ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «НИЖЕГОРОДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ТАНИНА НИНА АЛЕКСАНДРОВНА

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ЗАГОРОДНОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
Поздеева Татьяна Васильевна

Москва-2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ..... 5

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИХ ОТДЫХА В ЛЕТНИХ ЗАГОРОДНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (обзор литературы) 12

1.1. Социально-гигиенические факторы, определяющие здоровье детей 12

1.2. Оздоровительно-воспитательная среда детских загородных учреждений 22

1.3. Проблемы оценки эффективности оздоровительной работы в детских загородных оздоровительных учреждениях……..28

ГЛАВА II. ПРОГРАММА, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 322

ГЛАВА III. ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРИБЫВАЮЩИХ В ДЕТСКИЕ ЗАГОРОДНЫЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ..... 477

3.1. Физическое развитие и уровень функциональных резервов организма у детей, отдыхающих в детских загородных оздоровительных учреждениях 477

3.2. Комплексная оценка состояния здоровья детей в детских загородных оздоровительных учреждениях 522

ГЛАВА IV. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОТДЫХАЮЩИХ В ЗАГОРОДНЫХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ 588

4.1. Социально-гигиенические условия проживания, воспитания и обучения детей в семье..... 588

4.2. Медико-социальная характеристика детей в рамках международной программы «CINDI» 79

ГЛАВА V. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКИХ ЗАГОРОДНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОТДЫХА .. 89

5.1. Организация и состояние питания в детских загородных оздоровительных учреждениях 89

5.2.Организация распорядка дня в загородных оздоровительных учреждениях 98

ГЛАВА VI. СЕСТРИНСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ЗАГОРОДНОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 1022
6.1. Обоснование сестринской модели профилактических мероприятий в детских загородных оздоровительных учреждениях 1022
6.2. Разработка сестринской модели профилактических мероприятий 1100
6.3. Оценка эффективности сестринской модели и программы профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей 1188
6.3.1. Динамика физического развития детей 1188
6.1.2. Динамика уровня функциональных резервов организма 1200
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 1300
ВЫВОДЫ 1400
ПРЕДЛОЖЕНИЯ 1433
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 1455

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВСД – вегето-сосудистая дистония

Д - девочки

ДОБО – детская оздоровительная база отдыха

ДОЦ – детский оздоровительный центр

ДОУ – детское оздоровительное учреждение

ДТ – длина тела

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЗОЖ - здоровый образ жизни

ИРТ – иглорефлексотерапия

КВЧ – крайне высокочастотная терапия

КМС – костно–мышечная система

ЛФК – лечебная физкультура

М – мальчики

МТ – масса тела

ООО – общество с ограниченной ответственностью

СанПиН – санитарные правила и нормы

СМТ - синусоидальные модулированные токи

УФО – ультрафиолетовое облучение

ФР – физическое развитие

ФРО – функциональные резервы организма

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Охрана и укрепление здоровья детей и подростков является государственной проблемой, одним из приоритетов концепции национальной безопасности. В последнее десятилетие выявлена тенденция ухудшения состояния здоровья детей и подростков в России, поэтому сохранение и укрепление их здоровья является одним из главных направлений здравоохранения [11, 17,24,27, 42].

В ряде публикаций [51, 54,67, 87] отмечаются особенности негативных изменений здоровья детей за последние годы:

- значительное снижение числа абсолютно здоровых детей: среди учащихся их число не превышает 10-12%;

- стремительный рост числа функциональных нарушений и хронических заболеваний;

- увеличение числа школьников, имеющих несколько диагнозов.

Причин сложившейся ситуации несколько, и многие из них связаны с образом жизни детей и подростков [10,11,17,19,32,48,74,92,96]. К основным негативным факторам, влияющим на здоровье детей, в первую очередь относятся нарушения условий проживания, воспитания и обучения детей в семье и в школе: неполноценное питание, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе. Объем учебных программ, их информативная насыщенность часто не соответствуют функционально-возрастным возможностям школьников. До 80% учеников постоянно или периодически испытывают учебный стресс. Всѐ это в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности, оказывает негативное воздействие на развивающийся организм. Дефицит двигательной активности уже в младших

классах составляет 35–40%, а среди старшеклассников – 75–85 процентов [12,16, 20,21, 23, 24,32,36,40,47,83,90,108].

Важным этапом оздоровления детей и подростков следует рассматривать летнюю оздоровительную кампанию [5, 7, 8, 14, 27, 30, 33, 38, 55, 59, 68, 100]. Понятие "лагерь" характеризуют непрерывность оздоровительно - воспитательного процесса и преемственность между системами школы и лагеря. Жизнедеятельность детского оздоровительного лагеря – это целостная система, в которой заложены возможности укрепления здоровья и одновременно формирования ценностных ориентиров [6; 7; 227]. В настоящее время загородные оздоровительные учреждения (лагеря) различаются по организационно-правовым формам. В то же время отчетность об их деятельности осуществляется независимо от формы собственности на основании Приказа Минэкономразвития РФ и Федеральной службы государственной статистики от 16.05. 2011 г. № 239 «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за деятельностью детских оздоровительных учреждений (лагерей)».

В Проекте Постановления Правительства РФ от 16.02.2011 г. «Об утверждении типового положения о детском оздоровительном лагере» в числе основных задач значатся:

-обеспечение необходимых условий для личностного, творческого, духовного развития детей, для занятий детей физической культурой и спортом, укрепления их здоровья, привития навыков здорового образа жизни;

- обеспечение соблюдения режима питания и жизнедеятельности детей при выполнении санитарно-эпидемиологических требований.

При этом штатное расписание и функциональные обязанности медицинского персонала летних оздоровительных учреждений определяется их Уставом, в котором не прописывается работа с родителями детей в

фиксированные «родительские дни», формирование здорового образа жизни у детей в период оздоровления. Не осуществляется и анализ качества оздоровления детей, так как отсутствуют единые, научно обоснованные требования к оценке эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей. Работы, посвященные оценке изменений функциональных параметров органов и систем организма, происходящих за время пребывания ребенка в детском оздоровительном учреждении, немногочисленны и представлены разноречивыми данными [56,75,102].

Необходимость решения поставленных задач в условиях краткосрочного пребывания в детских оздоровительных учреждениях требует разработки специально адаптированных и эффективных программ профилактики и четкой координации их выполнения. Вместе с тем, практически не используется такой важнейший кадровый ресурс, как медицинские сестры с высшим медицинским образованием. Специальная подготовка позволяет им активно участвовать в разработке и реализации профилактических программ, координируя при этом усилия персонала оздоровительного учреждения, детей и их родителей; проводить мероприятия по формированию ЗОЖ; оценивать показатели здоровья детей и подростков [56,61,73,79,81].

Вышеизложенное определило цель и задачи исследования.

Цель настоящего исследования научно обосновать, разработать и апробировать сестринскую модель профилактических мероприятий в детских загородных оздоровительных учреждениях.

Задачи:

1. Оценить физическое развитие и уровень функциональных резервов организма у детей в детских загородных оздоровительных учреждениях в начале и конце смены, дать комплексную оценку их здоровья.

2. Изучить особенности образа жизни детей, отдыхающих в детских оздоровительных учреждениях.

3. Проанализировать распорядок дня, организацию и состояние питания в детских загородных оздоровительных учреждениях.

4. Разработать, обосновать и внедрить сестринскую модель профилактических мероприятий в условиях детского летнего загородного оздоровительного учреждения.

5. Оценить медицинскую эффективность сестринской модели профилактических мероприятий в детских летних оздоровительных учреждениях различной организационно-правовой формы.

Научная новизна исследования:

Впервые предложена и обоснована сестринская модель и программа профилактических мероприятий в условиях детского загородного оздоровительного учреждения.

Дана медико-социальная характеристика образа жизни детей, поступающих в летние оздоровительные учреждения. Изучены особенности их самосохранительного поведения: отношение к здоровью, к физической культуре и спорту, к привычкам, сопряженным с риском для здоровья, медицинская активность,

Получены новые данные о состояния и динамике физического развития, функциональных резервов организма, физической подготовленности в период краткосрочного летнего отдыха в детских загородных оздоровительных учреждениях.

Обоснованы критерии оценки эффективности краткосрочного пребывания детей в оздоровительном учреждении на основе использования скрининг оценки функциональных резервов организма.

Практическая значимость исследования:

Научно обоснована и разработана сестринская модель профилактических мероприятий для детских загородных учреждений, позволяющая повысить результативность оздоровления детей и способствующая формированию их здоровьесберегающего поведения.

Разработаны объективные критерии оценки эффективности краткосрочных оздоровительных программ.

Предложена методика расчета коэффициента эффективности профилактической программы в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей и шкала его оценки.

Сестринская модель организации профилактических мероприятий может быть использована в детских оздоровительных учреждениях различных организационно-правовых форм собственности, что позволит повысить результативность летнего отдыха и эффективно использовать специально подготовленный средний медицинский персонал.

Внедрение результатов исследования в практику

На основании проведенного исследования сестринская модель организации профилактических мероприятий в детских летних оздоровительных загородных лагерях была внедрена в практическую деятельность ДОБО «Ласточка» - филиал ООО «Газпром Трансгаз Нижний Новгород», ДОЦ «Водопрь» Департамента образования Арзамасского района Нижегородской области. Материалы исследования и разработанное на их основе методическое пособие «Организация профилактических мероприятий в детском оздоровительном лагере» (Н.Новгород, 2016), утверждено Министерством здравоохранения Нижегородской области и используется:

- в учебно-педагогическом процессе на кафедрах экономики, менеджмента и медицинского права, общественного здоровья и

здравоохранения, профилактической медицины ГБОУ ВПО «НижГМА» Минздрава России;

- при подготовке сестринского персонала в ГОУ СПО «Нижегородский медицинский базовый колледж», ГАОУ ДПО «Нижегородский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения».

Апробация работы

Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на: XI научной сессии «Современные решения актуальных научных проблем в медицине» (Н.Новгород, 2012); IV межрегиональной конференции организаторов сестринского дела Приволжского федерального округа «Современный подход к управлению сестринской деятельностью» (Н. Новгород, 2012); XVII Съезде педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», III Форуме детских медицинских сестер России «Сестринское дело в педиатрии: новые вызовы» (Москва, 2013); Всероссийской XII ежегодной научной сессии молодых ученых с международным участием «Современные решения актуальных научных проблем в медицине» (Н. Новгород, 2013), XIV международном медицинском форуме «Технологии профилактики – современный путь развития здравоохранения» (Н. Новгород, 2013), XV международном медицинском форуме «Качество и безопасность оказания медицинской помощи» (Н. Новгород, 2014), II медицинском форуме «Актуальные вопросы врачебной практики» (Н. Новгород, 2015), XVI международном медицинском форуме «Качество и безопасность оказания медицинской помощи» (Н. Новгород, 2015), XVII международном медицинском форуме «Качество и безопасность оказания медицинской помощи» (Н. Новгород, 2016).

Личное участие автора. Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора, как на этапе постановки цели и задач, разработки методических подходов и их выполнения, так и

сбора первичных данных, проведении исследования, обработки, анализа и обобщения результатов для написания и оформления рукописи.

По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ, из них 4 - в изданиях, рекомендованных ВАК для публикации основных положений диссертации на соискание ученой степени кандидата наук.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы описания организации, материалов и методов исследования, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, рекомендаций, списка литературы и 5 приложений. Основной текст диссертации изложен на 172 страницах машинописного текста, иллюстрирован 57 таблицами и 13 рисунками. Библиографический указатель включает 151 источник, из них 129 отечественных и 22 зарубежных.

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИХ ОТДЫХА В ЛЕТНИХ ЗАГОРОДНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Социально-гигиенические факторы, влияющие на здоровье детей

В течение последних десятилетий в России отмечаются негативные тенденции в состоянии здоровья подрастающего поколения, что отражено в многочисленных исследованиях, которые опираются на анализ официальных статистических показателей и данные углубленных медицинских исследований [2,3,4,42,45,50,125,129,130]. Согласно определению, ВОЗ: «Здоровье — это не отсутствие болезни, как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия" [109].

Здоровье детей и подростков – это фундамент, на котором формируется здоровье взрослого человека. Перенесѐнные болезни в детстве подтачивают этот фундамент, т.к. большинство из них не проходит бесследно и заканчивается, как правило, различными нарушениями здоровья: от незаметных невооружѐнным глазом структурно - функциональных сдвигов до инвалидности.

По данным Росстата за последние 5 лет заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 13,1%, в возрасте 15-17 лет – на 15%. Рост заболеваемости отмечается по всем классам болезней, но самые высокие темпы прироста наблюдаются при новообразованиях, болезнях крови и кроветворных органов (в 1,6 раза), мочеполовой системы и врожденных аномалиях (в 1,5 раза). В структуре же хронических болезней ведущее место занимают болезни костно-мышечной системы (24%), органов пищеварения (23%), нервной системы и психической сферы (20%). Следует отметить, что состояние здоровья детей, проживающих в сельской местности, значительно хуже, чем детей-горожан. Так, доля здоровых детей, проживающих в городе,

составляет 36,9%, тогда как в сельской местности - 29,02%. У сельских детей показатель заболеваемости впервые выявленной патологией выше, чем в городах.

По данным исследований ряда авторов [50, 54,67, 87], лишь 10% выпускников школ могут считаться здоровыми, 40% имеют различную хроническую патологию. У каждого второго школьника выявлено сочетание нескольких хронических заболеваний. За период обучения в школе число детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата увеличивается в 1,5 – 2 раза, нервными болезнями – в 2 раза, с аллергическими болезнями – в 3 раза, с близорукостью – в 5 раз.

Особенно неблагоприятная ситуация со здоровьем учащихся отмечается в школах нового типа (гимназии, колледжи, лицеи, школы с углубленным изучением предметов и др.), учебный процесс в которых характеризуется повышенной интенсивностью. К концу года у гимназистов в 2 раза увеличивается частота гипертонических реакций, а общее число неблагоприятных изменений артериального давления достигает 90%; проявления повышенной невротизации отмечается у 55% - 83% учащихся школ нового типа. Заметно возросла заболеваемость подростков: по результатам профилактических осмотров различные заболевания регистрируются у 94,5% подростков. Распространѐнность заболеваний, ограничивающих выбор профессий, достигает 3% [9,11,17,19,32,48,74,96].

Пристального внимания заслуживает динамика показателей состояния здоровья детей, обучающихся в начальной школе. Так, частота болезней, выявленных при осмотре (контингент больных на определенную дату) за период 2005-2015 гг. среди учащихся младших классов, увеличилась на 54,5% (с 2903,7 до 4485,7‰), в том числе на 59,8% возросла распространенность функциональных отклонений и на 31,8% - частота встречаемости хронических заболеваний, среди учащихся старших классов –

соответственно ─ на 74% и 40% (Звездина И.В., 2008, Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2008).

На основании результатов исследований Института возрастной физиологии РАО (Прокопьев Н.Я., 2000), у детей отмечается тенденция «омоложения» многих функциональных нарушений, в числе которых патология сердечно-сосудистой, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, наносящих экономический и социальный ущерб обществу. Результаты проводимых научных исследований показывают, что наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей происходит в возрасте от 7 до 17 лет. Ежегодный прирост заболеваемости у подростков составляет более 5-7%. Это служит отражением того, что подростковый возраст является критическим этапом в жизни человека. В силу анатомо-физиологических особенностей именно в этом возрасте организм ребенка становится наиболее уязвимым и незащищенным от воздействия различных факторов среды. Как отмечают эксперты ВОЗ, ухудшение условий жизни и снижение стабильности в обществе с переходной экономикой, глубокое их реформирование с ломкой сложившихся социальных стереотипов способствуют формированию чувства неуверенности, прежде всего в такой возрастной группе, как подростки, способствуя росту заболеваемости и ухудшению состояния их здоровья [10,13, 109].

В ходе проведенной в 2002 году всеобщей диспансеризации детского населения (ВДД) России в среднем по стране здоровыми были признаны 32,1% детей (первая группа здоровья), 51,7% имели функциональные отклонения со стороны различных органов и систем (вторая группа здоровья) и 16,2% страдали различными хроническими заболеваниями (третья группа здоровья) [124].

Показатели, характеризующие физическую работоспособность и физическую подготовленность у современных подростков, значительно (на

20–25 процентов) ниже, чем у их сверстников 80–90-х годов, вследствие чего около половины мальчиков и до 75 процентов девочек - выпускников 11 классов не в состоянии выполнять нормативы физической подготовленности [9,49,91,96].

Официальная статистика продолжает свидетельствовать об ухудшении здоровья детей и подростков.

Ряд авторов [10,11,12,13,17,19,32,48,74,96,51, 54,67, 87] отмечает, что особенностями негативных изменений здоровья детей за последние годы являются:

- значительное снижение числа абсолютно здоровых детей, а среди учащихся их число не превышает 10-12%;

- увеличение за последние 10 лет частоты функциональных нарушений во всех возрастных группах в 1,5 раза; хронических болезней — в 2 раза;

- изменение структуры хронической патологии: вдвое увеличилась доля болезней органов пищеварения, в 4 раза - опорно-двигательного аппарата (сколиоз, остеохондроз, осложненные формы плоскостопия), втрое — болезней почек и мочевыводящих путей;

- увеличение числа школьников, имеющих несколько диагнозов. Школьники 7–8 лет имеют в среднем 2 диагноза, 10–11 лет — 3 диагноза, 16–17 лет — 3–4 диагноза, а 20% старшеклассников-подростков имеют 5 и более функциональных нарушений и хронических заболеваний.

Состояние здоровья российских подростков существенно хуже, чем у их сверстников в других странах. Об этом свидетельствуют данные самооценки здоровья 15-летних подростков. Считают себя здоровыми: в Швейцарии - 93%, в Швеции -72%, во Франции – 55%, в Германии – 40%, в России – всего 28% подростков.

В структуре соматических заболеваний у российских подростков, по сравнению с другими возрастными группами, явно доминируют заболевания эндокринной, мочевыделительной, нервной системы, психические

расстройства, обусловленные перестройкой пубертатного периода и началом половой жизни. Ухудшение состояния здоровья детей и подростков повлекло за собой нарастание негативных медико-социальных последствий [17,74].

В настоящее время особую тревогу вызывает неуклонный рост числа социально обусловленных и социально значимых заболеваний в детско-подростковом периоде, что, безусловно, не может не отразиться на уровне здоровья и инвалидности населения в последующих возрастных периодах. Вполне ожидаемым становится прогноз дальнейшего снижения качества воспроизводства последующих поколений россиян (Сивичалова О.В. 2012; Кучма В.Р., 2014; Баранов А.А., 2014).

Результаты исследований, выполненных в различных регионах России, указывают на широкий спектр медико-социальных проблем. К ним относятся «рисковые», или «саморазрушительные» формы поведения современной молодежи в виде употребление алкоголя, табакокурения, токсикоманий, ранней сексуальной активности, бродяжничества, правонарушений несовершеннолетних и др. Все это происходит в условиях физической, психической и нравственной незрелости, отрицательно влияющих на нравственное состояние подростков [13,21,39,46,47,52,67,96].

В России отмечается рост употребления наркотических психоактивных веществ и алкоголя, о чем свидетельствует значительное увеличение показателей заболеваемости токсикоманиями к 2013 г. по сравнению с 2001 г.: с 8,3 до 12,8 на 100 тыс. подросткового населения, что составляет увеличение в 1,5 раза или на 54,2%. [13,52,72,74,130]. Ежедневно употребляют алкогольные напитки (включая слабоалкогольные) 33% юношей и 20% девушек, а 16% школьников и 30% студентов хотя бы раз употребляли наркотики [12,24, 29,32]. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что мальчики пробуют пить и курить в более раннем возрасте, нежели девочки: для мальчиков возраст появления хотя бы одной

из этих вредных привычек - 10,8 лет, а для девочек — 12,7 лет [13,21,39,46,47,52,67,96].

За последнее десятилетие острой медико-социальной проблемой стало ухудшение состояния психического здоровья детей, и, прежде всего, детей подросткового возраста. Распространенность психических заболеваний среди подростков на 21% выше, чем среди детей более младших возрастных групп. Распространенность депрессий в подростковой популяции составляет 19% (Гончарова Г.А., 2012).

За последние 10 лет количество самоубийств возросло в 1,8 раза. По данным последних опросов 2014-2015 гг., мысль о самоубийстве возникала у 18% юношей и 42% девушек. Хотя склонность к самоубийству типична для периода взросления во всех культурах, уровень суицидов в России один из самых высоких в мире [10,13,52,]

Причин сложившейся ситуации несколько, и многие из них связаны с образом жизни детей и подростков. К основным негативным факторам, влияющим на здоровье детей, в первую очередь относятся нарушения условий проживания, воспитания и обучения детей в семье и в школе: неполноценное питание, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе, что относится к модифицированным факторам риска.

Важным психогигиеническим фактором, определяющим здоровье детей, является соблюдение режима дня и учебной нагрузки. Исследования [10,54,88,89] выявили у старших школьников снижение продолжительности сна до 7 часов и менее при норме 8-9 часов. Свободное время большинство подростков проводит у экрана телевизора или компьютера (от 25% до 50%), практически не бывают на свежем воздухе более 50% старшеклассников. Систематически занимаются спортом от 5% до 30% детей.

Объем учебных программ, их информативная насыщенность часто не соответствуют функционально-возрастным возможностям школьников. До

80% учеников постоянно или периодически испытывают учебный стресс. Также на здоровье губительно сказывается низкая двигательная активность. Ее дефицит уже в младших классах составляет 35–40%, а среди старшеклассников – 75–8% [12,16, 20, 23, 24,32,36,40,47,49,83,90,108].

Дефицит двигательной активности детей также связан с увеличением учебных нагрузок, несовершенством физического воспитания в школе, хотя укрепление здоровья методами физического воспитания признается наиболее доступным в условиях общеобразовательной школы. Физическая культура - один из главных факторов, объединяющих оздоровительный и образовательный процессы [18,23,41,102,108,130,144].

В нормативном документе коллегии Минобразования России, Госкомспорта России и Президиума РАО (23.05.2002г. №11/9/6/5.) «О совершенствовании процесса физического воспитания в образовательных учреждениях РФ» особо подчеркивается необходимость организации оздоровительного режима учащихся в условиях учебной деятельности. При этом внедрение в режим учебного дня регулярных организованных занятий физическими упражнениями рассматривается как важнейшее условие профилактики заболеваемости школьников, оптимизации их умственной и физической работоспособности, содействия их развитию в целом [90,123].

