подписано в печать

Формат 60×84 ¹/₁₆

Уч.-изд. л. 5,1 Тираж 100 экз. Заказ №

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России

153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8

Тел.: (4932) 30-02-28

E-mail: kafedrak@mail.ru