Одной из задач школ является работа по внедрению здоровьесберегающих технологий в школьный образовательный процесс [6, 11, 12, 17, 20, 23, 27, 35, 39, 107].

В целях подготовки школьников к учебной деятельности перед занятиями рекомендуется проведение гимнастики (комплекс упражнений продолжительностью 5-7 мин.), направленной на все основные группы мышц, в хорошо проветриваемых коридорах и других помещениях школы [117, 120].

Эффективным активным отдыхом является проведение физкультминуток и физкультпауз на общеобразовательных уроках.

Применение кратковременных ФУ способствует снижению утомления и повышению умственной работоспособности учащихся. Для младших школьников наиболее целесообразно их проведение между 15-й и 20-й, а с учащимися 5-9 классов – между 20-й и 25-й минутами. Комплексы физкультминуток могут быть сформированы из упражнений для разных групп мышц с учетом их напряжения в процессе деятельности, обязательно затрагивающие группы мышц, несущих статическую нагрузку (для улучшения мозгового кровообращения, снятия утомления с плечевого пояса и рук и т.д.). Продолжительность комплекса – 1,5 – 2 минуты [4, 12, 84, 121, 137].

Особое место в школах рекомендуется отвести развитию образовательного процесса по ФК с учащимися специальной медицинской группы. Именно на этот контингент в первую очередь должны ориентироваться школы при разработке и здоровьесберегающих технологий, и всевозможных оздоровительных моделей учебной деятельности учащихся в режиме учебного дня [6, 9, 11, 12, 17, 20, 23, 27, 35, 39, 107].

В соответствии с «Положением о врачебном контроле за лицами, занимающимися физической культурой и спортом», дети распределяются на 3 медицинские группы: основную (I группа здоровья), подготовительную (II группа здоровья) и специальную («А» - III группа здоровья и «Б» - IV группа здоровья).

К специальной медицинской группе «А» относят детей и обучающихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, требующих ограничения физических нагрузок, допущенных к выполнению учебной и воспитательной работы. Занятия по физической культуре с ними проводят в учреждениях образования по специальным учебным программам, утвержденным директором и согласованным с органами здравоохранения (кабинетом лечебной физкультуры, врачебно-физкультурным диспансером и др.)

В специальную медицинскую группу «Б» зачисляют детей и обучающихся, имеющих значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, серьезные хронические заболевания, требующих существенного ограничения физических нагрузок, допущенных к теоретическим занятиям. Занимаются они в кабинете ЛФК местной поликлиники, врачебно-физкультурном диспансере, а также индивидуально по согласованию с лечащим врачом.

Задачами физического воспитания тех, кто отнесен к специальной медицинской группе, являются улучшение общего состояния здоровья, обучение двигательным умениям и навыкам, восстановление нарушенных функций организма, компенсация отдельных утраченных функций, обучение рациональному дыханию, воспитание правильной осанки, приобщение к эффективному участию в общественно полезном труде.

Практические занятия с детьми, отнесенными к специальной медицинской группе, нельзя сводить к лечебной физкультуре, они должны носить комплексный характер. Следует всемерно использовать общеразвивающие и специальные упражнения, не требующие чрезмерного напряжения [61,62,65,81].

Следующим фактором, определяющим здоровье детей, является питание [51, 63, 68, 88, 89, 94, 95, 100, 140, 147].

Недостаток или избыток пищи нередко служит причиной заболеваний желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ, излишнего нарастания массы тела, вплоть до развития ожирения, или, наоборот, приводит к дефициту массы тела и т. д. Дефекты в питании не всегда сразу отражаются на здоровье, чаще они проявляются позже, в процессе жизнедеятельности, при неблагоприятных внешних условиях, заболеваниях, повышенной учебной нагрузке в школе, а иногда и в более зрелые годы [63, 94, 140, 147].

Статистика подтверждает, что 57% детей не едят в школе. Из числа питающихся в школе 23% детей только завтракают, 14% только обедают, лишь 6% завтракают и обедают. При определении суточного потребления основных пищевых ингредиентов у детей установлено высокое потребление подростками углеводов, преимущественно в виде сахара, и низкое потребление белка [94, 95, 147]. В целом среди учащихся подростков имеют место нарушения кратности приемов пищи, длительные перерывы между ними, замена полноценных приемов пищи едой всухомятку.

Гигиеническое воспитание детей и подростков - основа ЗОЖ. Чтобы оно было успешным, необходимы три слагаемых: ответственность взрослых, их гигиенический пример и умение понимать и уважать детей со всеми их особенностями, потребностями.

Гигиенические навыки, по утверждению родителей, воспитываются в 99,0% семей, однако регулярное самостоятельное их выполнение отмечается лишь у 59,0% мальчиков и 74,9% девочек, дважды в день или чаще чистят зубы 41,6% учащихся (мальчики – 32,7%, девочки – 50,5%), девочки более ответственны в выполнении гигиенических навыков.

Здоровый образ жизни может формироваться путем внедрения образовательных программ для детей и педагогов, которые способствовали бы расширению знаний и навыков по вопросам ЗОЖ, поскольку это - сознательная и активная деятельность человека, направленная на создание благоприятных условий труда и отдыха, ритма жизни, социальных отношений, способствующая сохранению и укреплению здоровья [7,8,12,84,88, 90].

Результаты исследований И.П.Катковой (1989), Н.Г. Веселова (1992), Л.В. Солохиной (1994), О.В. Грининой (1997), И.М. Воронцова (1999) свидетельствуют о том, что здоровье детей и подростков существенным образом зависит от социально-гигиенической характеристики семьи, образа жизни данной группы населения, поведения окружающих граждан.

Современные научные разработки в области сохранения и укрепления здоровья детей и подростков свидетельствуют о необходимости эффективного использования ряда факторов, не требующих значительных дополнительных затрат: соблюдение гигиенического режима в школе и дома; проведение оздоровительных, закаливающих мероприятий; оптимизация показателей внутришкольной среды; совершенствование учебных программ; обучение здоровому образу жизни.

Анализ представленных источников литературы свидетельствует о сокращении числа здоровых детей и росте детского населения с различными функциональными нарушениями и хронической неинфекционной патологией. В их основе проблемы, связанные с низкой физической активностью детей, нерегулярным питанием, нарушением режима труда и отдыха, отсутствием устойчивых навыков здоровьесберегающего поведения в различных возрастно-половых группах детского населения. В связи с этим, перед медицинским и педагогическим персоналом летних оздоровительных учреждений стоит задача не только оздоровить детей, но и создать у них мотивацию для ведения здорового образа жизни.

1.2. Оздоровительно-воспитательная среда детских загородных учреждений

Современное детское оздоровительное учреждение является своеобразным институтом детства, который ориентирован на развитие настоящего и будущего общества. Главная задача этого учреждения формулируется, как создание условий для укрепления здоровья детей, развитие их гигиенической и физической культуры; реализация лечебно-оздоровительных и профилактических, спортивных культурно-досуговых программ [5, 7, 15, 21, 22, 30, 38, 69, 81, 86, 104]. Основное внимание уделяется оздоровительной среде, которая включает: правильно

спланированный, дозированный, соответственно возрасту, двигательный режим, закаливание, сбалансированное питание, рациональный суточный распорядок, соответствие окружающей среды гигиеническим нормативам, гигиенические навыки и правильный образ жизни (в том числе антиалкогольный и антинаркотический) [2,6,8,27,73,119].

В системе организованного отдыха действует принцип непрерывного общения и воспитания, что способствует всестороннему раскрытию и развитию личности детей и подростков. Лагерь выполняет своего рода компенсаторную функцию по отношению к школе: позволяет детям отдохнуть, снять физическую и психологическую перегрузку и создает новые условия для того, чтобы обогатиться опытом и получить новые, окрашенные игрой, романтикой знания и умения в различной практической коллективной работе, развивающей самореализацию, инициативу и самодеятельность ребенка [7,8,30,41,43,68,73].

Система организованного отдыха для детей и подростков благоприятна тем, что в ней взаимодействуют медицинские и педагогические, социальные и индивидуальные связи.

Ряд специалистов считает, что оздоровление следует признавать в качестве основной цели летнего отдыха детей, имея в виду не только лечение имеющихся заболеваний, но и формирование личности в результате общения ребенка с взрослыми и сверстниками. Усилия врачей могут не принести должного эффекта, если дети будут напряжены, конфликтны, тревожны, если не найдут себе дела по душе, не сумеют в период отдыха больше узнать и научиться чему-то новому, попробовать себя в интересных делах [22,72,73].

Следовательно, организация полноценного отдыха детей становится возможной благодаря активно проводимой оздоровительной работе, которая направлена не только на улучшение физического состояния детского организма, но и на психологическое и духовное здоровье детей, с разных

сторон познающих жизнь, с бесчисленными хитросплетениями правды и лжи, добра и зла, побед и поражений [22, 79,81,82,83,84,85,86].

Вышеизложенное позволяет сформулировать вывод о том, что в процессе жизнедеятельности лагеря оздоровление и воспитание выступают как две взаимосвязанные, взаимно дополняющие функции. Чтобы этот принцип реально действовал, ему должен способствовать распорядок дня, четко спланированный медицинскими работниками и педагогами. Такой распорядок включает соблюдение правильно дозированных физических и эмоциональных нагрузок у детей с учетом возраста; подбор оптимальной «дозировки» всех компонентов, составляющих процесс оздоровления и воспитания [7,8,14,15,21,22,86].

Оздоровительные и образовательные программы взаимосвязаны, им присущи глубокие организационные структуры. Полноценное духовное воспитание детей, их приобщение к творческой деятельности, обеспечивающей самореализацию личности невозможно без специально организованной деятельности. Эффективность реализации оздоровительных и образовательных программ в условиях современных детских лагерей приводит к новому осмыслению их сущности [8,14,22,33,34,38,89].

Оздоровительная, воспитательная и образовательная деятельность детского лагеря - суть три взаимосвязанных начала лагерной жизни, ее триединая основа [72,73,123].

Социум современного детского оздоровительного учреждения должен включать оздоровительную, воспитательную, и образовательную среду, подчиненную задаче развития здоровой во всех отношениях личности и отвечающей современным требованиям к подрастающему поколению. Качество такого синтеза будет определять эффективность работы лагеря.

Следует отметить, что формирование навыков здорового образа жизни и мотивации ребенка на отказ от рискованного поведения не являются задачами, стоящими перед персоналом данных учреждений.

Для формирования здоровьесберегающего поведения детей необходим специалист, который смог бы оценить и обеспечить мониторинг состояния здоровья, планировать, координировать и оценивать действия различных служб и специалистов, владеть сестринским процессом, основами психологии и педагогики, уметь работать с различными контингентами: детьми, подростками, педагогами, родителями. Таким специалистом может стать медицинская сестра с высшим уровнем образованием и обладающая компетенциями для решения конкретных задач по укреплению здоровья детей и подростков.

Одной из приоритетных задач здравоохранения является сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, формирование у них навыков здорового образа жизни, что связано с тенденцией ухудшения состояния здоровья подрастающего поколения России в последнее десятилетие [113,114]. Одним из важнейших направлений детского загородного учреждения отдыха является реабилитация детей с хронической патологией [32,33,88,89].

Организация отдыха, оздоровления и занятости детей – неотъемлемая часть социальной политики государства. Президент Российской Федерации и Правительство России регулярно указывают на необходимость организации содержательного отдыха и качественного оздоровления детей при строгом исполнении установленных правил организации отдыха [77, 78,79,80,81,82,85]. Обсуждаемые на муниципальном уровне вопросы еще раз поднимают проблему повышения качества отдыха и оздоровления детей и подростков. Необходимо создание условий для эффективного отдыха и оздоровления детей, формирования у них культуры здорового и безопасного образа жизни; создание максимальных условий для быстрой адаптации несовершеннолетних с учѐтом возрастных особенностей. Необходима разработка программ профилактических, оздоровительных мероприятий и оценки их эффективности.

Ретроспективный анализ деятельности оздоровительных учреждений в России свидетельствует о том, что традиционные методы оздоровления в загородных стационарных учреждениях подобного типа не всегда позволяют добиться существенных успехов в повышении медицинской эффективности оздоровительных услуг [3,33,42,45,68,69,78,82,91]. Кроме того, отсутствуют единые требования к оценке эффективности оздоровительных мероприятий, проводимых в летних загородных учреждениях отдыха и оздоровления детей, что вызывает определенные трудности при анализе их деятельности. Между тем, оценка качества оздоровительной работы невозможна без разработки критериев эффективности оздоровления, которые должны быть унифицированными, простыми и пригодными для оздоровительной кампании [68, 69, 70, 71,72]. В связи с этим, возникает необходимость на основании анализа многолетнего опыта работы летних детских оздоровительных лагерей, объективно оценить исходное состояние здоровья школьников, направляемых в летние оздоровительные учреждения общего типа, эффективность их оздоровления, а также информативность и практическую значимость самих критериев, используемых в настоящее время для оценки качества оздоровления детей в таких учреждениях. Таким образом, совершенствование диагностики уровня здоровья детей, программ комплексной реабилитации, сроков оздоровительных мероприятий, оценки эффективности в условиях оздоровительного лагеря правомерно рассматривать как актуальную медико-социальную проблему [71, 72].

В проанализированной литературе достаточно полно освещены вопросы организации медицинского обслуживания в детских загородных учреждениях, алгоритма оздоровительных мероприятий, заболеваемости детей. Вопросу эффективности оздоровительных мероприятий в детских загородных учреждениях посвятили свои диссертационные исследования Л.С. Леднева (2003), И.З. Мустафина (2006), Т.В. Соболева (2011) [56, 75,102]. До настоящего времени не существует программ проведения

профилактических и оздоровительных мероприятий в условиях детского оздоровительного учреждения медицинскими сестрами, не требующих врачебной квалификации, однако выполнение этой функции сестринским персоналом является важнейшим ресурсом обеспечения качества медицинской помощи.

Многие болезни детей являются приобретенными, а, следовательно, надо не только лечить больных детей, но и создавать в различных детских коллективах условия для предотвращения в будущем возникновения болезней, которые в своем большинстве возникли из-за неправильной организации режима, физической нагрузки. В течение учебного года такая комплексная работа по сохранению и укреплению здоровья проводится в большинстве образовательных учреждений. Одной из форм летнего оздоровления детей является их пребывание в загородных лагерях [68,69].

При проведении профилактических и оздоровительных процедур большое внимание уделяется общеукрепляющей терапии, направленной на повышение общей резистентности организма, но основное значение приобретают рациональное и сбалансированное питание, режим дня, закаливающие процедуры, физиотерапия и лечебная физкультура. Во время пребывания в детском оздоровительном учреждении на детей воздействует комплекс природно-климатических факторов – солнце, воздух, вода.

В условиях детского оздоровительного лагеря предоставляются большие возможности для закаливания детей даже за короткую смену. Во всяком случае, можно заложить хорошую основу для продолжения начатого дела. Не одними процедурами можно производить закаливание детей, которое должно быть существенной частью физического воспитания. Оно распространяется на занятия физкультурой, трудовые процессы, игры, прогулки и сон.

Поэтому вожатые, инструкторы по физической культуре совместно с медицинскими работниками принимают самое активное участие в закаливании [66, 117, 120, 126, 137].

Немногочисленные работы, посвященные оценке изменений со стороны функциональных резервов организма, происходящих за время пребывания ребенка в детском оздоровительном учреждении, показывают, что возможны как положительная динамика этих показателей, так и отсутствие их значимых изменений, или отрицательные реакции со стороны функциональных систем. Так в работе И.З. Мустафиной (2006) были использованы современные инструментальные методы оценки состояния здоровья отдыхающих детей и подростков - спироартериокардиоритмография, компьютерный измеритель движения, лазерная корреляционная спектроскопия. Использование прибора «спироартериокардиоритмограф», позволило оценить спектральные характеристики вариабельности сердечного ритма и АД детей, как показателя сопряжения сердечно-сосудистой системы. Однако в существующих экономических условиях такие исследования требуют дополнительных финансовых вложений, что является весьма затруднительным для многих оздоровительных учреждений.

1.3. Проблемы оценки эффективности оздоровительной работы в детских загородных оздоровительных учреждениях

Важным этапом работы современных летних оздоровительных учреждений является оценка эффективности оздоровительных мероприятий и программ, что невозможно без разработки критериев эффективности оздоровления, которые должны быть унифицированными, простыми и пригодными для массового применения [18, 19, 43, 45, 75, 102].

В изученной нами литературе отмечается неоднозначный подход к выбору критериев оценки эффективности оздоровительных мероприятий,

проводимых в загородных стационарных учреждениях. Известны методики, по которым заключение об эффективности оздоровления делается только на основании динамики массы и роста, причем обязательно положительной, без учета физического развития, а также острой заболеваемости за время пребывания ребенка в лагере [Методические рекомендации МЗ РФ, М., 2009] [68, 69, 71].

Согласно Методическим рекомендациям МЗ СССР «Критерии эффективности санаторно-курортного лечения детей с использованием балльной оценки» (М., 1990), заключение об эффективности оздоровления детей и подростков предлагалось выполнять на основании целого ряда субъективных и объективных признаков, динамики большего количества функциональных проб. При этом не было единых стандартов, а оценка по данным критериям сложна и трудоемка, что ограничивало возможности их использования.

В методических рекомендациях Главного санитарного врача России Г.Г. Онищенко для оценки эффективности оздоровления детей и подростков в летних оздоровительных учреждениях в качестве обязательных рекомендуется использовать данные динамики не менее 4-х показателей (рост, масса, мышечная сила и жизненная емкость легких). При необходимости можно также дополнять перечень показателями общей физической работоспособности [68,69]. В отличие от длины, масса тела - относительно лабильный показатель, изменяющийся под влиянием ряда факторов, в том числе режима дня, питания, двигательной активности, психологического состояния и т.д., поэтому показатели физического развития в краткосрочном временном отрезке не могут быть критериями эффективности профилактических и оздоровительных программ.

Учитывая краткосрочность отдыха, в комплекс оценки эффективности оздоровительных и профилактических мероприятий целесообразно включить исследования функциональных резервов организма, именно эти показатели

более корректно могут отразить как позитивные, так и возможно негативные тенденции в здоровье детей.

Функциональные пробы на задержку дыхания - функциональная нагрузка с задержкой дыхания после вдоха (проба Штанге) или после выдоха (проба Генчи), при которых измеряется время задержки в секундах. Дыхательные пробы Штанге и Генчи позволяют судить о кислородном обеспечении организма и дать оценку общего уровня тренированности человека. Предполагается, что оздоровительный эффект пребывания детей в условиях ДОУ проявится в повышении устойчивости к гипоксии.

Координаторные пробы (КП) определяют согласованность работы мышц; динамическую стабилизацию движений, проявляющуюся двигательными актами; своевременное выполнение движения; состояние костно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Двигательные тесты (ДТ) определяют физическую подготовленность как одну из составляющих функциональных резервов детей и подростков. Оценка двигательных тестов проводится только у детей основной медицинской группы.

Тест «Прыжок в длину с места» позволяет оценить силу мышц нижних конечностей, спины, живота, координацию.

Тест «Подтягивание на перекладине» позволяет оценить силовую выносливость мышц верхнего плечевого пояса, спины, живота у мальчиков с 7 лет и юношей.

Тест «Подъем туловища из исходного положения лежа в сидя 30, 60 секунд» позволяет оценить скоростно-силовую выносливость мышц туловища и ног. Тест применяется у девочек.

В перечень оценки эффективности проведенных мероприятий в условиях краткосрочного отдыха следует включать наряду с динамикой ведущих антропометрических показателей (ДТ, МТ, уровень и гармоничность физического развития), расширенный перечень показателей

функциональных резервов организма, которые более адекватно отражают динамику здоровья детей. Данные методики являются наиболее унифицированными, простыми и пригодными для массового применения, так как практически все дети, отдыхающие в детском оздоровительном учреждении, могут быть задействованы в исследованиях физического развития с оценкой функциональных резервов организма. Проводимые исследования не требуют дополнительных материальных затрат, что очень важно при современной экономической ситуации.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что проблема оценки эффективности оздоровления в загородных оздоровительных учреждениях остается актуальной.

ГЛАВА II. ПРОГРАММА, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Современное определение понятия летнего детского лагеря как «детского оздоровительно-образовательного учреждения» в соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании» (ст. 15, п. 2) объединило возникшее в последнее время многообразие различных форм дополнительного образования в сфере летнего детского отдыха (детский центр отдыха и оздоровления детей и подростков, база детского отдыха, летний дом детского отдыха, экологическая площадка, дача, детский лагерь санаторного типа, летняя школа здоровья, туризма, лидеров и т.д.).

Оздоровительно-образовательная деятельность признается основой функционирования этих учреждений, а ее специфика определяется направленностью на формирование личностных компетенций [8,14,22,33,34,38,89].

Под оздоровительной деятельностью понимается создание комплекса условий и реализация мероприятий, обеспечивающих охрану и укрепление здоровья детей и подростков, профилактику заболеваний, текущее санитарно-гигиеническое обслуживание, режим питания и отдыха в экологически благоприятной среде, закалку организма, занятия физической культурой и спортом [36,42,43,52,55,60,65,74,112,122].

Под образовательной деятельностью подразумевается реализация дополнительных образовательных программ, обеспечивающих актуализацию и адаптацию потенциальных ресурсов ребенка через самоопределение и самореализацию в образовательной деятельности, как в формальной, так и в неформальной сфере деятельности оздоровительно-образовательного учреждения в соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании» [73,123]. Соответственно, задача оптимального сочетания образования и оздоровления в сфере детского отдыха и оздоровления

обозначена как актуальная и перспективная стратегия развития данной сферы.

В соответствии с целью данного исследования была разработана программа его проведения, которая включала ряд взаимосвязанных этапов, представленных на рисунке 2.1.

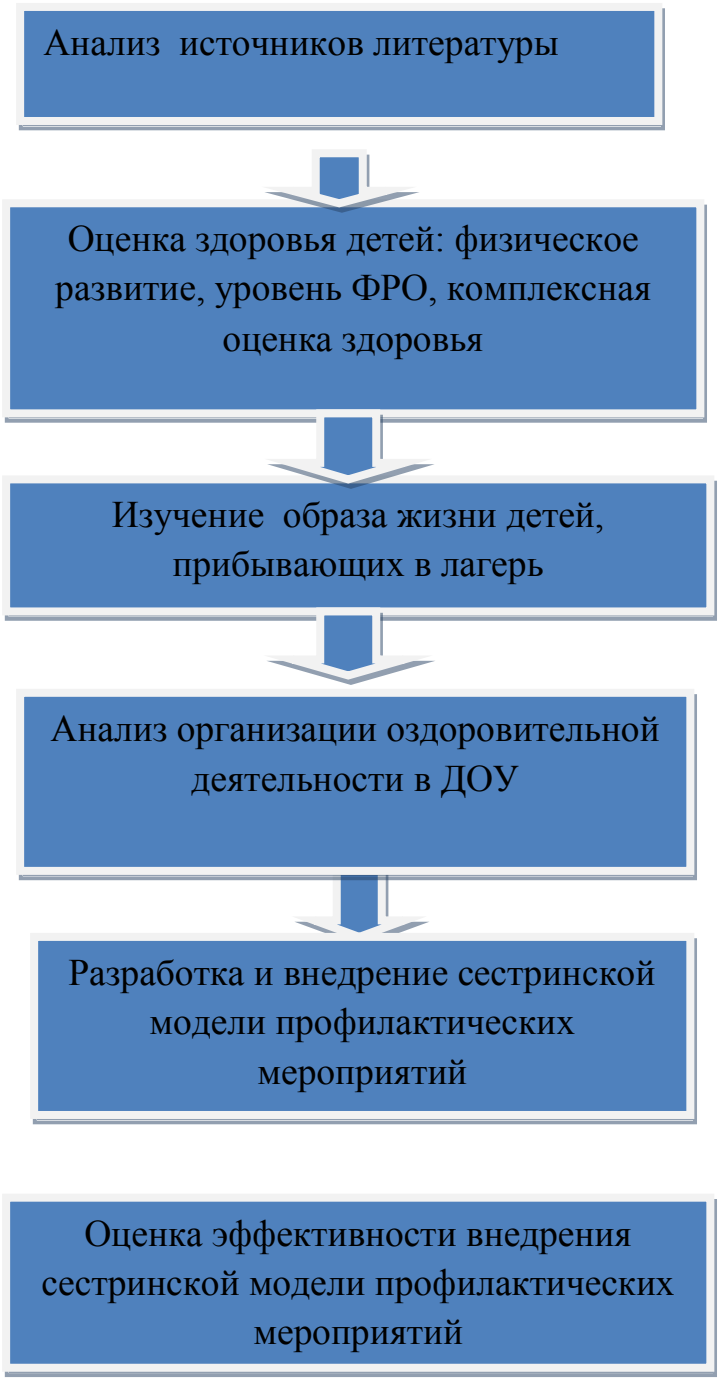


Рисунок 2.1. Этапы исследования

База исследования

База исследования представлена детскими загородными оздоровительными учреждениями:

1. ДОБО «Ласточка» " филиал ООО "Газпром трансгаз Нижний Новгород" (часное оздоровительное учреждение).

2. ДОЦ «Водопрь» Департамента образования Арзамасского района Нижегородской области (типовое муниципальное оздоровительное учреждение).

ДОБО «Ласточка» - это современный, динамично развивающийся детский оздоровительно-образовательный центр, основаный в 1961 году. Расположен в живописном сосновом бору на берегу реки Сережа Вадского района Нижегородской области. Общая площадь всего лагеря составляет 17,8 Га. В лагере имеются спальные корпуса на 400 мест, номера в корпусах рассчитаны на двух – трех человек. В каждом номере имеется туалет, умывальник, душевая комната, что создает дополнительные удобства для детей.

Медицинский блок с пропускной способностью до 100 человек в день. оснащен кабинетами водолечения: ванны джакузи, жемчужные ванны, гидромассаж, душ Шарко, циркулярный и восходящий душ, зал для занятий лечебной физкультурой, имеющий необходимое оборудование, кабинеты физиолечения, где детям при необходимости можно провести лечение верхних дыхательных путей – ингаляторы, тубус- кварц, аппараты для проведения магнитотерапии и др.

В лагере оборудованы два мини-футбольных поля, два гимнастических городка, плавательный бассейн; закрытый бассейн, работающий в круглогодичном режиме, стадион с беговыми дорожками длиной 375 м и резиновым покрытием. На стадионе находятся трибуны вместимостью 500 человек, комментаторская кабина, футбольное поле, яма для прыжков в длину. Две волейбольных площадки, одна с грунтовым покрытием и вторая с

деревянным покрытием, одна баскетбольная площадка с деревянным покрытием и одна грунтовая, городошная площадка, две площадки для игры в бадминтон, теннисный павильон на четыре стола. Для детей младшего возраста имеется автодром, где на мини-автомобилях изучаются правила дорожного движения, современная концертная площадка, теннисный павильон; компьютерный класс, оборудованный современными компьютерами с доступом в интернет

Столовая - пищеблок - это комплекс специальных помещений, состоит из двух этажей, с цехами, оснащенными современным оборудованием и двумя обеденными залами на 400 посадочных мест.

В лагере также имеются комнаты творческих студий и мастерских, библиотека, игровые комнаты для младших детей, радиоузел, концертный зал, методический центр. Все объекты находятся под видеонаблюдением (установлено 18 видеокамер, выведенных на мониторы компьютеров в помещении службы безопасности).

Муниципальное бюджетное образовательное учреждение дополнительного образования детей ДОЦ «Водопрь», курируемый отделом образования города Арзамаса, расположен в 10 километрах от города Арзамаса, в прекрасном смешанном лесу. В лагере имеется один спальный корпус на 100 мест. В корпусе на каждом этаже имеется централизованное водоснабжение (горячее и холодное), туалеты, комнаты личной гигиены, сушилки для одежды и обуви и камеры хранения личных вещей детей, столовая на 120 посадочных мест, центр дополнительного образования, медицинский пункт для оказания неотложной помощи, волейбольная и баскетбольная площадки, футбольное поле, кинозал на 200 мест, библиотека на 30 мест, игровые комнаты, актовый зал на 200 мест.

ДОБО «Ласточка» и ДОЦ «Водопрь» различаются по организационно-правовым формам: первое принадлежит частному предприятию, а второе является муниципальной собственностью. При этом, штатное расписание

летних оздоровительных учреждений в стране до настоящего времени регулируется Постановлением Секретариата ВЦСПС от 11.05.1990 N 7-22«О типовых штатах административно-хозяйственного, педагогического, медицинского, обслуживающего персонала детских оздоровительных лагерей», в пунктах 2 и 3 которого говорится:

2. Штаты детских оздоровительных лагерей утверждаются профсоюзными комитетами, в ведении которых находятся лагеря.

3. В случаях, когда штаты по объему и условиям работы не могут быть применены, разрешить профсоюзным комитетам устанавливать дополнительные должности работников детских оздоровительных лагерей к предусмотренным настоящими Типовыми штатами и в зависимости от мощности оздоровительного учреждения (таблица 2.1).

Примечания.

1. Должность медицинской сестры по диетическому питанию устанавливается в лагере при организации диетического питания не менее чем для 100 детей.

2. Должность врача-стоматолога устанавливается при наличии в лагере стоматологического кабинета.

В нашем случае ДОБО «Ласточка» подпадает под норматив 381-430 мест, а ДОЦ «Водопрь» -80-130 мест.

Таблица 2.1

Типовые штаты детских оздоровительных лагерей

№ п/п	Наименование должностей	Число работников, в зависимости от числа детей в смену												
		80-130	131-180	181-230	231-280	281-330	331-380	381-430	431-530	531-630	631-730	731-830	831-930	930 и более
1.	Врач	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
2.	Медицинская сестра	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
3.	Санитарка	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4

Реальное штатное расписание медицинских работников ДОБО «Ласточка» (400 детей в смену) разработано на основании постановления руководителя ООО «Газпром трансгаз Нижний Новгород» и включает:
врач педиатр -2; фельдшер - 1; медицинская сестра по диетпитанию – 1;
медицинская сестра - 4; зубной врач - 1, санитарка – 2.

Штатное расписание медицинских работников ДОЦ «Водопрь» соответствует типовому положению и включает: врач педиатр – 1; медицинская сестра - 1; санитарка- 1.

В нашем исследовании ДОБО «Ласточка» получил название частный, а ДОЦ «Водопрь» - муниципальный лагерь.

Предмет исследования: физическое развитие, уровень ФРО у детей на момент поступления и после проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Объект исследования: состояние здоровья детей и подростков, отдыхающих в летних загородных оздоровительных учреждениях, факторы образа и условий жизни, его формирующие, организация медико-профилактической помощи.

Единица наблюдения; дети и подростки, отдыхающие в летнем загородном оздоровительном учреждении и их родители.

Этапы, методы, источники и объем исследования представлены в таблице 2.2.

На **первом этапе** исследования проанализированы литературные источники по вопросам состояния здоровья детей и организации летнего оздоровительного отдыха. Нами проанализировано 129 отечественных и 22 зарубежных источников литературы.

На **втором этапе** проводилось комплексное изучение состояния здоровья 2234 детей 6-16 лет из двух ДОУ (в возрасте 6-10 лет – 580 человек, в возрасте 11-16 – 1654 человека): частное ДОУ – 1934 ребенка (мальчики –

958; девочки – 976), государственное ДОУ – 300 детей (мальчики – 146, девочки – 154).

Таблица 2.2

Этапы, методы, источники и объем исследования

№	Этапы	Методы	Объем
1	2	3	4
1	Изучение литературы по вопросам состояния здоровья детей и организации летнего оздоровительного отдыха.	Библиографический Аналитический	Массив центральных и специальных публикаций (выборочно использована 151 публикация), а также авторефераты диссертаций
2	• Анализ физического развития детей	Выкопировка данных из «Медицинской справки на ребенка, отъезжающего в санаторный, оздоровительный лагерь» (Ф. № 079/у)	580 детей в возрасте 6-10 лет и 1654 ребенка в возрасте 11-16 лет.
	• Изучение причин обращаемости детей в медчасть детского оздоровительного учреждения	Выкопировка данных из журналов амбулаторного приема	826 детей в частном ДОУ, 230 детей в муниципальном ДОУ 1934 ребенка в частном ДОУ, 300 детей в муниципальном ДОУ
	• Изучение показателей физического развития	Унифицированное антропометрическое исследование	1934 ребенка в частном ДОУ, 300 детей в муниципальном ДОУ
	• Изучение функциональных резервов на основе функциональных проб и двигательных навыков	Функциональные пробы: координаторные, Штанге, Генчи, двигательные тесты	
3	Изучение: • социально-гигиенических факторов	Анкетирование «Изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье и заболеваний у детей»	Родители (1321человек - в частном детском загородном оздоровительном учреждении и 191 в муниципальном)
	• исследования образа и условий жизни	Анкетирование в рамках международной программы «CINDI»	2104 ребенка из обоих ДОУ
4	• Анализ рациона питания • Анализ организации	Метод экспертных оценок Наблюдение,	Меню раскладка 14-дневная 21 день (смена)

	режима дня в загородных оздоровительных учреждениях	хронометраж Метод экспертной оценки	90 детей в обоих ДОУ
5	•Разработка сестринской модели профилактических мероприятий •Внедрение сестринской модели профилактических мероприятий	Организационное моделирование Организационный эксперимент	Программа профилактических мероприятий, курс лекций и практических занятий 12 смен
6	Оценка эффективности внедрения сестринской модели профилактических мероприятий	Функциональные пробы: координаторные, Штанге, Генчи, двигательные тесты в динамике	1934 ребенка в частном и 300 детей в муниципальном ДОУ

По Ф. № 079/у «Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь» систематизировались данные, касающиеся состояния здоровья ребенка (состоящего под диспансерным наблюдением), его физическое развитие, физкультурная группа, рекомендуемый режим.

В рамках проведенного исследования на момент поступления и окончания смены изучались: физическое развитие и уровень функциональных резервов организма с помощью функциональных проб. Результаты исследований заносили в протоколы проведения и оценки тестов.

Исследование проводилось сплошным методом: генеральную совокупность составили дети и подростки 12 смен в количестве 2234 человека с 2013 года по 2015 год.

Распределение обследованных детей по группам здоровья проведено в соответствии с положениями приказа МЗ РФ «О комплексной оценке состояния здоровья детей (№ 621 от 30.12.2003). Эта группировка позволяет проводить сопоставительную оценку состояния здоровья различных контингентов по прибытию в оздоровительное учреждение, так и для проверки эффективности проводимых профилактических и оздоровительных мероприятий на момент выписки.

В настоящее время отсутствуют единые, научно обоснованные требования к оценке эффективности оздоровления в загородных

стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей. За основу берутся «Методические рекомендации оздоровления в загородных учреждениях отдыха и оздоровления детей», разработанные НИИ гигиены и охраны детей и подростков (2010г.), и Методические рекомендации "Оценка эффективности оздоровления детей и подростков в летних оздоровительных учреждениях" утвержденные 22.05.2009г. N01/6989-9-54), в которых рекомендуется использовать не менее 4 показателей - рост, масса тела, мышечная сила, жизненная емкость легких (ЖЕЛ). В проведенном исследовании кроме перечисленных показателей изучались функциональные резервы организма и другие параметры.

Оценка физического развития проводилась по оценочным таблицам с использованием региональных стандартов. Определялось соответствие массы тела длине тела с учетом возраста ребенка и пола. Это позволило выделить группы детей с физическим развитием, соответствующим норме.

Оценка функциональных резервов организма проводилась с помощью унифицированной методики оценки функциональных резервов организма школьников 7-18 лет по совокупности функциональных проб с программным обеспечением, разработанной на базе Нижегородской медицинской академии [122]. Использовались оценочные таблицы – нормативы функциональных показателей девяти функциональных проб, включая двигательные тесты (оценка физической подготовленности); алгоритм промежуточных и итоговых расчетов; балльная и интегральная (индекс) оценки результатов, определяющие уровень функциональных резервов организма [2;3]. Предполагалось, что оздоровительный эффект пребывания детей в условиях ДОУ отразится на динамике уровня ФРО, в частности проявится в повышении устойчивости к гипоксии (увеличение времени задержки дыхания ребѐнком на 10% и более - положительная динамика, снижение на 10% и более - отрицательная; отсутствие динамики - не удовлетворявшие данным требованиям).

Для динамического контроля над состоянием здоровья детей и подростков использована скрининг-оценка ФРО, включающая пробы: координаторную, Штанге, Генчи. Физическая подготовленность оценивалась по результатам двигательных тестов.

Координаторная проба - определяет интегративное взаимодействие нервной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, вегетативной и других систем, согласованность работы мышц, динамическую стабилизацию движений. Испытуемому предлагалось встать прямо, носки и пятки вместе, руки вытянуть вперед, пальцы рук развести, глаза закрыты (положение Ромберга) - I степень сложности. Затем последовательно пробу усложняли, изменяя площадь опоры.

II степень сложности - одна нога находится впереди другой на одной линии, носок соприкасается с пяткой - «верѐвочка».

III степень сложности - стопа одной ноги опирается в колено другой ноги - «аист».

IV степень сложности - опора на одну ногу, другая поднята под углом не менее 45 градусов - «ласточка».

За максимальное время устойчивости в положении Ромберга (I степень сложности) принимают 30 сек, II степень сложности - 20 сек, III степень сложности - 15 сек, IV степень сложности - 10 сек. Состояние координаторных функций отражает: время устойчивости соответственно степени сложности пробы, качество выполнения проб - пошатывание, дрожание пальцев рук и век. При снижении качества выполнения проб снимается 2 сек с той фазы, где оно было зарегистрировано.

Проба Штанге – задержка дыхания после максимального вдоха. Предварительно испытуемый совершает три глубоких вдоха и выдоха с целью уменьшения физиологического ателектаза. Проба характеризует функцию внешнего дыхания.

Проба Генчи – задержка дыхания после обычного выдоха, что определяет степень толерантности к гипоксии.

Двигательные тесты определяют физическую подготовленность как одну из составляющих ФРО и ФР детей и подростков.

Для оценки физической подготовленности детей нами использовались методические рекомендации «Единые требования к проведению общероссийского мониторинга физического развития и физической подготовленности учащихся в общеобразовательных школах» (2002), включающие 4 теста, единые по набору показателей для всех образовательных учреждений.

Тест «Бег на 30 метров с высокого старта» позволяет оценить быстроту, скорость и координацию движений. На прямой дорожке длиной не менее 40 м была обозначена линия старта и через 30 м - линия финиша. По команде помощника «На старт!» участники подходят к черте и встают лицом по направлению бега, отставив одну ногу назад. По команде «Внимание!» помощник поднимает флажок вверх, участники при этом слегка сгибают обе ноги и наклоняют туловище слегка вперед. По команде «Марш!» помощник резко опускает флажок вниз, а преподаватель включает секундомер. Точность измерения - до 0,1 сек. Участникам предоставляют 1 попытку (таблица 2.3.).

Таблица 2.3.

Двигательные тесты для оценки физической подготовленности учащихся школ России

Возраст	Тесты	
	Мальчики, юноши	Девочки, девушки
7-27 лет (школа, ПУ,ВУЗ)	Бег 30 м Бег 1000 м Подтягивание на перекладине Прыжок в длину с места	Бег 30 м Бег 1000 м Подъем туловища сидя за 30 сек Прыжок в длину с места

Тест «Подтягивание на перекладине» позволяет оценить силовую выносливость мышц верхнего плечевого пояса, спины, живота у мальчиков с 7 лет и юношей. В висе на перекладине с прямыми руками тестируемые дети выполняли максимально возможное число подтягиваний.

Тест «Подъем туловища из исходного положения лежа в сидя за 30, 60 секунд» позволяет оценить скоростно-силовую выносливость мышц туловища и ног. Тест применяли у девочек. Исходное положение лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, стопы на ширине плеч, руки за головой, локти разведены, касаются пола, стопы фиксированы к полу. Девочки выполняли за 30 сек. максимально возможное число подъемов туловища, сгибаясь до касания локтями бедер.

Тест «Прыжок в длину с места» позволяет оценить силу мышц нижних конечностей, спины, живота, координацию. Исходное положение стоя, стопы слегка врозь, носки стоп на одной линии со стартовой чертой. Ребенок сгибает ноги, отводит руки назад, наклоняет вперед туловище, смещая вперед центр тяжести тела и с махом рук вперед и толчком обеих ног выполняет прыжок вперед с места на максимально возможное расстояние. Участникам предоставляют 2 попытки с регистрацией лучшего результата.

В заключении исследования проводилась комплексная оценка уровня ФРО детей и подростков, пребывающих в детских загородных лагерях отдыха. Комплексная оценка представлена суммой интегральных оценок за пробы, деленная на количество проб. Уровень ФРО определялся по 4 пробам $=(И_к+И_ш+И_г+И_{дт}) / 4$ Оценку каждой пробы, комплексную оценку уровня ФРО ранжировалась по следующим градациям (таблица 2.4).

Таблица 2.4.

Ранжирование оценок

№ п/п	Диапазоны значений	Оценка
1	1,00-0,88	отлично
2	0,87 - 0,70	хорошо
3	0,69-0,50	удовлетворительно
4	0,49-0,00	неудовлетворительно

На **третьем этапе** проводилось исследование факторов, формирующих здоровье детей. По специально разработанной анкете «Изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье и заболеваний у

детей» было опрошено 1321 родителей. Обязательным условием анкетирования была добровольность участия респондентов и гарантия полной анонимности. Анкета включала в себя оценку социально-гигиенических условий проживания, воспитания и обучения детей в семье» были освещены жилищно – бытовые условия детей, питание, гигиеническое воспитание ребенка, вредные привычки среди детей, отношение детей к здоровому образу жизни и др. Анкетирование проводилось в частном и муниципальном лагерях медицинскими работниками и педагогами путем интервьюирования родителей всех отдыхающих детей.

Исследования образа и условий жизни современных школьников проведено по методике международной программы «CINDI». Было опрошено 2104 ребенка старше 11 лет (генеральная совокупность 2234), абсолютная ошибка m_a составила 0,94%). В ходе **четвертого этапа** дана оценка режима дня в летних оздоровительных учреждений и организации питания.

Анализ 14 - дневного рациона питания детей в исследуемых детских оздоровительных лагерях включал:

- изучение картотеки блюд, перечня продуктов, входящих в состав блюда, его массу, химический состав и распределение ежедневной калорийности рациона по приемам пищи;
- оценку витаминизации рационов питания и организацию лечебного питания; - содержание белков, жиров и углеводов в рационе питания детей по меню раскладкам.

Организация режима дня в загородных оздоровительных учреждениях изучалась медицинскими работниками при участии педагогов:

- сравнивались элементы распорядка дня в частном и муниципальном лагерях, куда входили: режим сна и питания, кратность и длительность занятий спортом, кратность и длительность прогулок и давалась оценка соблюдения режимных моментов в соответствии с требованиями СанПиН.

На **пятом** этапе была разработана и апробирована сестринская модель профилактических мероприятий в условиях детского загородного оздоровительного учреждения. Разработанная сестринская модель профилактических мероприятий строится на основных принципах менеджмента:

- планирование профилактических мероприятий;
- организация профилактических мероприятий;
- реализация профилактических мероприятий;
- контроль выполнения профилактических мероприятий.

1. Планирование профилактических мероприятий включает согласование программы профилактических мероприятий для детей, находящихся в загородных стационарных учреждениях отдыха, медицинской сестрой – координатором: с врачами, педагогами, физкультурными работниками; проведение обучения медицинских сестер основным приемам осуществления данной программы.

2. Организация мероприятий на текущую смену состоит из комплекса оздоровительных и профилактических мероприятий, корректировки меню, физической нагрузки, ориентированной на группу здоровья ребенка и его возраст, оздоровительно-спортивной работы, разработки графика элективных занятий.

3. Реализация профилактических мероприятий осуществляется на основе сестринской программы профилактических мероприятий и корректируется в зависимости от изменяющихся условий. Программа профилактических мероприятий может быть реализована в детских оздоровительных организациях любого типа: лагеря оздоровительного направления, санатории, детские профилактории и т.д.

4. Контроль выполнения сестринской модели профилактических мероприятий предусматривает достижение показателей результативности (выполнение намеченного плана мероприятий, повышение уровня знаний

детьми основных принципов ЗОЖ, улучшение показателей уровня ФРО). Для оценки эффективности предлагаемых мероприятий изучена динамика показателей здоровья детей за период пребывания в летних загородных учреждениях отдыха: физического развития и уровня функциональных резервов организма.

Обработка полученных показателей проводилась с помощью программы STATISTIKA 6.0 компании STATSOFT в среде WINDOWS. Применялись методы описательной статистики, параметрические и непараметрические критерии оценки достоверности результатов статистических исследований. Достоверными считались различия на уровне значимости $p < 0,05$. Наличие и сила связей между анализируемыми показателями изучалась с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена и при помощи критерия Хи-квадрат. Определение значимых различий между связанными совокупностями осуществлялось с помощью Т-критерия Вилкоксона. Определение значимых различий между независимыми выборками осуществлялось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Для определения вклада различных показателей в результирующий коэффициент оздоровления применялся множественный регрессионный анализ.

В работе использовалось графическое сопровождение полученных данных, созданное при помощи программ Microsoft Word, Microsoft Excel из пакета Microsoft Office – 2010. Предложенная программа исследования обеспечила получение информации для достижения поставленной цели и задач.

ГЛАВА III. ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРИБЫВАЮЩИХ В ДЕТСКИЕ ЗАГОРОДНЫЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

3.1. Физическое развитие и уровень функциональных резервов организма у детей, отдыхающих в детских загородных оздоровительных учреждениях

Одним из критериев комплексной оценки здоровья детей является их физическое развитие. Нами было изучено ФР детей (1934 ребенка в частном лагере: 958 мальчиков и 976 девочек и 300 детей в муниципальном: 146 мальчиков и 154 девочки) в начале каждой смены. Нормальное физическое развитие в начале смены отмечено у большинства детей в обоих лагерях - от 68,1% до 75,1 % (таблица 3.1).

Таблица 3.1

Распределение детей по группам физического развития в разных загородных оздоровительных учреждениях, %

Группа физического развития	Частное ДОУ	Муниципальное ДОУ
	Начало Смены	Начало смены
Нормальное ФР	68,1	72,4
Повышенная и высокая МТ	9,1	9,4
Сниженная и низкая МТ	4,2	4,4
Высокая ДТ	16,4	12,6
Низкая ДТ	2,2	1,2
Статистика	χ^2=3,36 ; cc=3 ; p=0,4992	χ^2=2,05 ; cc=3 ; p=0,7258
	НС: χ^2=2,707; c.c.=3; p=0,608; КС: χ^2=15,642; c.c.=3; p=0,016.	

Дети с высокой длиной тела составили 16,4 и 12,6%, далее следовали дети с повышенной и высокой массой тела - 9,1,9,4% соответственно. Гендерные различия в обеих группах статистически не значимы. Однако высокая масса тела несколько чаще определялась у мальчиков. Низкая масса тела, высокая длина тела, низкая длина тела несколько чаще встречались у

девочек. Различия по группам ФР между отдыхающими детьми в изучаемых ДОУ не значимы (p = 0,608).

Одним из ведущих показателей в оценке состояния здоровья детей является уровень ФРО. Для его определения нами использованы скрининг-оценка уровня ФРО, включающая следующие функциональные пробы: координаторную, Штанге, Генчи. Физическая подготовленность оценена по результатам двигательных тестов.

Результаты координаторной пробы (согласованность работы двигательного анализатора, работы мышц; динамическая стабилизация движений) представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2

Оценка координаторной пробы у детей
в частном и муниципальном ДОУ,%

Оценка							
	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ			
	М	Д	Все	М	Д	Все	Всего
Отлично	3,8	4,0	3,9	2,7	4,5	3,6	3,8
Хорошо	9,7	11,6	10,7	10,3	14,9	12,7	11,7
Удов.	35,3	35,3	35,3	47,2	39,7	43,3	39,3
Неудов.	51,2	49,1	50,1	39,8	40,9	40,4	45,2
Статистика	М - $\chi 2$=2,52 ; cc=3 ; p=0,3187 ; Д - $\chi 2$=9,64 ; cc=3 ; p=0,0327 ; Все - $\chi 2$=176,28 ; cc=3 ; p=0,061						

Статистически достоверной разницы между обследованными детьми двух детских оздоровительных учреждений выявлено не было.

Анализ результатов пробы показал, что оценки «хорошо» и «отлично» в частном и в муниципальном ДОУ невысоки и составляют в целом 15,5% соответственно (без существенно значимых различий, p>0.05). Неудовлетворительная оценка зарегистрирована у половины детей в частном ДОУ - 50,1% и у 40,4 % - в муниципальном (p>0.005). Достоверных различий в оценке координаторной пробы между мальчиками и девочками в

обоих загородных оздоровительных учреждениях в начале смены не выявлено.

Результаты проведения пробы Штанге, отражающей функцию внешнего дыхания, представлены в таблице 3.3.

Таблица 3.3

Оценка пробы Штанге, %

Оценка							
	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ			
	М	Д	Все	М	Д	Все	Всего
Отлично	0,6	2,2	1,4	1,4	0,6	0,9	1,2
Хорошо	7,5	9,0	8,2	9,6	11,1	10,3	9,3
Удовлетворительно	52,4	57,6	55,1	43,8	57,8	51,0	53,0
Неудовлетворит.	39,5	31,2	35,3	45,2	30,5	37,8	36,5
Статистика	М - $\chi2$=6,35 ; cc=3 ; p=0,2146 ; Д - $\chi2$=9, 87 ; cc=3 ; p=0,7811 ; Все - $\chi2$=89,23 ; cc=3 ; p=0,067						

В начале смены у половины обследованных детей определены удовлетворительные результаты, у трети - неудовлетворительные. Отличные и хорошие результаты зарегистрированы в 10,5%, (9,6% в частном и 11,2% - в муниципальном ДОУ). Достоверных различий результатов между группами в начале смены не было выявлено. Гендерные различия проявились при сравнении удовлетворительных и неудовлетворительных оценок среди мальчиков и девочек частного и муниципального ДОУ (у девочек зарегистрированы лучшие показатели, $p<0.005$).

Результаты оценки пробы Генчи отражают толерантность к гипоксии (таблица 3.4). Было выявлено отсутствие статистически достоверных различий у детей в обоих загородных оздоровительных учреждениях в начале смены: доля детей с оценками «отлично» составляла 7,0%, с оценками «хорошо» - 27,0%, четверть детей имели неудовлетворительную оценку.

Таблица 3.4

Оценка пробы Генчи, %

Оценка							
	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ			
	М	Д	Все	М	Д	Все	Всего
Отлично	7,6	5,4	6,5	8,9	6,0	7,5	7,0
Хорошо	28,3	20,5	24,4	29,5	29,8	29,6	27,0
Удов.	39,6	48,4	44,0	37,6	40,2	38,8	41,4
Неудов.	24,5	25,7	25,1	24,0	24,0	24,1	24,6
Статистика	М - $\chi2$=4,35 ; cc=3 ; p=0,1763 ; Д - $\chi2$=6,78 ; cc=3 ; p=0,3498 ; Все - $\chi2$=26,81 ; cc=3 ; p=0,051						

Не выявлено достоверных различий между результатами среди мальчиков и девочек в обоих ДОУ.

Распределение детей по оценке двигательных тестов (проб, характеризующие физическую подготовленность детей и подростков) показало, что около четверти детей обеих групп имеют неудовлетворительную оценку (таблица 3.5).

Таблица 3.5

Оценка двигательных тестов детей, %

Оценка	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ			Всего
	М	Д	Все	М	Д	Все	
Отлично	5,0	2,8	3,9	3,4	1,3	2,4	3,1
Хорошо	12,9	8,5	10,7	24,0	12,3	18,2	14,5
Удов.	61,8	63,4	62,6	56,8	59,1	57,9	60,3
Неудов.	20,3	25,3	22,8	15,8	27,3	21,5	22,1
Статистика	М - $\chi2$=8,87 ; cc=3 ; p=0,3379 ; Д - $\chi2$=13,11 ; cc=3 ; p=0,2566 ; Все - $\chi2$=97,69 ; cc=3 ; p=0,070						

У большинства детей и подростков в обоих загородных оздоровительных учреждениях в начале смены двигательные тесты оценены как удовлетворительные (62,6% и 57,9% соответственно). Существенных различий в результатах между детьми в обоих ДОУ не наблюдалось, за

исключением мальчиков - в муниципальном детском оздоровительном учреждении мальчиков с оценкой «хорошо» оказалось практически в два раза больше, чем мальчиков частного оздоровительного учреждения, и девочек обоих ДОУ.

Нами была проведена интегральная оценка, определяющая уровень ФРО. Она включает результаты проб (координаторной, Штанге, Генчи), двигательные тесты (таблица 3.6). Статистически значимых отличий в оценках между детьми двух загородных оздоровительных учреждений не выявлено. В обоих ДОУ преобладала доля детей с удовлетворительными оценками уровня ФРО, несколько больше их было в частном загородном оздоровительном учреждении. Почти у трети детей определены неудовлетворительные результаты, у четверти – хорошие, в единичных случаях - отличные.

Таблица 3.6

Уровень функциональных резервов детей %

Оценка	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ			Всего
	М	Д	Все	М	Д	Все	
Отлично	0,8	1,0	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8
Хорошо	17,8	22,3	20,1	24,0	29,2	26,7	23,4
Удов.	52,0	52, 5	52,2	47,2	40,9	44,1	48,2
Неудов.	29,4	24,2	26,8	28,1	29,2	28,5	27,6
Статистика	М - $\chi2$=7,83 ; сс=3 ; p=0,7864 ; Д - $\chi2$=9,56 ; сс=3 ; p=0,2574 ; Все - $\chi2$=99,65 ; сс=3 ; p=0,088						

Выявлены различия при оценке уровня ФРО между мальчиками и девочками в обоих ДОУ, где отличные оценки составляют единичные случаи, хороших оценок больше у девочек в обоих ДОУ на 4,9%. Удовлетворительных и неудовлетворительных оценок больше у мальчиков как в частном, так и в муниципальном оздоровительном учреждении.

Таким образом, дети, поступающие в летние оздоровительные учреждения, характеризуются низкой долей отличных и хороших оценок и высоким уровнем неудовлетворительных оценок по показателям ФР,

результатам функциональных проб, двигательных тестов, а также в целом по уровню ФРО. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости анализа состояния здоровья детей, с одной стороны, и служат основой для разработки профилактических мероприятий – с другой.

3.2. Комплексная оценка здоровья детей в детских загородных оздоровительных учреждениях

Распределение обследованных детей по группам здоровья проведено в соответствии с положениями приказа МЗ РФ «О комплексной оценке состояния здоровья детей (№ 621 от 30.12.2003г.). Эта группировка позволяет проводить сопоставимую оценку состояния здоровья различных контингентов на момент обследования, при динамическом контроле и анализе эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий. Выделяются пять групп здоровья детского населения. В зависимости от принадлежности к той или иной группе здоровья дети и подростки нуждаются в дифференцированном подходе при разработке комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Комплексная оценка здоровья детей при поступлении в оздоровительное учреждение включала: самочувствие (жалобы), физическое развитие, уровень ФРО, группу здоровья.

Проведенный опрос показал, что только 10,5% детей не предъявляли никаких жалоб. Нарушение самочувствия отметили 89,5% респондентов. Основные жалобы были связаны с нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, КМС, мочеполовой системами. Жалобы на аллергические реакции, относящиеся к дыхательной системе (катаральные симптомы) встречались реже ($p<0,005$).

В структуре изменений самочувствия на основании предъявляемых жалоб на первом месте оказались нарушения, связанные с нервной системой

(головная боль, утомляемость, нарушение сна), на втором – пищеварительной (боли в животе, диспепсические расстройства) и костно-мышечной систем (таблица 3.7).

Таблица 3.7

Распространенность основных жалоб, характеризующих нарушение самочувствия детей (%)

Жалобы		Возраст,				χ^2	p
		6-10	11-13	14-16	Все		
	Головные боли	46,8	61,5	68,1	58,8	27,3	0,000
	Эмоциональная лабильность	27,3	33,1	41,6	34,0	4,1	0,070
	Слабость, утомляемость	41,3	60,3	61,7	54,4	32,5	0,000
	Нарушения сна	19,8	26,1	30,7	25,5	2,2	0,650
	Повышенная потливость	11,7	17,0	29,0	19,2	9,1	0,019
	Головокружения	3,3	9,2	18,3	10,3	17,4	0,001
	Двигательная расторможенность	34,9	28,8	8,1	23,9	16,8	0,000
	Боли, ощущения в области сердца	6,4	15,1	29,3	16,9	3,9	0,210
	Повышение артериального давления	4,7	9,8	20,9	12,8	11,8	0,004
	ОРЗ (4 и более раз в году)	29,7	33,1	27,9	30,2	1,0	0,690
	Боли в животе	34,9	47,3	51,6	44,6	4,4	0,190
	Тошнота, отрыжка, изжога	13,7	28,5	38,4	26,8	4,8	0,099
	Нарушения стула	12,1	14,5	11,6	12,7	2,2	0,370
	Боли в спине (шейном, грудном, поясничном отделах)	10,7	25,1	50,1	28,6	21,3	0,000
	Боли в ногах (бѐдра, голени, стопы)	14,1	27,3	39,6	27,0	17,5	0,000
	Реакция на какую-то пищу, запахи	29,1	24,0	15,1	22,7	3,6	0,328
	Проявления атопического дерматита	32,6	22,8	16,7	24,0	1,3	0,575

* – различия достоверны ($p<0,05$).

Жалобы в количестве одной и двух отмечали чаще дети 6-10 лет (42% и 43% соответственно) и 11-14лет (43% и 49% соответственно), одновременно 3-4 жалобы встречались у 80% 15-16-летних респондентов.

Дети, отнесенные к III группе здоровья, предъявляли максимальное количество жалоб. Более половины (55,0%) детей с III группой здоровья и 21% детей со II группой здоровья жаловались на боли в голове, животе,

спине, ногах. Проанализировано соотношение жалоб с физическим развитием детей. Доля детей, предъявивших по две, три и более жалоб, в большей степени сформирована за счет детей с избыточной массой тела и высокорослостью (χ^2=17,1, с.с.=5, p=0,01; χ^2=18,5, с.с.=7, p=0,05), чаще девочек.

Таким образом, в структуре жалоб преобладали: повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, головные боли, боли в животе, спине, ногах.

Результаты исследования показали, что большинство отдыхающих в обоих лагерях составили дети I и II групп здоровья (85,2% - в частном и 90,0% - в муниципальном), что позволяет определить унифицированные оптимальные программы оздоровления и профилактики для значительной части детей. Однако, III группа здоровья установлена у 14,8% детей в частном учреждении и 10,0% детей в муниципальном учреждении, что учитывалось при разработке индивидуальных рекомендаций для каждого ребенка по режиму дня, питанию и физической нагрузке с учетом имеющихся у него заболеваний (таблица 3.8).

Таблица 3.8

Распределение детей по группам здоровья в частном ДОУ, в %

Группа здоровья	Мальчики			Девочки			Всего	
	абс.	% п=958	% п=1934	абс.	% п=976	% п=1934	абс.	% п=1934
I группа здоровья	225	23,4	11,6	198	20,3	10,3	423	21,9
II группа здоровья	612	63,9	31,6	614	62,9	31,7	1226	63,3
III группа здоровья	121	12,7	6,3	164	16,8	8,5	285	14,8
Итого	958	100%	49,5%	976	100%	50,5%	1934	100%

Первая группа здоровья в частном ДОУ диагностирована у 228 мальчиков и у 198 девочек, что составило 23,4% от общего числа обследованных мальчиков и 20,3% от общего числа обследованных девочек. По отношению к общей группе обследованных детей (1934ребенка), это соответствовало 11,6% и 10,3%. Дети первой группы имели нормальное физическое развитие в 68% случаев. В муниципальном ДОУ первую группу здоровья имели 93 ребенка, из них 48 мальчиков (32,9%) и 45 девочек (29,2%). По отношению к общей группе обследованных (300 детей), это составило мальчиков - 16%, 15% - девочек.

Вторая группа здоровья диагностирована у 612 мальчиков и у 614 девочек в частном ДОУ, что составило 63,9% от числа обследованных мальчиков и 62,9% от числа обследованных девочек. При оценке физического развития у 4,2% детей второй группы здоровья выявлен дефицит массы тела, а у 9,1% - его избыток. Нарушения осанки в этой группе имели 19,8% детей, что в дальнейшем при воздействии неблагоприятных факторов и отсутствии профилактических мероприятий может перейти в разряд хронической патологии.

В муниципальном ДОУ вторая группа здоровья была определена у 59% детей, отклонения физического развития те же, что у детей в частном лагере (таблица 3.9).

Таблица 3.9

Распределение детей по группам здоровья в муниципальном ДОУ, в %

Группа здоровья	Мальчики			Девочки			Всего	
	абс.	% п=146	% п=300	абс.	% п=154	% п=300	абс.	% п=300
I группа здоровья	48	32,9	16,0	45	29,2	15,0	93	31,0
II группа здоровья	88	60,3	29,3	89	57,8	29,7	177	59,0

III группа здоровья	10	6,8	3,3	20	13,0	6,7	30	10,0
Итого	146	100%	48,6%	154	100%	51,3%	300	100%

Третья группа здоровья в обоих ДОУ чаще определялась у девочек, чем у мальчиков. В частном оздоровительном учреждении количество детей с третьей группой составило 14,8%. Из них девочки составили 16,8%, мальчики - 12,7% от количества обследованных (13,0% и 6,8% соответственно в муниципальном ДОУ), что составило 6,7% мальчиков и 3,3% девочек от общего числа обследованных. У 16,4% детей этой группы в частном лагере и 12,6% в муниципальном выявлен избыток массы тела, который несколько чаще определен у мальчиков (p=0,608).

В структуре хронических заболеваний у детей третьей группы преобладали заболевания органов пищеварения - 24,3% и 20,8% соответственно, на втором месте оказались заболевания КМС (18,9% и 20,6%), третье место занимали заболевания органов дыхания (19,6% и 20,6%). Для детей 3-ей группы здоровья характерна полиорганность поражения, наличие от одного до трех хронических заболеваний.

Анализ состояния здоровья детей, поступающих в детские оздоровительные учреждения, позволил выявить ряд особенностей.

1. Большинство отдыхающих составляют дети 1-ой и 2-ой групп здоровья, что соответствует профилю ДОУ и дает возможность определить оптимальные программы оздоровления и профилактики.

2. Уровень распространенности нарушений и заболеваний, предшествующих направлению в оздоровительное учреждение по данным медицинских справок Ф.079/у, составил 39,1 случая на 100 детей. Среди указанных в справке заболеваний превалируют следующие классы по МКБ-10: болезни органов пищеварения (9,1 случая на 100 детей), костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,4 случая на 100 детей),

болезни органов дыхания (6,7 случая на 100 детей) и болезни системы кровообращения (4,3 случая на 100 детей). Максимальные уровни заболеваний по указанным классам и в целом по всем классам зарегистрированы у девочек 6-10 лет.

3. У 12,4 % детей установлена III группа здоровья, что учитывалось при разработке для каждого ребенка рекомендаций по режиму дня, питанию и физической нагрузке с учетом имеющихся у него заболеваний.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости анализа состояния здоровья детей на этапе их поступления в оздоровительное учреждение и являются основой для разработки профилактических мероприятий.

ГЛАВА IV. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОТДЫХАЮЩИХ В ЗАГОРОДНЫХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

4.1. Социально-гигиенические условия проживания, воспитания и обучения детей в семье

Комплексное исследование факторов, формирующих здоровье детей, определяет необходимость дифференцированного подхода к планированию и осуществлению профилактических и оздоровительных мероприятий в условиях ДОУ.

Исследование проведено по специально разработанной анкете. Социологическим опросом охвачено 1512 родителей, в том числе 1321 – родителей детей, отдыхающих в частном детском загородном оздоровительном учреждении и 191 - в муниципальном.

Жилищно-бытовые условия.

Отдельная квартира имелась у 88,2% семей, воспитывающих школьников; комната в коммунальной квартире – у 5,2% семей; комната в общежитии – у 5,1% семей; частный дом – у 1,5% семей. Жилая площадь на одного члена семьи составила: свыше 12 кв.м. - в 27,5% случаев, 5 – 12 кв.м. – в 64,7%, менее 5 кв.м. – в 7,8%. Доход на одного члена семьи выше прожиточного минимума отмечался в 34,9% случаев, соответствовал – в 37,1%, четверть учащихся (28,0%) проживала в бедных семьях (с уровнем доходов ниже прожиточного минимума). Образование матери: высшее – в 43,2% случаев, среднее, среднее специальное – в 55,9%, неполное среднее – в 0,9%. Образование отца: высшее – в 43,7% случаев, среднее, среднее специальное – в 55,7%, неполное среднее – в 0,6%.

Около половины (46,3%) всех семей имела одного ребенка, двух – 48,5%, трех – 3,9%, четырех и более детей воспитывали 1,3% семей. Полные семьи составляли 77,2% исследуемой совокупности. Неполные материнские семьи зарегистрированы в 21,5% случаев, отцовские – в 0,9%, под опекой

находились 0,4% детей. Основной уход за ребенком осуществляла в 70,3% случаев мать, в 15,9% – отец, в 11,7% – бабушка, в 1,6% – дедушка, в 0,5% – другое лицо.

Благополучная семейная обстановка отмечалась в 90,1% случаев, конфликтная – в 9,9%. Ребенок имел отдельную комнату в 57,1% семей. В 97,2% семей ребенок имел отдельное место для приготовления уроков. Влажная уборка помещения, где находится ребенок, проводилась ежедневно в 13,7% семей, 3 – 4 раза в неделю – в 33,6%, 1 раз в неделю – в 49,4%, 1 – 2 раза в месяц – в 3,3%. Помещение, где находится ребенок, проветривалось несколько раз в день в 37,7% семей, один раз в день – в 45,1%, не каждый день – 16,9%, не проветривалось – в 0,3%.

Питание ребенка дома имело следующие характеристики: мясные и рыбные продукты употребляются в течение недели регулярно в 51,7% семей, часто (4 – 5 раз) – в 35,0%, иногда (1 – 2 раза) – в 12,6%, не употребляются – в 0,7%; Молоко и молочные продукты регулярно употребляются в 34,2% семей, часто (4 – 5 раз) – в 36,6%, иногда (1 – 2 раза) – в 26,2%, не употребляются – в 3,0%; Фрукты и овощи употребляются регулярно в 33,5% семей, часто (4 – 5 раз) – в 40,0%, иногда (1 – 2 раза) – в 25,1%, не употребляются – в 0,8%; Крупяные, макаронные блюда и хлебобулочные изделия используются в питании регулярно в 64,3% семей, часто (4 – 5 раз) – в 29,1%, иногда (1 – 2 раза) – в 6,5%, не употребляются – в 0,1%.

Строго по времени питалась только пятая часть учащихся, почти половина – менее четырех раз в день, каждый седьмой ребенок ежедневно ел «всухомятку», причем в большей степени негативные моменты выражены у девочек (таблица 4.1).

Таблица 4.1

Характеристика питания детей и подростков в семье,
(в % от всех семей)

Показатели	Мальчики	Девочки	Оба пола	p

Режим питания				
Строго по времени	18,6	16,6	17,6	0,1879
Произвольно в отношении времени	81,4	83,4	21,4	0,1879
Число приемов пищи в день				
5 раз и более	8,0	5,5	6,7	0,0053*
4 раза	49,2	41,4	45,3	<0,0001*
3 раза	41,6	51,0	46,3	<0,0001*
2 раза	1,2	2,1	1,6	0,0405*
Еда «всухомятку»				
Очень редко	59,1	55,0	57,0	0,0049*
Несколько раз в неделю	29,5	31,5	30,5	0,0013*
Ежедневно	11,4	13,5	12,4	0,8630

* – различия достоверны (p<0,05)

Организация питания дома детей изучена с учетом возраста: 6-10 лет, 11-16 лет. Степень выраженности нарушений в организации питания коррелирует с возрастом учащихся: старшие дети по сравнению с младшими, питались строго по времени в 2,5 раза реже (p<0,0001); имели менее четырех приемов пищи в день – в 1,4 раза больше (p<0,0001); ежедневно питались «всухомятку» – в 1,6 раза больше (p<0,0001); (таблица 4.2, таблица 4.3).

Таблица 4.2

Особенности домашнего питания детей в зависимости от возраста, %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	P		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Режим питания						
Строго по времени	26,0	17,2	11,1	<0,0001*	<0,0001*	0,0001*
Произвольно в отношении времени	74,0	82,8	88,9	<0,0001*	<0,0001*	0,0001*
Число приемов пищи в день						
5 раз и более	8,9	7,1	6,4	0,1235	0,0945	0,5563
4 раза	54,1	42,7	39,7	<0,0001*	<0,0001*	0,0868
3 раза	36,4	48,4	50,5	<0,0001*	<0,0001*	0,1844
2 раза	0,6	1,8	3,4	0,0148*	<0,0001*	0,0346*
Еда «всухомятку»						
Очень редко	63,8	55,0	50,4	<0,0001*	<0,0001*	0,0332*
Несколько раз в неделю	27,0	33,3	36,0	0,0001*	<0,0001*	0,4087
Ежедневно	9,2	11,7	13,6	0,0093*	<0,0001*	0,0656

* – различия достоверны (p<0,05)

Таблица 4.3.

Характеристика образа питания детей в зависимости от пола и возраста, %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		Р		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Режим питания									
Строго по времени	26,9	27,2	17,9	15,9	10,4	10,9	1,00	0,2267	0,9099
Произвольно в отношении времени	73,1	72,8	82,1	84,1	89,6	89,1	1,00	0,2267	0,9099
Число приемов пищи в день									
5 раз и более	9,9	8,0	8,0	6,4	8,9	4,9	0,2946	0,4149	0,0049*
4 раза	54,4	52,9	47,8	39,8	47,1	36,5	0,6468	0,0040*	0,0006*
3 раза	35,2	38,4	42,9	51,6	41,5	54,7	0,2776	0,0026*	<0,0001*
2 раза	0,5	0,7	1,3	2,2	2,5	3,9	0,9387	0,3212	0,2060
Еда «всухомятку»									
Очень редко	65,0	63,9	54,5	53,1	55,9	44,4	0,8270	0,6320	0,0004*
Несколько раз в неделю	23,8	26,2	30,6	34,5	29,7	37,7	0,5094	0,0963	0,0093*
Ежедневно	11,2	9,9	14,9	12,4	14,4	17,9	0,6174	0,1376	0,1792

* – различия достоверны (p<0,05)

В свободное от школы время ребенок находился в группе продленного дня в 6,9% случаев, дома с родителями – в 47,0% случаев, с посторонним лицом – в 2,8% случаев, один– в 43,3% случаев.

Отмечалось превышение максимальной продолжительности выполнения домашних заданий согласно СанПиН 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» у 34,8% учащихся (32,2% мальчиков, 37,1% девочек, p=0,002), причем имелась обратная корреляция между выраженностью нарушений санитарных норм и возрастом детей, у девочек наблюдалась более негативная картина во всех возрастных группах (таблица 4.4, таблица 4.5)

Таблица 4.4

Распределение факторов образа жизни детей в зависимости от возраста, %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	Р		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Затраты времени в день на подготовку домашнего задания						

С превышением санитарных норм	57,5	27,4	16,8	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Продолжительность сна ребенка в будни						
Ниже гигиенических рекомендаций	67,5	60,6	45,1	0,0006*	<0,0001*	<0,0001*
Пребывание на открытом воздухе (включая дорогу в школу и обратно)						
Ниже гигиенических рекомендаций	82,5	83,3	53,3	0,8683	<0,0001*	<0,0001*
Отдых ребенка в свободное время						
Прогулки на улице	27,2	26,3	25,8	0,6018	0,5264	0,8798
Подвижные игры	14,6	7,9	4,6	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Дискотека	0,0	1,3	6,8	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Просмотр телепередач	28,0	29,8	28,2	0,0087*	0,2324	0,2673
Просмотр видеопрограмм	6,2	6,0	6,2	0,2132	0,1532	0,7815
Компьютерные игры	8,3	13,5	13,4	<0,0001*	0,0006*	0,4350
Чтение книг	15,7	15,2	15,0	0,3059	0,0697	0,3678
Затраты времени в день на просмотр телепередач и занятия с компьютером						
До 0,5 часа	3,9	2,3	2,2	0,0224*	0,0113*	0,7685
0,5 – 1 час	20,4	10,7	8,7	<0,0001*	<0,0001*	0,2897
1 – 2 часа	38,6	36,5	31,2	0,2342	0,0045*	0,0314*
2 – 3 часа	27,3	29,9	33,9	0,0427*	0,0089*	0,4333
3 – 4 часа	6,9	14,0	14,6	<0,0001*	<0,0001*	0,5602
Свыше 4 часов	2,9	6,6	9,4	0,0145*	<0,0001*	0,0114*

* – различия достоверны (p<0,05)

Таблица 4.5

Распределение факторов образа жизни детей в зависимости от возраста и пола, %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		P		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Затраты времени в день на подготовку домашнего задания									
С превышением санитарных норм	56,0	59,1	23,0	31,9	12,1	21,5	0,3090	0,0002*	0,0002*
Продолжительность сна ребенка в будни									
Ниже гигиенических рекомендаций	71,0	64,1	61,2	60,0	22,4	67,9	0,0226*	0,7632	0,1472
Пребывание на открытом воздухе (включая дорогу в школу и обратно)									
Ниже гигиенических рекомендаций	79,8	85,3	82,2	84,4	53,0	53,7	0,0188*	0,2129	0,8371
Отдых ребенка в свободное время									
Прогулки на улице	27,0	27,5	25,3	27,2	23,6	28,1	0,7148	0,1427	0,0187*
Подвижные игры	14,6	14,5	10,9	4,9	6,9	2,4	0,8353	<0,0001*	<0,0001*
Дискотека	0,0	0,0	0,4	2,3	3,6	9,9	0,9552	0,0008*	<0,0001*
Просмотр телепередач	28,0	28,1	27,8	31,8	26,8	29,5	0,4826	0,0069*	0,0950
Просмотр видеопрограмм	5,5	6,9	6,2	5,9	7,2	5,3	0,9737	0,4885	0,0392*

Компьютерные игры	10,6	6,0	19,0	8,0	20,9	5,9	<0,0001 *	<0,0001 *	<0,0001 *
Чтение книг	14,3	17,0	10,4	19,9	11,0	18,9	0,0005*	<0,0001 *	0,0002*
Затраты времени в день на просмотр телепередач и занятия с компьютером									
До 0,5 часа	3,1	4,8	2,4	2,2	2,7	1,6	0,3169	0,9323	0,4555
0,5 – 1 час	18,0	22,9	7,7	13,7	6,2	11,2	0,0125*	0,0008*	0,0027*
1 – 2 часа	38,3	39,0	34,6	38,5	27,2	35,3	0,6853	0,1741	0,0826
2 – 3 часа	31,2	23,1	32,2	27,5	37,8	30,0	0,0055*	0,0479*	0,0156*
3 – 4 часа	6,6	7,2	16,8	11,2	15,9	13,2	0,9944	0,0524	0,6443
Свыше 4 часов	2,8	3,0	6,3	6,9	10,2	8,7	0,2710	0,5290	0,4442

* – различия достоверны (p<0,05)

В свободное время отдых школьников характеризовался преобладанием пассивных форм, таких как просмотр телепередач – 28,7% детей (27,5% мальчиков, 29,8% девочек, p=0,0020), чтение книг – 15,2% (11,9% мальчиков, 18,6% девочек, p<0,0001), компьютерные игры – 11,7% (16,8% мальчиков, 6,6% девочек, p<0,0001), просмотр видеопрограмм – 6,1% (6,3% мальчиков,6,0% девочек), над активными – прогулки на улице – 26,4% (25,1% мальчиков, 27,6% девочек, p=0,0213),подвижные игры – 9,0% (10,8% мальчиков, 7,3% девочек, p<0,0001), дискотека – 2,7% (1,3% мальчиков, 4,0% девочек, p<0,0001).

Не соответствовало гигиеническим рекомендациям время пребывания на открытом воздухе (включая дорогу в школу и обратно) у 73,0% учащихся (71,6% мальчиков, 74,5% девочек). Менее 2 часов в сутки проводили на открытом воздухе 52,3% детей (50,1% мальчиков, 54,3% девочек, p=0,0112), притом, что ежедневно на просмотр телепередач и занятия с компьютером 29,9% детей (33,2% мальчиков, 27,2% девочек, p=0,0001) тратит 2 – 3 часа, 11,9% (12,6% мальчиков, 11,2% девочек) – 3 – 4 часа, 6,3% (6,9% мальчиков, 5,8% девочек) – свыше 4 часов. Продолжительность сна в будние ниже гигиенических рекомендаций зарегистрирована у 53,2% учащихся (55,1% мальчиков, 51,6% девочек, p=0,0433).

Воспитание саногенного поведения у детей происходит в значительной степени под влиянием личного примера родителей, в связи с этим вызывает обеспокоенность низкий уровень их физической культуры, в частности

занимались спортом оба родителя в 5,4% семей, только отец – в 8,3%, только мать – 6,9%, не занимались – 79,4%. Делали утреннюю зарядку оба родителя в 4,8% семей, только отец – в 7,4%, только мать – 8,0%, не делали – 79,8%.

Физическая активность учащихся: регулярно посещали уроки физкультуры в школе 75,6% детей, нерегулярно – 16,1%, освобождены по состоянию здоровья – 8,3%. Среди занимающихся физкультурой в школе у 89,9% определена основная группа, у 6,3% –подготовительная, 3,8% – специальная. Занимались физкультурой и спортом вне школы регулярно 21,9% учащихся (мальчики – 27,0%, девочки – 16,8%, $p<0,0001$), нерегулярно – 29,5% (мальчики – 33,6%, девочки – 25,5%, $p<0,0001$), не занимались – 48,6% (мальчики – 39,4%, девочки – 57,7%, $p<0,0001$). Тренировались в спортивных секциях до 1 года – 10,4% школьников (мальчики – 13,7%, девочки – 7,1%, $p<0,0001$), до 2 лет – 4,9% (мальчики – 6,3%, девочки – 3,6%, $p=0,0001$), более 2 лет – 11,7% (мальчики – 14,5%, девочки – 8,9%, $p<0,0001$), не тренируются – 72,9% (мальчики – 65,4%, девочки – 80,4%, $p<0,0001$). Подвижные игры на свежем воздухе: ежедневно – 28,6% детей (мальчики – 34,4%, девочки – 22,8 %, $p<0,0001$), 3 – 4 раза в неделю – 21,5% (мальчики – 22,0%, девочки – 2101%), 1 – 2 раза в неделю – 49,9% (мальчики – 43,6%, девочки – 56,2%, $p<0,0001$). Делали утреннюю гимнастику дома регулярно вместе с родителями 2,6% школьников (мальчики – 2,7%, девочки – 2,5%), одни – 12,2% (мальчики – 13,0%, девочки – 11,4%), не делали – 85,2% (мальчики – 84,3%, девочки – 86,1%). В итоге, достаточной определили физическую активность детей 64,8% родителей, что можно рассматривать в качестве завышенного результата, т.к. оценивали состояние общефизической подготовки ребенка как «отличное» всего 5,9% родителей, «хорошее» – 37,8%, «удовлетворительное» – 48,4%, «слабое» – 7,9%. Худшее состояние физической активности отмечалось в старшей возрастной группе, а также у девочек во всех возрастных группах (таблица 4.6; таблица 4.7).

Таблица 4.6

Характеристика некоторых аспектов двигательной активности детей в зависимости от возраста ребенка, по мнению родителей (%)

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	P		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Посещение уроков физкультуры в школе						
Регулярно	80,9	76,2	69,7	0,0006*	<0,0001*	0,0001*
Нерегулярно	14,0	16,8	17,7	0,0386*	0,0258*	0,5143
Освобождены по состоянию здоровья	5,1	7,0	12,6	0,0013*	<0,0001*	<0,0001*
Занимаются физкультурой и спортом вне школы						
Регулярно	23,9	23,5	18,4	0,6098	0,0004*	0,0013*
Нерегулярно	26,8	29,3	32,5	0,7093	0,0521	0,0990
Не занимаются	49,3	47,2	49,1	0,9558	0,2809	0,2963
Занимаются в спортивных секциях						
До 1 года	13,1	12,2	5,9	0,3991	<0,0001*	<0,0001*
До 2 лет	6,0	4,7	4,0	0,3052	0,0754	0,2469
Более 2 лет	8,3	13,8	13,2	0,0001*	0,0131*	0,2836
Не занимаются	72,6	69,3	76,9	0,1364	0,0008*	<0,0001*
Подвижные игры школьников на свежем воздухе						
Ежедневно	38,9	24,6	22,1	<0,0001*	<0,0001*	0,1180
3 – 4 раза в неделю	25,1	23,7	15,7	0,2820	<0,0001*	<0,0001*
1 – 2 раза в неделю	36,0	51,7	62,2	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Ребенок делает утреннюю гимнастику дома регулярно						
Вместе с родителями	4,6	1,8	1,1	<0,0001*	<0,0001*	0,1026
Один	9,8	12,4	14,5	0,0124*	0,0009*	0,3039
Не делает	85,6	85,8	84,4	0,8735	0,5770	0,6998

* – различия достоверны ($p<0,05$)

Регулярно проводились закаливающие процедуры в домашних условиях только в 13,6% семей. Выезд семьи в загородную зеленую зону (активный отдых и труд) происходил регулярно в 44,9% случаев, 1 – 2 раза в месяц – в 35,0% случаев, реже одного раза в месяц – в 8,3% случаев, не выезжают совсем – 11,8% семей. Летние каникулы 40,0% школьников проводили за городом, 49,2% – часть времени за городом, часть в городе, 10,8% – в городе.

Таблица 4.7

Характеристика некоторых аспектов двигательной активности детей в зависимости от возраста и пола ребенка, по мнению родителей (%)

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	P		
	1	2	3	1	2	3

	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Посещение уроков физкультуры в школе									
Регулярно	84,1	77,7	80,8	71,4	76,2	63,3	0,0281*	<0,0001*	0,0001*
Нерегулярно	11,2	16,9	12,5	21,2	14,0	21,2	0,0043*	0,0002*	0,0068*
Освобождены по состоянию здоровья	4,7	5,4	6,7	7,4	9,8	15,5	0,5751	0,0433*	0,0268*
Занимаются физкультурой и спортом вне школы									
Регулярно	25.6	22,3	30,0	17,0	25,6	11,1	0,1089	<0,0001*	<0,0001*
Нерегулярно	29,1	24,5	32,6	26,1	39,2	25,9	0,3837	0,0204*	<0,0001*
Не занимаются	45,3	53,2	37,4	56,9	35,2	63,0	0,0277*	<0,0001*	<0,0001*
Занимаются в спортивных секциях									
До 1 года	15,4	10,9	16,5	7,9	9,3	2,5	0,0327*	<0,0001*	<0,0001*
До 2 лет	7,6	4,4	6,3	3,2	5,0	3,1	0,0227*	0,0109*	0,2787
Более 2 лет	8,2	8,3	17,1	10,6	18,4	7,9	0,7731	0,0024*	0,0001*
Не занимаются	68,8	76,4	60,1	78,3	67,3	86,5	0,0016*	<0,0001*	<0,0001*
Подвижные игры школьников на свежем воздухе									
Ежедневно	44,0	33,9	31,3	18,0	27,9	16,4	0,0001*	<0,0001*	0,0001*
3 – 4 раза в неделю	22,9	27,3	24,8	22,5	18,2	13,1	0,2189	0,3794	0,1058
1 – 2 раза в неделю	33,1	38,8	43,9	59,5	53,9	70,5	0,0047*	<0,0001*	<0,0001*
Ребенок делает утреннюю гимнастику дома регулярно									
Вместе с родителями	4,2	5,1	2,2	1,5	1,4	0,8	0,8035	0,6217	0,4150
Один	8,8	10,8	12,4	12,3	18,0	11,0	0,3889	0,9759	0,0032*
Не делает	87,0	84,1	85,4	86,2	80,6	88,2	0,3376	0,8172	0,0015*

* – различия достоверны ($p<0,05$)

В 90,7% случаев родители отмечали, что учитывают особенности личности ребенка и состояние его здоровья при организации режима труда и отдыха. По собственному мнению, осуществляют контроль за организацией режима дня, питания ребенка 88,3% родителей. При этом правильную организацию режима дня у своих детей отмечали 62,2% родителей, правильное питание – 54,3%, строго по времени организован режим ночного сна ребенка в 49,1% семей, что в совокупности с детальной характеристикой основных режимных моментов (таблица 4.1 – таблица 4.7) свидетельствует о переоценке родителями своих знаний и усилий в данной области или о

желании представить ситуацию лучше, чем она есть на самом деле. Еще одним подтверждением данного вывода является то, что лишь 44,6% родителей отметили, что ими делается все необходимое для улучшения и укрепления здоровья детей.

По собственному мнению, знания по профилактике заболеваний у детей имеют оба родителя в 44,6% случаев, в 42,6 % – только мать, в 8,1% – другие члены семьи, в 4,7% – не имеют. Оценили данные знания как достаточные менее половины родителей – 49,6%. Медицинские знания по профилактике заболеваний были получены: до рождения ребенка – у 54,3% родителей, на первом году жизни ребенка – у 29,0%, после заболевания ребенка – у 16,7%. Мотивация приобретения медицинских знаний у родителей в 60,2% случаев – желание вырастить своего ребенка здоровым, в 13,2% – этого требует состояние здоровье ребенка, в 8,8% – для повышения своего общего культурного уровня, в 7,1% – для повышения своей санитарной культуры, в 5,0% – по совету врачей, в 4,0% – по роду деятельности (родитель – медработник), в 1,3% – по совету (примеру) знакомых, в 0,1% – недоверие врачам, в 0,3% – другое. Источниками медицинских знаний для родителей в 34,9% случаев стали средства массовой информации (газеты, журналы, радио, телевидение), в 20,8% – популярная медицинская литература, в 15,7% – знакомые и родственники, в 14,4% – специальная медицинская литература, в 14,2% – лекции и беседы медработников. Популярная медицинская литература имелась в 65,9% семей, пополнялась – в 34,1% случаев. В итоге достаточный уровень медицинских знаний по профилактике заболеваний, как считают родители, имеют всего 26,0% детей (мальчики – 23,9%, девочки – 28,0%, $p=0,0063$), недостаточный – 56,1% (мальчики – 54,9%, девочки – 57,2%), не имеют – 17,9% (мальчики – 21,2%, девочки – 14,8%, $p<0,0001$). Отмечается положительная корреляция между уровнем медицинских знаний и возрастом учащихся (таблица 4.8).

Таблица 4.8

Распределение мнений об уровне медицинских знаний по профилактике заболеваний у детей в зависимости от возраста, %

Уровень знаний	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	P		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Достаточный	20,4	26,6	32,9	<0,0001*	<0,0001*	0,0015*
Недостаточный	55,5	57,5	55,0	0,2592	0,8908	0,3846
Знания отсутствуют	24,1	15,9	12,1	<0,0001*	<0,0001*	0,0041*

* – различия достоверны (p<0,05)

Таблица 4.9

Распределение мнений об уровне медицинских знаний по профилактике заболеваний у детей в зависимости от возраста и пола, %

Уровень знаний	6 – 10 лет		11 – 13 лет		45 – 16 лет		P		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Достаточный	19,9	20,8	24,5	28,7	29,6	36,2	0,6518	0,0498*	0,0137*
Недостаточный	54,3	56,7	56,6	58,4	54,6	55,3	0,2823	0,2425	0,9586
Знания отсутствуют	25,8	22,5	18,9	12,9	15,8	8,5	0,4535	0,0001*	0,0005*

* – различия достоверны (p<0,05)

Гигиенические навыки, по утверждению родителей, прививались в 99,0% семей, однако регулярное самостоятельное их выполнение отмечено лишь у 66,9% детей (мальчики – 59,0%, девочки – 74,9%, p<0,0001), дважды в день или чаще чистят зубы 41,6% учащихся (мальчики – 32,7%, девочки – 50,5%, p<0,0001), 1 раз в 3 месяца меняют зубную щетку 47,7% школьников (мальчики – 46,0%, девочки – 49,4%, p=0,0216). В старшем школьном возрасте наблюдалось в 2,1 раза (p<0,0001) большее выполнение гигиенических навыков, чем в младшем, в том числе в 1,6 раза (p<0,0001) большая доля детей с кратностью чистки зубов дважды в день или чаще (таблица 4.10).

Таблица 4.10

Характеристика гигиенических навыков детей
в зависимости от возраста, %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	P		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Ребенок выполняет гигиенические навыки						
Регулярно, самостоятельно	44,1	68,0	88,8	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Кратность чистки зубов						
Дважды в день или чаще	34,1	38,4	52,3	0,0041*	<0,0001*	<0,0001*
1 раз в день	55,4	53,6	44,8	0,5305	<0,0001*	<0,0001*
Не каждый день	9,3	6,4	2,7	0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Реже, чем 1 раз в неделю	1,1	1,5	0,1	0,9952	0,0587	0,0780
Никогда	0,1	0,1	0,1	0,8151	0,8519	0,9326
Частота смены зубной щетки						
1 раз в 3 месяца	49,5	46,5	47,2	0,1968	0,3857	0,7988
1 раз в 6 месяцев	40,2	41,2	39,1	0,8283	0,4561	0,3063
1 раз в год	10,3	12,3	13,7	0,0978	0,0102*	0,2868

* – различия достоверны ($p<0,05$)

Гендерные различия состояли в том, что девочки характеризуются лучшими показателями выполнения гигиенических навыков во всех возрастных периодах (таблица 4.11).

Таблица 4.11

Характеристика гигиенических навыков детей
в зависимости от возраста и пола, %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		P		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Ребенок выполняет гигиенические навыки									
Регулярно, самостоятельно	38,5	49,8	57,0	79,0	81,7	95,9	0,0006*	<0,0001*	<0,0001*
Кратность чистки зубов									
Дважды в день или чаще	33,1	35,1	27,9	49,0	37,2	67,4	0,4069	<0,0001*	<0,0001*
1 раз в день	54,5	56,3	59,3	48,2	57,3	32,3	0,7514	<0,0001*	<0,0001*
Не каждый день	10,7	7,9	10,5	2,7	5,1	0,3	0,1507	<0,0001*	<0,0001*
Реже, чем 1 раз в неделю	1,5	0,7	2,0	0,1	0,3	0,0	0,5349	0,2099	0,8723
Никогда	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,4934	0,1856	0,8723

Частота смены зубной щетки									
1 раз в 3 месяца	50,1	48,9	43,0	50,1	45,1	49,4	0,7022	0,0098*	0,1686
1 раз в 6 месяцев	38,6	41,9	42,4	40,0	42,2	36,0	0,2483	0,3949	0,0590
1 раз в год	11,3	9,2	14,6	9,9	12,7	14,6	0,2454	0,0093*	0,5587

* – различия достоверны ($p<0,05$)

Мешает гигиеническому воспитанию ребенка нехватка времени у родителей в 45,6% случаев, отсутствие популярной медицинской литературы – в 24,9%, нежелание ребенка – в 15,0%, собственная лень – в 1,2%, жилищные условия – в 1,6%, другое – в 11,7%.

В возникновении неудач при формировании здорового образа жизни у детей имеет значение и негативный пример взрослых, в частности, курение родителей и других членов семьи. Оба родителя куряли в 6,5% случаев, отец – 40,6%, мать – 2,8%, другие члены семьи – 4,5%, не курят – 45,6%. Курение в присутствии ребенка имело место в 26,1% семей. Употребление родителями и членами семьи спиртных напитков: оба родителя – 20,0% случаев, отец – 15,2%, мать – 2,3%, другие члены семьи – 3,1%, не употребляют – 59,4%. В 42,2% семей спиртные напитки употреблялись в присутствии ребенка. В итоге по данным анкетирования родителей, курили нерегулярно 2,9% школьников (мальчики – 4,9%, девочки – 1,3%, $p<0,0001$), курит регулярно – 0,7% (мальчики – 1,2%, девочки – 0,2%, $p=0,0006$), знает вкус алкогольных напитков 25,3% учащихся (мальчики – 26,2%, девочки – 24,6%). Прослеживается зависимость вредных привычек от возраста и пола: к старшим возрастным группам увеличивается доля курящих, особенно среди мальчиков. Большая половина мальчиков и девочек в старшей возрастной группе уже знакомы с алкоголем (таблица 4.12, таблица 4.13).

Положительное отношение к здоровому образу жизни имели только 84,2% детей (82,4% мальчиков, 86,0% девочек, $p=0,0113$), 15,1% – безразличное (16,8% мальчиков, 13,5% девочек, $p=0,0129$), 0,6% – отрицательное (0,8% мальчиков, 0,4% девочек).

Таблица 4.12

Распространенность вредных привычек у детей,
в зависимости от возраста, %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	p		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Курение школьника						
Не курит	100,0	97,5	88,1	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Курит нерегулярно	0,0	2,4	9,4	-	-	<0,0001*
Курит регулярно	0,0	0,1	2,5	-	-	<0,0001*
Знает ли школьник вкус алкогольных напитков						
Да	5,2	18,2	51,7	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*

* – различия достоверны (p<0,05)

Таблица 4.13

Распространенность вредных привычек у детей,
в зависимости от возраста и пола, %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		p		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Курение школьника									
Не курит	100,0	100,0	95,2	99,8	80,7	95,6	1,0	<0,0001*	<0,0001*
Курит нерегулярно	0,0	0,0	4,6	0,2	14,9	3,9	-	<0,0001*	<0,0001*
Курит регулярно	0,0	0,0	0,2	0,0	4,4	0,5	-	0,3948	0,0004*
Знает ли школьник вкус алкогольных напитков									
Да	5,8	4,7	19,3	17,2	52,6	50,9	0,4021	0,4299	0,6917

* – различия достоверны (p<0,05)

В зависимости от возраста распределение отношения детей к ЗОЖ варьирует незначительно (таблица 4.14). Во всех изучаемых возрастных группах отношение девочек к ЗОЖ лучше, чем мальчиков (таблица 4.15).

Таблица 4.14

Отношение детей к ЗОЖ,
в зависимости от возраста, %

Отношение к ЗОЖ	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	p		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Положительное	85,5	83,8	83,4	0,6719	0,1831	0,3412
Безразличное	13,7	15,8	15,9	0,4051	0,1547	0,5104
Отрицательное	0,8	0,4	0,7	0,1533	0,9845	0,2619

Таблица 4.15

Отношение детей к ЗОЖ,
в зависимости от возраста и пола, %

Отношение к ЗОЖ	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		p		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Положительное	83,2	87,6	81,9	85,7	82,1	84,7	0,0366*	0,1133	0,5015
Безразличное	15,8	11,7	17,9	13,7	16,7	15,2	0,0449*	0,0548	0,7663
Отрицательное	1,0	0,7	0,2	0,6	1,2	0,1	0,8296	0,2096	0,2531

* – различия достоверны (p<0,05)

В итоге понимали и следовали здоровому образу жизни 37,7% школьников (34,3% мальчиков, 41,2% девочек, p<0,0001), понимали, но следовали только под воздействием родителей – 51,3% (53,5% мальчиков, 49,1% девочек, p=0,0001), понимали, но не следовали – 7,1% (7,6% мальчиков, 6,7% девочек), не понимали, но следовали под воздействием родителей – 3,0% (3,9% мальчиков, 2,5% девочек, p=0,0329), не понимали и не следовали – 0,5% (0,6% мальчиков, 0,4% девочек). Обращает на себя внимание то, что в старшем школьном возрасте по сравнению с младшим доля детей, осознанно следующих ЗОЖ, больше в 1,8 раза (p<0,0001), а доля детей, имеющих представление о ЗОЖ, но не ведущих его – больше в 4,3 раза (p<0,0001) (таблица4.16).

Таблица 4.16

Оценка родителями школьников понимания и выполнения требований ЗОЖ у своих детей, в зависимости от возраста ребенка, %

Оценка	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	p		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Понимают и следуют	27,4	37,7	48,2	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
понимают, но следуют только под воздействием родителей	63,8	53,4	36,8	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
понимают, но не следуют	2,9	5,9	12,6	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
не понимают, но следуют под воздействием родителей	5,5	2,5	1,6	<0,0001*	<0,0001*	0,2610
не понимают и не следуют	0,4	0,3	0,8	<0,0001*	0,9092	0,5894

Итого	100,0	100,0	100,0	-	-	-

* – различия достоверны (p<0,05)

Полученные результаты свидетельствует о том, что простой информированности в плане ЗОЖ и положительного к нему отношения еще недостаточно для формирования саногенного поведения. Во всех изучаемых возрастных группах понимание и следование ЗОЖ, по оценке родителей, среди девочек лучше, чем среди мальчиков (таблица 4.17).

Таблица 4.17

Оценка родителями школьников понимания и выполнения требований ЗОЖ у своих детей, в зависимости от возраста и пола ребенка, %

Оценка	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		Р		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Понимают и следуют	24,3	30,5	34,1	41,4	44,5	51,7	0,0226*	0,0106*	0,0361*
понимают, но следуют только под воздействием родителей	66,1	61,4	56,5	50,4	37,9	35,7	0,1212	0,0235*	0,2339
понимают, но не следуют	3,2	2,7	5,7	6,1	14,0	11,3	0,6900	0,7324	0,8475
не понимают, но следуют под воздействием родителей	6,2	4,8	3,5	1,6	2,1	1,1	0,6052	0,1674	0,2433
не понимают и не следуют	0,2	0,6	0,2	0,5	1,5	0,2	0,9676	0,8187	0,0485*
Итого	100	100	100	100	100	100	-	-	-

* – различия достоверны (p<0,05)

Оценивали свое здоровье как хорошее 22,6% матерей и 28,4% отцов, удовлетворительное – 72,7% матерей и 68,3% отцов, плохое – 4,3% матерей и 3,2% отцов. Хронические заболевания имелись у 35,9% родителей, в том числе в 10,1% случаев – у обоих родителей, в 20,1% – у матери, в 5,7% – у отца. Практически не болели остро протекающими заболеваниями (ОРЗ, грипп и т.п.) 38,0% родителей, болели редко (1 – 3 раза в год) – 57,3%, часто – 4,7%. Имелось какое-либо заболевание, мешающее полноценному воспитанию ребенка: у матери – в 1,2% семей, у отца – в 0,6%, у обоих родителей – в 0,5%. В случае своего заболевания 10,4% родителей обращались за медицинской помощью при любом заболевании, 67,7% – только при тяжелом, 16,0% – при необходимости получить листок нетрудоспособности, 5,9% – не обращаются.

В 26,6% случаев родители оценили состояние здоровья своего ребенка как хорошее (25,4% мальчиков, 29,7% девочек, p=0,0104), в 68,8% – удовлетворительное (69,0% мальчиков, 68,3% девочек), в 4,6% – плохое (5,1% мальчиков, 3,6% девочек, p=0,0079). Такая оценка обосновывается в 10,5% случаев отсутствием заболеваний в течение года, в 55,0% – наличием 1 – 2 заболеваний в год, в 17,6% – наличием 3 и более заболеваний в год, в 16,9% – наличием хронических заболеваний.

Еще одним из факторов является поведение родителей в случае заболеваний ребенка. Обычно, при заболевании детей, родители обращаются к врачу своей поликлиники в 77,0% случаев, к знакомому врачу – в 5,5%, к родственникам и знакомым – в 0,6%, лечат ребенка сами – в 16,2%, обращаются к нетрадиционной медицине и прочее – в 0,7%. Обращаются за медицинской помощью при любом заболевании ребенка всего 46,8% родителей и 53,2% – только при тяжелом. При этом в первые сутки заболевания ребенка обращаются за медицинской помощью 60,5% родителей, на вторые сутки – 36,4%, позже – 3,1%.

Рекомендации медицинских работников выполняются полностью лишь в 64,0% семей, частично – в 35,2%, не выполняются – в 0,8%. Причиной невыполнения назначений в 30,1% случаев является невозможность обеспечения нужными лекарствами, в 23,2% – недоверие к врачу или к медицине в целом, в 18,7% – нехватка времени, в 16,9% – не удовлетворительный график работы вспомогательных кабинетов, в 1,3% – неуверенность в лекарствах (побочное действие и т.п.), в 1,2% – «есть собственные знания», в 0,3% – «ребенок не хочет выполнять», в 8,3% – другие причины. Лечение детей без медицинских рекомендаций проводит 55,1% родителей. Лекарственные препараты приобретаются по совету и рецепту медицинских работников только в 66,8% семей. Согласятся на госпитализацию ребенка в стационар при наличии показаний только 44,2% родителей, не всегда – 48,8%, не согласятся – 7,0%. Регулярно обращаются к

медицинским работникам по собственной инициативе за медицинскими советами по режиму дня, питанию, закаливанию детей и т.п. всего 14,0% родителей, нерегулярно – 33,9%, не обращаются – 52,1%. Среди нетрадиционных методов, использованных для лечения ребенка, 56,7% составили лечебные травы, 28,4% – массаж, 9,8% – гомеопатия, 3,7% – иглоукалывание, 1,0% – услуги экстрасенсов, колдунов или других «народных целителей», 0,4% – другое.

Удовлетворены медицинской помощью лишь 65,2% родителей. Среди причин неудовлетворенности в 39,0% случаев родители отметили длительное ожидание в очереди к врачу (более 0,5 часа), в 14,2% – отдаленность медицинского учреждения от места жительства, в 15,3% – невнимательное или грубое отношение медицинского персонала, в 10,2% – недоверие к медицине, в 9,1% – неудовлетворительный график работы, в 7,7% – недоверие к конкретному врачу, в 1,1% – нехватка специалистов в поликлиники и слабое оснащение ее оборудованием, в 0,9% – трудности с получением талона на прием к врачу, в 2,5% – другие причины.

В сфере формирования здоровья детей и подростков особый интерес представляет информация о воспитательной функции семьи и межличностных отношениях, формирующих в итоге семейный микроклимат. Под влиянием указанных факторов у детей вырабатываются определенные жизненные стратегии. Если ребенок перенял убеждение родителей, что его личность имеет ценность, то он всегда будет стремиться к сохранению своего здоровья. Если же есть установка о собственной малоценности, то и усилия, направленные на здоровье, будут низкими. По результатам проведенного исследования в воспитании, полученном от родственников, родителей в15,6% случаев не устраивала чрезмерная строгость, в 14,8% – отсутствие помощи в вопросах учебы, в 8,3% – предоставленность самому себе, в 2,0% – другое, в 59,3% – устраивало все. Утверждали, что учитывают отрицательные моменты собственного воспитания, воспитывая своего

ребенка, 64,5% матерей и 92,4% отцов.

Среди основных установок родителей на воспитание ребенка в 42,2% отмечалось, что «ребенок должен быть здоровым, физически крепким, закаленным», в 35,2% случаев – «основное – образование, необходимо начинать учить ребенка как можно раньше», в 6,6% – «ни в чем не стеснять свободы ребенка», в 6,4% – «ребенок должен быть приучен к строгой дисциплине», в 1,1% – «постоянно во всем опекать ребенка», в 1,3% – «нравственное воспитание», в 0,8% – «развитие самостоятельности», в 5,9% – другое, в 0,5% – «затрудняюсь ответить». Считали допустимой ложь в отношении с детьми 20,3% родителей. Если родители отказывали ребенку в чем-либо, то в 97,7% случаев считали необходимым объяснить, почему. Позволяли себе критиковать знакомых в присутствии ребенка 41,3% родителей. Более трети родителей (38,5%) не читали книг по воспитанию детей. Количество книг дома: в 45,2% семей – несколько десятков, в 46,1% – несколько сотен, в 8,4% – до тысячи и более, в 0,3% – нет совсем.

Среди методов педагогического воздействия на ребенка 23,2% родителей отметили преимущественно поощрение, 2,4% – преимущественно наказание, 71,1% – сочетание поощрения и наказания, 2,5% – убеждение (беседа), 0,6% – сочетание поощрения, наказания и убеждения, 0,2% – другое. Ребенок поощрялся часто в 65,3% случаев, изредка – в 33,7%, практически никогда – 1,0%. В качестве поощрения хороших поступков ребенка родители в 54,7% случаев использовали похвалу и ласку, в 21,3% – разрешение дополнительных удовольствий, в 18,4% – какие-либо покупки (сладости, игрушки и др.), в 5,3% – деньги, в 0,3% – другое. При воспитании ребенка родители использовали следующие меры строгости: строгий тон – в 45,4% случаев, окрик – в 17,2%, не разговаривают с ребенком некоторое время – в 9,4%, ставят в угол – 2,0%, наказывают лишением удовольствий – в 12,7%, угрожают физическим наказанием – в 3,1%, наказывают шлепками – в 6,1%, бьют довольно сильно, чтобы ощутил боль – 0,4%, внушение,

объяснение – в 0,5%, другое – в 0,1%, не применяют – в 3,1%. Наказываются физически каждый день – 0,2% детей, 1 – 2 раза в неделю – 3,7%, 1 – 2 раза в месяц – 16,3%, не наказываются – 79,8%.

Всего в 54,6% случаев отец участвует в воспитании детей наравне с матерью, в 33,7% – участвует мало, в 11,7% – практически не участвует. В результате слабое участие отца, несомненно, накладывает отрицательный отпечаток на формирование личности ребенка, в частности ведет к дисгармоничности характера, прежде всего у мальчиков.

После рождения ребенка взаимоотношения изменились в 36,2% семей, причем в 72,1% случаев семья стала дружнее, в 18,9% – появились конфликтные моменты, в 2,5% – частые ссоры в семье, в 1,7% – возникла ревность к ребенку, в 2,3% – отмечено снижение внимания к другим членам семьи, в 2,5% – произошел развод. В настоящее время ссоры и конфликты часто бывают в 6,6% семей, редко – в 81,0%, не бывают – в 12,4%. По мнению родителей, конфликты в семье связаны в 31,6% случаев с вспыльчивостью характера одного из супругов, в 20,6% – с материальными затруднениями, в 13,3% – с ограничением жилой площади, в 10,3% – с трудностями в воспитании ребенка, в 8,0% – с трудностями совмещения семейной жизни с работой и учебой, в 6,6% – с конфликтами с родственниками, в 6,2% – с употреблением алкоголя, в 0,7% – с расхождением супругов во взглядах, в 2,7% – с другими причинами. Ребенок присутствует при ссорах в 13,2% семей всегда, в 60,4% – иногда, в 26,4% – не присутствует. Тяжело переживают конфликтные ситуации в семье 26,5% детей, относятся внешне спокойно – 60,0%, безразлично – 3,9%, родители не знают – 9,6%.

Своими секретами с родителями делятся только 83,0% детей (с матерями – 91,4%, с отцами – 66,8%). Это согласуется с тем, что хорошие взаимоотношения ребенка с родителями отмечены в 82,9% случаев, удовлетворительные – в 16,7%, плохие – в 0,4%. При наличии в семье двух и

более детей, их взаимоотношения в 34,2% случаев дружные, в 56,7% – иногда ссорятся, в 9,1% – ссорятся часто. Помощь родителей детям в выполнении домашних заданий: постоянно контролируют и помогают – в 50,3% семей, редко – в 25,4%, ребенок готовит уроки без контроля родителей – в 24,3%. Постоянно занимаются с ребенком (чтение, совместные игры, беседы, обмен впечатлениями, прогулки, посещение театров, музеев и т.п.) менее трети родителей (29,7%), периодически – 52,2%, редко – 16,2%, практически никогда – 1,9%.

Родственники помогают родителям в воспитании ребенка в 62,3% случаев. Эта помощь заключается в 5,6% случаев в том, что ребенок воспитывается постоянно у бабушки, в 24,9% – воспитывается у бабушки не постоянно, в 2,0% – воспитывается другими родственниками (дедушка, дядя, тетя) постоянно, в 7,6% – воспитывается ими не постоянно, в 17,0% – родственники забирают ребенка на выходные дни, праздники, в 35,9% – проводит лето с родственниками, в 0,7% – ребенок живет у родственников, в 6,3% – другое.

Планируют завести еще детей всего 8,9% родителей, нет – 83,2%, нет, но хочет один из родителей – 7,9%. Среди причин отказа от рождения детей, трудности с материальным обеспечением были отмечены в 33,6% случаев, неудовлетворительные жилищные условия – в 19,9%, возраст родителей – в 15,3%, наличие двух детей – в 8,2%, плохое здоровье родителей – в 8,0%, трудности в воспитании ребенка – в 4,2%, отсутствие супруга – в 2,2%, наличие трех детей – в 1,5%, плохое здоровье ребенка – в 1,4%, не уточненное отсутствие желания – в 0,8%, наличие одного ребенка – в 0,6%, неуверенность в завтрашнем дне – в 0,9%, другое – в 3,4%.

Ухудшение состояния здоровья детей во многом обусловлено отсутствием навыков здорового образа жизни, гигиенической культуры, как детей, так и их семей. Отмечается превышение максимальной регламентируемой продолжительности выполнения домашних заданий у

34,8% учащихся. Преобладают пассивные формы отдыха, следуют здоровому образу жизни всего 37,7% школьников. Результаты исследования подтверждают то, что простой информированности в плане ЗОЖ не достаточно для формирования саногенного поведения. Поэтому возникает необходимость в санитарном просвещении детей и подростков по таким важнейшим направлениям, как формирование ЗОЖ, профилактика заболеваний, отравлений и несчастных случаев.

Подводя итог анкетирования родителей, мы выявили, что во многих семьях не ведется здоровый образ жизни, отсутствуют навыки его формирования у детей. Поэтому одно из приоритетных направлений в работе коллектива ДОУ – формирование здорового образа жизни, обучение здоровью. Даже в течение одной смены (21 дня) коллектив медицинских работников совместно с педагогами может заложить основы формирования у детей убежденности в необходимости ведения здорового образа жизни. Это комплексная профилактическая, обучающая и воспитательная деятельность, направленная на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья, создание мотивации у детей на ведение здорового образа жизни, проведение мер по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактика употребления наркотиков и наркотических средств, побуждение детей и подростков к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом.

4.2. Медико-социальная характеристика детей в рамках международной программы «CINDI»

Ведущим фактором в возникновении отклонений в состоянии здоровья и заболеваний у детей и подростков является образ жизни. В целом у детей

не развита потребность в ведении здорового образа жизни, не сформирован стиль поведения, обеспечивающий здоровье, что проявляется в нарушении правильного режима дня, рационального питания, двигательной активности.

Нами было проведено исследование влияния факторов образа и условий жизни детей в рамках международной программы «CINDI». Целью анкетирования было сопоставить ответы детей и родителей и, в случае статистически достоверного отличия, использовать полученные результаты при составлении профилактической программы.

Анкетированием было охвачено 2004 ребенка, в том числе 1734 в частном ДОУ и 270 - в муниципальном. Проведенное исследование свидетельствует о том, что каждый пятый ребенок не завтракает дома, только каждый седьмой - обедает в школе; соблюдают гигиену полости рта всего 41,6% учащихся (32,7% мальчиков, 50,5% девочек, $p<0,0001$), что согласуется с анкетированием родителей.

В отношении вредных привычек учащихся данные анкетирования детей и родителей не совпадают. По данным анкетирования родителей, курит нерегулярно 2,9% школьников (мальчики – 4,9%, девочки – 1,3%, $p<0,0001$), курит регулярно – 0,7% (мальчики – 1,2%, девочки – 0,2%, $p=0,0006$), знает вкус алкогольных напитков 25,3% учащихся (мальчики – 26,2%, девочки – 24,6%). Прослеживается зависимость вредных привычек от возраста и пола: к старшим возрастным группам увеличивается доля курящих, особенно среди мальчиков. Большая половина мальчиков и девочек в старшей возрастной группе уже знакомы с алкоголем.

Респонденты-дети отметили, что не курят 87,9% (84,4% мальчиков, 91,4% девочек, $p<0,0001$), а воздерживаются от употребления алкогольных напитков только 60,8% учащихся (59,9% мальчиков, 85,8% девочек).

Режим питания школьников в течение недели: каждый день получают завтрак дома 82,4% учащихся (85,0% мальчиков, 80,0% девочек, $p<0,0001$), завтрак в школе – 27,0% (27,5% мальчиков, 26,5% девочек, $p=0,0384$), обед

дома – 79,2% (81,6% мальчиков, 76,8% девочек, p=0,0005), обед в школе – 14,7% (16,0% мальчиков, 13,3% девочек, p=0,0002), ужин – 92,6% (93,6% мальчиков, 91,6% девочек, p=0,0222). С увеличением возраста школьников кратность питания в течение недели уменьшается (за исключением обеда дома), что является неблагоприятной тенденцией (таблица 4.18).

Таблица 4.18

Режим питания детей в течение недели %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	p		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Завтрак дома:						
каждый день	80,5	85,8	81,0	0,0001*	0,8579	<0,0001*
5 – 6 дней в неделю	3,6	4,1	7,5	0,7870	<0,0001*	<0,0001*
3 – 4 дня в неделю	3,9	2,7	4,2	0,0544	0,5237	0,0060*
1 – 2 дня в неделю	7,4	4,3	5,0	0,0009*	0,0209*	0,4815
Никогда	4,6	3,1	2,3	0,0514	0,0086	0,4087
Завтрак в школе:						
каждый день	42,0	25,0	14,0	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
5 – 6 дней в неделю	26,6	18,8	15,3	<0,0001*	<0,0001*	0,0255*
3 – 4 дня в неделю	1,9	6,5	12,7	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
1 – 2 дня в неделю	2,2	5,0	11,5	0,0003*	<0,0001*	<0,0001*
Никогда	27,3	44,7	46,5	<0,0001*	<0,0001*	0,7037
Обед дома:						
каждый день	74,7	81,7	81,2	0,0001*	0,0007*	0,7672
5 – 6 дней в неделю	4,4	7,0	9,0	0,0053*	<0,0001*	0,0147*
3 – 4 дня в неделю	3,9	3,5	4,9	0,9573	0,2295	0,1346
1 – 2 дня в неделю	11,9	4,1	3,3	<0,0001*	<0,0001*	0,2757
Никогда	5,0	3,7	1,6	0,2248	<0,0001*	0,0001*
Обед в школе:						
каждый день	26,9	11,5	5,7	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
5 – 6 дней в неделю	19,9	7,0	5,2	<0,0001*	<0,0001*	0,0325*
3 – 4 дня в неделю	2,3	3,0	4,2	0,6962	0,1020	0,1863
1 – 2 дня в неделю	4,6	6,8	5,9	0,0541	0,1251	0,8197
Никогда	46,3	71,7	79,0	<0,0001*	<0,0001*	0,0001*
Ужин:						
каждый день	95,2	93,1	89,5	0,0373*	<0,0001*	<0,0001*
5 – 6 дней в неделю	2,5	3,6	6,0	0,0983	<0,0001*	0,0011*
3 – 4 дня в неделю	0,2	1,4	2,3	0,0025*	<0,0001*	0,0043*
1 – 2 дня в неделю	0,6	0,4	0,8	0,6892	0,6662	0,2504
Никогда	1,5	1,5	1,4	0,9696	0,9682	0,9581

* – различия достоверны (p<0,05

В целом лучшее состояние режима питания у мальчиков в сравнении с девочками наиболее ярко проявляется в старших возрастных группах

(таблица 4.19).

Таблица 4.19

Режим питания учащихся в течение недели (М, Д), %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		p		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Завтрак дома:									
каждый день	83,5	77,6	87,5	84,2	84,0	78,1	0,0143*	0,0435*	0,0073*
5 – 6 дней в неделю	3,4	3,8	3,7	4,5	6,2	8,8	0,9952	0,7719	0,0583
3 – 4 дня в неделю	3,9	3,9	2,0	3,5	3,0	5,3	0,9932	0,1501	0,0789
1 – 2 дня в неделю	5,7	9,2	3,7	4,7	4,5	5,6	0,0449*	0,2071	0,4597
Никогда	3,5	5,5	3,1	3,1	2,3	2,2	0,0881	0,6312	0,9618
Завтрак в школе:									
каждый день	40,8	43,3	28,5	21,6	13,4	14,5	0,4790	0,0041*	0,6865
5 – 6 дней в неделю	28,2	24,9	18,9	18,6	16,0	14,6	0,2833	0,7796	0,5397
3 – 4 дня в неделю	1,6	2,3	6,9	6,0	11,1	14,3	0,7794	0,7494	0,1364
1 – 2 дня в неделю	1,5	2,9	4,0	6,0	9,7	13,3	0,1858	0,1113	0,0670
Никогда	27,9	26,6	41,7	47,8	49,8	43,3	0,7614	0,0264*	0,0372*
Обед дома:									
каждый день	76,7	72,8	84,0	79,4	84,2	78,3	0,1810	0,0325*	0,0025*
5 – 6 дней в неделю	3,9	4,9	5,9	8,0	6,5	11,5	0,7561	0,0564	0,0048*
3 – 4 дня в неделю	4,2	3,7	3,6	3,4	4,2	5,6	0,9989	0,8911	0,6467
1 – 2 дня в неделю	11,1	12,7	3,3	5,1	3,2	3,4	0,4035	0,1996	0,1128
Никогда	4,1	5,9	3,2	4,1	1,9	1,2	0,3154	0,6149	0,6916
Обед в школе:									
каждый день	28,1	25,6	14,0	9,1	6,1	5,3	0,3452	0,0038*	0,5763
5 – 6 дней в неделю	19,7	20,2	5,9	8,0	5,6	4,8	0,8232	0,0850	0,8091
3 – 4 дня в неделю	2,4	2,2	2,4	3,7	3,7	4,7	0,9242	0,7554	0,3766
1 – 2 дня в неделю	3,8	5,4	5,7	7,9	5,4	6,4	0,4478	0,0718	0,6818
Никогда	46,0	46,6	72,0	71,3	79,2	78,8	0,8568	0,9285	0,8803
Ужин:									
каждый день	95,0	95,4	92,5	93,7	93,3	85,6	0,8146	0,3094	<0,0001*
5 – 6 дней в неделю	2,8	2,3	3,8	3,5	3,8	8,1	0,5152	0,9782	0,0024*
3 – 4 дня в неделю	0,1	0,3	1,9	0,9	1,3	3,4	0,9805	0,1196	0,0148*
1 – 2 дня в неделю	0,6	0,6	0,2	0,6	0,1	1,6	0,6715	0,9110	0,0530
Никогда	1,5	1,4	1,6	1,3	1,5	1,3	0,8940	0,8273	0,8802

* – различия достоверны ($p<0,05$)

Исследование физической активности детей представлено в таблице 4.20.

Таблица 4.20

Показатели физической активности детей и подростков в зависимости от возраста %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	P		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Занятие спортом и физической культурой вне школы:						
Да	33,0	41,5	32,2	<0,0001*	0,3997	<0,0001*
Частота занятий физической культурой вне школы:						
Каждый день	10,8	12,4	8,1	0,5115	0,0052*	0,0002*
4 – 6 раз в неделю	7,3	11,0	13,2	0,0006*	<0,0001*	0,1809
2 – 3 раза в неделю	24,8	27,6	26,5	0,1413	0,7330	0,2847
1 раз в неделю	12,8	15,4	19,2	0,1129	0,0001*	0,0097*
1 раз в месяц	5,5	5,8	9,2	0,2415	<0,0001*	<0,0001*
Меньше 1 раза в месяц	4,3	6,0	9,6	0,0752	<0,0001*	0,0002*
Никогда	34,5	21,8	14,2	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Длительность занятий физической культурой вне школы:						
Никогда	51,0	35,0	28,1	<0,0001*	<0,0001*	0,0002*
Около 1 часа	25,6	30,8	32,1	0,0085*	0,0005*	0,2843
Около 2 – 3 часов	14,9	20,5	26,5	0,0001*	<0,0001*	0,0052*
Около 4 – 6 часов	5,3	7,1	8,4	0,0878	0,0058*	0,2244
7 часов и более	3,2	6,6	4,9	0,0013*	0,0630	0,2202

* – различия достоверны (p<0,05)

Выявлено, что 35,6% учащихся занимается спортом и физкультурой вне школы (40,5% мальчиков, 30,7% девочек, p<0,0001). Достижение тренирующего эффекта каждый день у 10,4% детей (13,0% мальчиков, 8,0% девочек, p<0,0001), 4 – 6 раз в неделю у 10,5% (13,3% мальчиков, 7,7% девочек, p<0,0001), 2 – 3 раза в неделю – 26,3% (29,1% мальчиков, 23,4% девочек, p=0,0001), никогда – 23,5% (20,3% мальчиков, 26,6% девочек, p=0,0002). При этом длительность достижения тренирующего уровня составляет в неделю около 4 – 6 часов у 6,9% школьников (8,2% мальчиков, 5,6% девочек, p=0,0027), 2 – 3 часов – у 20,6% (23,1% мальчиков, 18,1% девочек, p=0,0028), 1 часа – у 29,5% (27,6% мальчиков, 31,3% девочек, p=0,0253), отсутствует – у 38,0% (34,6% мальчиков, 41,5% девочек, p=0,0002). Выраженность физической активности детей в зависимости от возраста неоднозначна, по некоторым параметрам в 11 - 13 лет отмечается лучшее положение (таблица 4.20), особенно у мальчиков (таблица 4.21)

Таблица 4.21

Показатели физической активности детей и подростков в зависимости от возраста и пола, %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		p		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Занятие спортом и физической культурой вне школы:									
Да	33,3	32,8	48,7	34,4	39,5	25,0	0,9123	<0,0001*	<0,0001*
Частота занятий физической культурой вне школы:									
Каждый день	12,4	9,3	15,5	9,3	11,0	5,3	0,0941	0,0003*	0,0002*
4 – 6 раз в неделю	8,8	5,7	13,0	9,0	18,1	8,4	0,1409	0,0132*	<0,0001*
2 – 3 раза в неделю	28,3	21,3	30,1	25,2	29,1	23,8	0,0055*	0,0397*	0,0291*
1 раз в неделю	9,6	15,9	13,2	17,6	19,4	19,0	0,0078*	0,0245*	0,9237
1 раз в месяц	4,6	6,5	4,2	7,5	5,3	13,1	0,0692	0,0272*	0,0001*
Меньше 1 раза в месяц	4,5	4,2	4,6	7,3	7,3	11,8	0,8731	0,0120*	0,0107*
Никогда	31,8	37,1	19,4	24,1	9,8	18,6	0,0638	0,0274*	<0,0001*
Длительность занятий физической культурой вне школы:									
Никогда	49,4	52,7	32,5	37,6	22,1	34,2	0,2626	0,0094*	<0,0001*
Около 1 часа	25,0	26,1	30,2	31,3	27,7	36,6	0,6816	0,9980	0,0015*
Около 2 – 3 часов	15,6	14,2	21,0	20,1	32,8	20,1	0,5086	0,8516	<0,0001*
Около 4 – 6 часов	6,2	4,3	7,7	6,6	10,8	6,0	0,1829	0,2735	0,0034*
7 часов и более	3,8	2,7	8,6	4,4	6,6	3,1	0,3185	0,0005*	0,0243*

* – различия достоверны (p<0,05)

Распространенность вредных привычек среди школьников, касающихся употребления алкоголя и курения: пробовали алкогольные напитки 45,9% учащихся (47,5% мальчиков, 44,4% девочек), употребляют пиво каждый день 1,2% (1,8% мальчиков, 0,6% девочек, p=0,005), употребляют водку каждый день 0,1% (0,2% мальчиков, 0,1% девочек), каждую неделю – 0,9% (1,5% мальчиков, 0,3% девочек, p=0,0011), достигали сильного алкогольного опьянения хотя бы однажды 9,6% (10,0% мальчиков, 9,2% девочек), более 10 раз – 1,5% (2,3% мальчиков, 0,3% девочек, p=0,0037). Пробовали курить 27,6% школьников (34,5% мальчиков, 20,7% девочек, p<0,0001), курят каждый день 5,6% (7,8% мальчиков, 3,4% девочек, p<0,0001), в среднем в неделю приходится 19,2±2,3 сигареты на одного

курильщика (22,6±3,2 на мальчика, 17,3±1,5 на девочку, p=0,0104), не курят 87,9% (84,4% мальчиков, 91,4% девочек, p<0,0001). С увеличением возраста школьников происходит значительный рост распространенности употребления алкогольных напитков и курения (таблица 4.22).

Таблица 4.22

Употребление алкоголя и курение среди школьников в зависимости от возраста, %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	P		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Пробовали алкогольные напитки:						
Да	14,4	41,9	81,4	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Нет	82,1	54,5	16,4	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Не знают	3,5	3,6	2,2	0,8879	0,0200*	0,0243*
Частота употребления пива						
Каждый день	0,6	1,0	2,1	0,4402	0,0244*	0,1072
Каждую неделю	1,2	3,9	18,5	0,0005*	<0,0001*	<0,0001*
Каждый месяц	1,5	5,5	16,5	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Меньше 1 раза в месяц	6,3	21,9	28,7	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Никогда	90,4	67,7	34,2	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Частота употребления водки						
Каждый день	0,0	0,1	0,3	0,7267	0,4321	0,4326
Каждую неделю	0,0	0,4	2,4	0,9401	0,0001*	<0,0001*
Каждый месяц	0,1	0,7	6,7	0,0726	<0,0001*	<0,0001*
Меньше 1 раза в месяц	0,8	2,7	15,2	0,0014*	<0,0001*	<0,0001*
Никогда	99,1	96,0	75,4	0,0002*	<0,0001*	<0,0001*
Употребление алкогольных напитков						
Не употребляют	90,0	65,7	26,8	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Факт достижения сильного алкогольного опьянения:						
Нет, никогда	97,6	91,6	61,4	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Да, однажды	2,4	5,5	21,0	0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Да, 2 – 3 раза	0,0	1,8	9,8	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Да, 4 – 10 раз	0,0	0,6	3,6	0,0990	<0,0001*	<0,0001*
Да, более 10 раз	0,0	0,5	4,2	0,3151	<0,0001*	<0,0001*
Пробовали курить:						
Да	3,6	22,9	56,3	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Частота курения:						
Каждый день	0,2	1,9	14,7	0,0172*	<0,0001*	<0,0001*
1 раз в неделю	0,3	1,1	5,3	0,0057*	<0,0001*	<0,0001*
Несколько раз в месяц	0,2	1,5	3,0	0,0014*	<0,0001*	0,0032*
1 или 2 раза за последние 3 месяца	0,5	2,3	5,3	0,0002*	<0,0001*	<0,0001*
Не курят	98,8	93,2	71,7	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Количество выкуриваемых сигарет в неделю						
На одного курильщика	5,6±1,6	24,1±2,7	30,2±2,7	0,0357*	0,0008*	0,0091*

* – различия достоверны (p<0,05)

Мальчики более отягощены вредными привычками во всех возрастах (таблица 4.23).

Таблица 4.23

Употребления алкоголя и курение среди детей в зависимости от возраста и пола, %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		p		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Пробовали алкогольные напитки:									
Да	16,1	13,0	43,4	40,4	83,0	79,8	0,1594	0,2512	0,4921
Нет	81,7	82,5	52,7	56,3	13,7	19,2	0,7788	0,1034	0,0484*
Не знают	2,2	4,5	3,9	3,3	3,3	1,0	0,0574	0,2346	0,0022*
Частота употребления пива									
Каждый день	0,3	0,9	1,3	0,6	3,8	0,4	0,6528	0,2824	0,0002*
Каждую неделю	0,8	1,7	5,5	2,3	23,7	13,2	0,2416	0,0002*	<0,0001*
Каждый месяц	2,3	0,6	5,7	5,3	16,0	17,0	0,1032	0,9571	0,8068
Меньше 1 раза в месяц	7,0	5,7	21,8	22,0	25,4	32,1	0,2840	0,9826	0,0115*
Никогда	89,6	91,1	65,7	69,8	31,1	37,3	0,3981	0,0730	0,0398*
Частота употребления водки									
Каждый день	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,1	0,9690	0,4008	0,4305
Каждую неделю	0,0	0,0	0,8	0,0	3,9	0,9	0,9463	0,0227*	0,0019*
Каждый месяц	0,0	0,2	1,0	0,4	7,1	6,3	0,9690	0,2126	0,6649
Меньше 1 раза в месяц	0,8	0,8	3,5	1,9	19,2	11,2	0,8065	0,0867	0,0002*
Никогда	99,2	99,0	94,4	97,7	69,3	81,5	0,4843	0,0011*	<0,0001*
Употребление алкогольных напитков									
Не употребляют	89,9	90,0	64,1	67,3	25,7	27,9	0,0001*	0,2254	0,4816
Факт достижения сильного алкогольного опьянения:									
Нет, никогда	98,1	97,2	89,7	93,6	56,0	66,7	0,1903	0,0097*	0,0001*
Да, однажды	1,9	2,8	6,2	4,9	22,1	20,0	0,3288	0,3436	0,3771
Да, 2 – 3 раза	0,0	0,0	2,2	1,2	11,5	8,0	0,9736	0,2240	0,0405*
Да, 4 – 10 раз	0,0	0,0	0,9	0,3	4,3	2,9	0,9736	0,3513	0,1307
Да, более 10 раз	0,0	0,0	1,0	0,0	6,1	2,4	0,4503	0,0062*	0,0042*
Пробовали курить:									
Да	6,0	1,2	32,2	13,6	65,4	47,3	0,0003*	<0,0001*	<0,0001*
Частота курения:									
Каждый день	0,3	0,2	3,2	0,6	20,0	9,4	0,8070	0,0001*	<0,0001*
1 раз в неделю	0,5	0,1	1,6	0,6	6,5	4,0	0,5106	0,1304	0,0428*
Несколько раз в месяц	0,2	0,1	2,1	0,8	3,2	2,8	0,9717	0,0310*	0,8216
1 или 2 раза за последние 3 месяца	0,5	0,5	3,3	1,4	5,4	5,3	0,1520	0,0261*	0,9519
Не курят	98,5	99,1	89,8	96,6	64,9	78,5	0,8923	<0,0001*	<0,0001*

Количество выкуриваемых сигарет в неделю									
На одного курильщика	9,2± 2,6	2,0± 0,6	22,6 ±4,0	25,6 ±1,5	36,0 ±3,0	24,5 ±2,5	0,0756	0,0071*	0,0210*

* – различия достоверны (p<0,05)

Сравнение анкетирования родителей и анонимного исследования детей показало более высокую распространенность в среде учащихся вредных привычек по данным детей (таблица 4.12, таблица 4.13), в частности, пробовали алкогольные напитки в 1,8 раза больше школьников (как среди мальчиков, так и среди девочек, p<0,0001), курят в 3,0 раза больше (в 2,3 раза среди мальчиков, в 5,8 раза среди девочек, p<0,0001), чем считают родители.

Таблица 4.24

Степень оценки собственного здоровья детей, в зависимости от возраста, %

Показатели	6 – 10 лет	11 – 13 лет	14 – 16 лет	p		
	1	2	3	1 – 2	1 – 3	2 – 3
Совершенно здоров	31,5	30,4	19,1	0,5620	<0,0001*	<0,0001*
Почти здоров	53,4	55,1	58,4	0,5147	0,0098*	0,0358*
Не очень здоров	15,1	14,5	22,5	0,9149	<0,0001*	<0,0001*

* – различия достоверны (p<0,05)

Таблица 4.25

Степень оценки собственного здоровья детьми, в зависимости от возраста и пола, %

Показатели	6 – 10 лет		11 – 13 лет		14 – 16 лет		p		
	1		2		3		1	2	3
	М	Д	М	Д	М	Д	М – Д	М – Д	М – Д
Совершенно здоров	34,3	28,7	34,5	26,1	22,2	16,0	0,0444*	0,0002*	0,0064*
Почти здоров	52,4	54,4	53,7	56,6	54,9	61,9	0,5071	0,2718	0,0237*
Не очень здоров	13,3	16,9	11,8	17,3	22,9	22,1	0,1091	0,0016*	0,9700

* – различия достоверны (p<0,05)

Считают себя здоровыми 27,0% детей (30,3% мальчиков, 23,6% девочек, p<0,0001), почти здоровыми – 55,6% (53,6% мальчиков, 57,6% девочек, p=0,0120), не очень здоровыми – 17,3% (16,0% мальчиков, 18,7%

девочек, p=0,0027). С возрастом школьники отмечают снижение хорошей оценки своего здоровья (таблица 4.24, таблица 4.25).

Таким образом, анонимное анкетирование детей дополняет анкетирование родителей и позволяет выделить приоритетные направления в разработке сестринской модели по ведению здорового образа жизни у детей. Полученные результаты послужили основой для разработки мероприятий профилактической программы по повышению информированности детей и подросткам по вопросам ЗОЖ, повышению физической активности, формированию адекватного пищевого поведения.

ГЛАВА V. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКИХ ЗАГОРОДНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОТДЫХА

5.1. Организация и состояние питания в детских загородных оздоровительных учреждениях

Питание является одной из основных составляющих в организации профилактической и оздоровительной работы в детских загородных учреждениях. Анализ организации питания в учреждениях - базах исследования является основой для изменения меню.

Результаты исследования показали:

Количество приемов пищи: в детских лагерях предусмотрено пятиразовое питание с промежутками между приемами пищи не более 4 часов.

Сумма, выделяемая на питание одного ребѐнка в день, составляет 230 рублей в частном ДОУ и 212 рублей в муниципальном, что позволяет делать ассортимент более разнообразным в частном ДОУ.

Разнообразие ассортимента продуктов и оптимальное чередование блюд обеспечиваются составлением перспективного рациона питания на 14 дней (в соответствии с СанПиН 2.4.4.3155-13 от 27 декабря 2013 г) в соответствии с продуктовыми нормами (приложение 1) и выделяемыми денежными средствами. В течение недели допускаются колебания в наборе продуктов при условии соблюдения установленной недельной нормы. Нами зафиксировано, что ежедневно дети получают полную норму молока и кисломолочных продуктов, масла, сахара, хлеба, овощей и фруктов. Мясо включается в меню каждый день, но его количество может варьировать от суточной нормы. В меню так же включаются яйца, творог, рыба, птица,

колбасные изделия. При составлении меню используется картотека блюд, по которой можно определить перечень продуктов, входящих в состав блюда, его массу, химический состав и калорийность.

Повторяемости одних и тех же блюд в течение одного дня и 14 дней подряд – при анализе меню-раскладок не выявлено.

Распределение рациона по приѐмам пищи – важный критерий в оценке состояния питания. Следует отметить, что распределение калорийности между приемами пищи завтрака, обеда, полдника, ужина и второго ужина в обоих детских загородных оздоровительных учреждениях соответствовало нормативам (таблица 4.26, таблица 4.27), но анализ показал, что суточная калорийность в обоих детских загородных оздоровительных учреждениях завышена. В частном - на 25,5% за счет того, что в питании детей используются продукты с высокой энергетической ценностью, но при этом объем готовых блюд не превышает норму, допускаемую санитарными правилами.

В муниципальном ДОУ калорийность была завышена на 28,4% за счет увеличения объема готовых блюд, выдаваемых детям.

Таблица 4.26

Распределение калорийности рациона по приемам пищи за 14 дней в частном ДОУ (абс. числа, %)

Дни	Завтрак		Обед		Полдник		Ужин		Второй ужин	
	ккал	%	ккал	%	ккал	%	ккал	%	ккал	%
1	798,24	26,12	1123,76	36,78	311,1	10,18	694,5	22,73	127,91	4,19
2	716,64	23,25	1071,3	34,76	274,5	8,90	912,4	29,61	106,99	3,47
3	856,9	25,36	1183,66	35,03	364,6	10,79	855,8	25,33	117,95	3,49
4	678,25	21,34	1187,1	37,35	337,92	10,63	740,4	23,30	234,29	7,37
5	767,74	24,37	1030,46	32,71	400,6	12,72	817,11	25,94	134,29	4,26
6	850	24,71	1174,95	34,15	381,86	11,10	898,92	26,13	134,29	3,90
7	853,48	26,13	1184,55	36,26	356,99	10,93	737,3	22,57	134,29	4,11
8	780,25	24,35	1180,97	36,86	355,61	11,10	752,8	23,50	134,29	4,19
9	837,94	25,5	1173,03	35,69	310,68	9,45	830,4	25,27	134,29	4,08
10	795,44	24,76	1187,98	36,99	279,48	8,70	781,95	24,35	166,77	5,19

11	758,02	24,65	1079,86	35,12	370,72	12,06	731,98	23,81	134,29	4,37
12	803,29	24,67	1138,56	34,97	311,1	9,56	868,32	26,67	134,29	4,12
13	749,24	23,91	1159,11	36,99	279,85	8,93	811,3	25,89	134,29	4,29
14	678,5	22,05	1042,97	33,89	276,26	8,98	945,31	30,72	134,29	4,36
В сред.	**780,28**	**24,37**	**1137,01**	**35,54**	**329,38**	**10,29**	**812,74**	**25,41**	**140,18**	**4,39**
Норма		**20-30**		**35-40**		**10-15**		**20-30**		**5**

Таблица 4.27

Распределение калорийности рациона по приемам пищи за 14 дней в муниципальном ДОУ (абс. числа, %)

Дни	Завтрак		Обед		Полдник		Ужин			
	ккал	%	ккал	%	ккал	%	ккал	%	ккал	%
1	755,5	23,50	1119,9	34,84	465,3	14,47	718,5	22,35	155	4,82
2	746,3	22,92	1102,4	33,85	491	15,07	727,3	22,33	189	5,80
3	761,9	22,95	1191,1	35,88	477,7	14,39	699,4	21,07	189	5,69
4	745,5	23,86	1051	33,64	423,6	13,56	748,7	23,96	155	4,96
5	755,5	22,83	1204,4	36,40	463,3	14,00	730,5	22,07	155	4,68
6	805,5	24,88	1046,6	32,33	445,3	13,75	784	24,22	155	4,78
7	760,2	22,99	1053,7	31,87	603,7	18,26	699,4	21,15	189	5,71
8	749,5	22,85	1362,4	41,53	284,6	8,67	728,5	22,21	155	4,72
9	736,5	22,28	1151,1	34,82	476,7	14,42	752,3	22,75	189	5,71
10	808,5	24,42	1238,4	37,40	445,3	13,44	663,6	20,04	155	4,68
11	754,25	22,16	1302,15	38,27	386,75	11,36	781,71	22,97	177,29	5,21
12	806,28	24,20	1275,03	38,26	304,79	9,14	817,25	24,52	128,33	3,85
13	753,14	22,92	1175,97	35,79	337,02	10,25	912,5	27,77	107,08	3,25
14	696,53	22,07	1084,32	34,37	399,65	12,66	874,21	27,71	100,05	3,17
В сред.	**759,65**	**23,20**	**1168,46**	**35,66**	**428,90**	**13,10**	**759,84**	**23,22**	**157,05**	**4,79**
Норма		**20-30**		**35-40**		**10-15**		**20-30**		**5**

Детальный анализ рациона показал, что в частном детском загородном оздоровительном учреждении завтрак состоял из 4-х блюд, которые включали два горячих блюда (1 блюдо - крупяные каши, омлет, молочный суп, чудо – творожок; 2 блюдо - колбасные изделия с гарниром, бутерброд со сливочным маслом и сыром или красной икрой, напиток на молоке (кофе, какао). Иногда дополнительно подавали варѐное яйцо, бутерброды с форелью.

Обед состоял также из 4 блюд: салат - свежие или отварные овощи с растительным маслом; суп с мясом, с добавлением свежей зелени; второе блюдо – мясо/птица/рыба/зразы с гарниром и компот из свежих, консервированных или сушѐных фруктов, кисель, хлеб пшеничный и ржаной. Кроме традиционных мясных блюд из говядины и птицы, в меню стали включать деликатесные сорта мяса: блюда из отварного языка, блюда из печени и из баранины.

Полдник включал: выпечку (печенье, вафли); соки; кондитерские изделия (конфеты, зефир, мармелад, шоколад); фрукты (яблоки, апельсины, груши, бананы, виноград, киви и т.д.)

Ужин включал три блюда: овощной салат; изделия из мяса, рыбы (биточки, зразы, гуляш) с овощами или кашей; творожная запеканка, пудинг или оладьи со сгущенным молоком; напиток (чай, кисель). Приготовление киселя из сухого экстракта заменили на технологию приготовления из свежих ягод и натурального крахмала. Вместо сахара, третьи блюда стали подслащивать медом.

На второй ужин выдавали кисломолочные продукты (кефир, ряженка, йогурт); фрукты. На ночь детям ежедневно давали отвар шиповника с медом.

В муниципальном ДОУ завтрак состоял из молочной каши, бутерброда с маслом, сыром или колбасой, напитка на молоке (кофе, какао).

Обед включал: закуску (свежий огурец или помидор), суп с мясом или рыбой, второе блюдо – изделия из мяса/птицы/рыбы и гарнир, компот из свежих или сушѐных фруктов, кисель, хлеб ржаной.

Полдник - сок, выпечка или кондитерские изделия (печенье, вафли), фрукты.

Ужин состоял из свежего огурца или помидора порционно, сельди; мясного или рыбного блюда с гарниром (овощи, крупы); оладий или блюда из творога; чая сладкого или с конфетой.

На второй ужин - кисломолочные продукты (кефир, ряженка), печенье или вафли.

По критерию **«распределение рациона по приѐмам пищи»** обнаружено следующее процентное соотношение калорийности в среднем за 14 дней: завтрак - 24% в частном и 23% в муниципальном детском загородном оздоровительном учреждении, обед - 36% в обоих детских загородных оздоровительных учреждениях, полдник - 10% в частном и 13% в муниципальном детском загородном оздоровительном учреждении, ужин оказался более калорийным в частном детском загородном оздоровительном учреждении - 26% против 23%% в муниципальном, второй ужин - 4% в частном и 5% в муниципальном детском загородном оздоровительном учреждении (рисунки 4.1, 4.2).

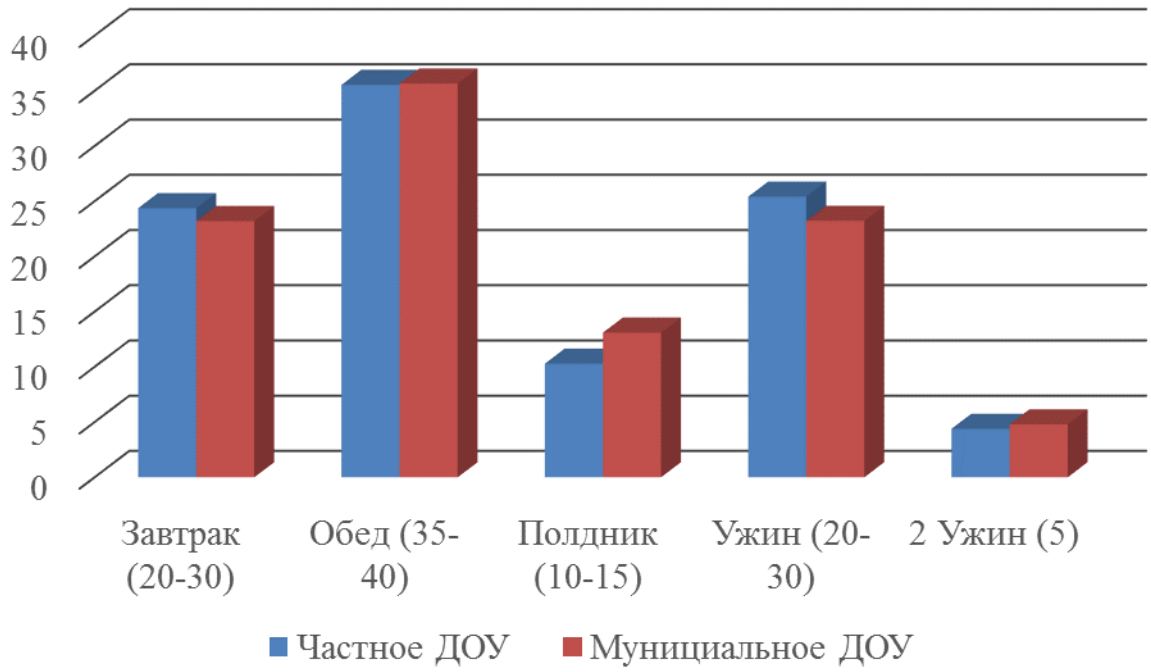


Рисунок 4.1. Сравнительная характеристика распределения калорийности приемов пищи по СанПин

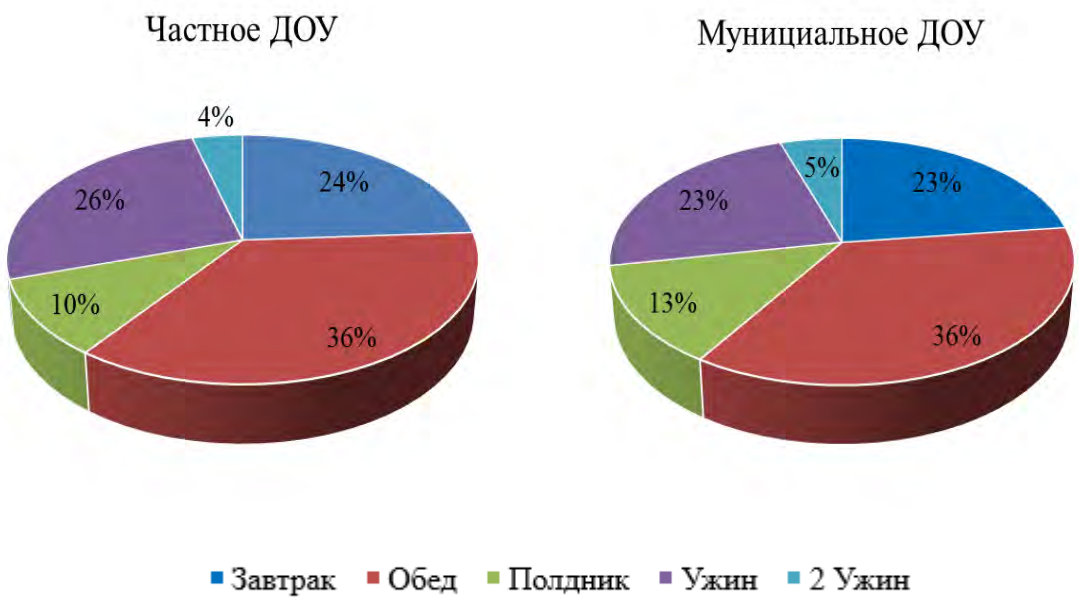


Рисунок 4.2. Распределение калорийности питания по приемам пищи в течение дня в частном и муниципальном детском загородном оздоровительном учреждении (в %).

В целом, распределение рациона по приѐмам пищи в процентном соотношении калорийности соответствует нормам, определенным санитарными правилами.

Изучение **соотношения содержания белков, жиров и углеводов** в рационе питания детей проводилось по меню-раскладкам за 14 дней (таблицы 4.28, 4.29).

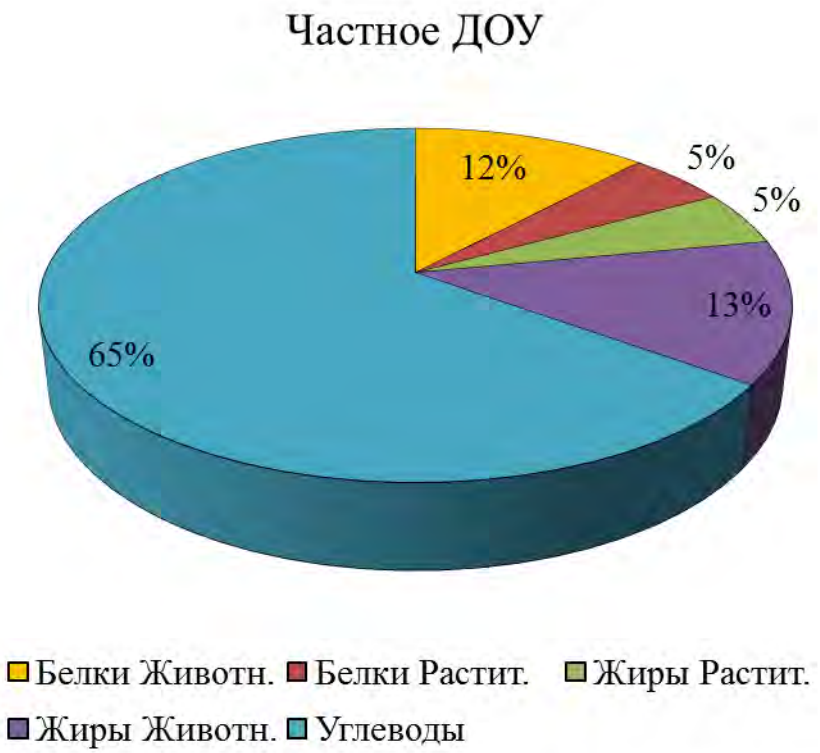
Таблица 4.28

Содержание пищевых веществ в рационе детей в частном детском загородном оздоровительном учреждении (абс.ч., %)

Дни	Белки,г			Жиры,г			Углеводы, г	ккал
	Всего	в т.ч. Животные		Всего	в т.ч. Растительные			
		г	%		г	%		
1	118,01	86,79	73,54	155,38	36,95	23,78	421,74	3055,51
2	117,74	77,33	65,68	121,41	27,96	23,03	466,82	3081.83
3	131,15	90,03	68,65	122,38	35,65	29,13	481,71	3378,91
4	115,65	72,97	63,10	119,76	33,36	27,86	392,86	3177,96
5	123,66	100,79	81,51	138,35	30,25	21,86	439,24	3150,2
6	139,51	89,54	64,18	92,275	13,97	15,14	456,53	3440,02

7	131,31	85,8	65,34	124,395	48,43	38,93	486,7	3266,61
8	121	100,76	83,27	140,965	26,58	18,86	415,34	3203,92
9	115,66	73,8	63,81	136,205	40,93	30,05	457,21	3286,34
10	103,22	69,5	67,33	118,975	21,18	17,80	458,86	3211,62
11	129,89	78,2	60,20	152,075	42,1	27,68	410,99	3074,87
12	123,01	71,3	57,96	155,5	47,07	30,27	493,71	3255,56
13	107,96	85,4	79,10	122,23	34,11	27,91	779,33	3133,79
14	95,93	66,05	68,85	113,67	29,8	26,22	402,86	3077,33
В сред.	**119,55**	**82,019**	**68,75**	**129,5407**	**33,45286**	**25,60839**	**468,85**	**3208,664615**
Норма	**76,5**			**85**			**370,2**	**2550**

В целом процентное соотношение белков, жиров и углеводов за период пребывания в детских загородных оздоровительных учреждениях соответствовало гигиеническим рекомендациям - соотношение 1:1:4. При этом в детских учреждениях ежедневно в рационе питания детей присутствовало не менее 60% белков животного происхождения и не менее 20% жиров растительного происхождения, что полностью соответствует установленным нормам питания (рисунок 4.3).



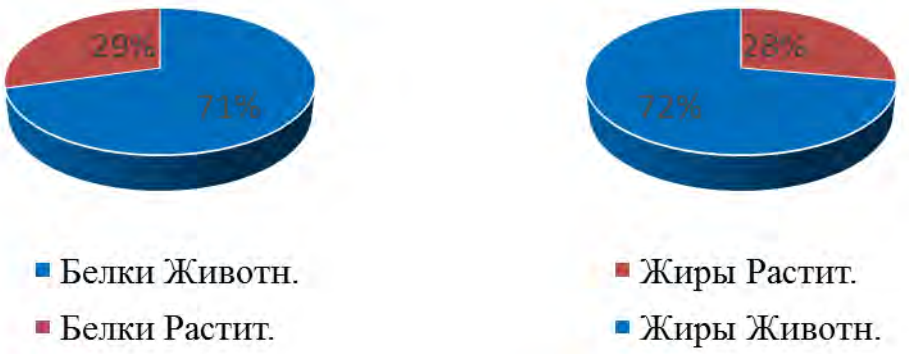


Рисунок 4.3. Распределение пищевой ценности рациона в частном детском оздоровительном учреждении (в %)

Однако детальное изучение этой составляющей питания - по отдельным дням (соотношение содержания белков, жиров и углеводов в рационе питания детей), выявило нарушение его в частном и муниципальном ДОУ. Несоответствие отмечалось в рационе питания первого, девятого и двенадцатого дней за счет увеличения количества жиров, в шестой день наблюдалось снижение количества жиров.

Таблица 4.29

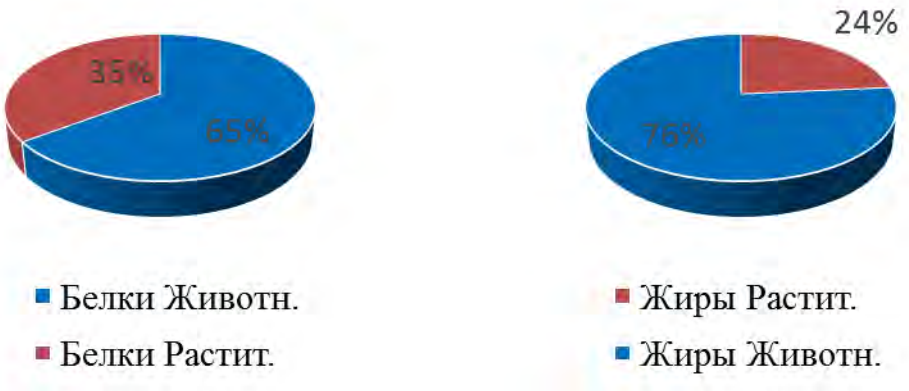
Содержание пищевых веществ в рационе детей в муниципальном детском загородном оздоровительном учреждении
(абс.ч., %)

Дни	Белки, г			Жиры, г			Углеводы, г	ккал
	Всего	в т.ч. Животные		Всего	в т.ч. Растительные			
		г	%		г	%		
1	113,5	67,47	59,44	110	15,68	14,25	465,6	3214,2
2	114,9	64,92	56,50	113,4	29,87	26,34	467,8	3256
3	100,13	51,54	51,47	100,13	51,54	51,47	481,4	3319,1
4	109,9	93,05	84,67	108,1	34,19	31,63	455	3123,8
5	118,5	86,25	72,78	116,7	22,76	19,50	475,4	3308,7
6	115,7	97,11	83,93	116,1	38,37	33,05	468,3	3236,4
7	117,9	82,82	70,25	116,8	30,81	26,38	469,8	3306
8	119,1	94,34	79,21	118,8	25,88	21,78	485,5	3380
9	117,3	79,08	67,42	117,8	45,5	38,62	468,7	3305,6
10	116,2	81,53	70,16	117,4	33,6	28,62	478	3310,8
11	114,25	64,21	56,20	103,55	28,7	27,72	429,75	3402,15
12	107,08	85,06	79,44	118,41	33,75	28,50	536,01	3331,68

13	101,13	66,4	65,66	100,03	38,16	38,15	467,85	3285,71
14	99,75	54,8	54,94	110,02	31,54	28,67	492,31	3154,76
В сред.	**111,81**	**76,327**	**68,01**	**111,94**	**32,88**	**29,62**	**474,38**	**3281,06**
Норма	**76,5**			**85**			**370,2**	**2550**



Рисунок 4.4. Распределение пищевой ценности рациона в муниципальном детском загородном оздоровительном учреждении (в %).



В муниципальном детском загородном оздоровительном учреждении несоответствие было отмечено в двенадцатом дне за счет увеличения количества жиров и в четырнадцатом дне - снижения количества белка.

Таким образом, изучение **рациона питания** в детских загородных оздоровительных учреждениях выявило завышение калорийности от

рекомендуемой нормы. В частном - превышение калорийности рациона составило 25,5%, за счет использования продуктов с высокой энергетической ценностью - деликатесных сортов мяса, рыбы (форель, семга), икры лососевой, кондитерских изделий, выпечки и др., но при этом объем готовых блюд не превышал норму, допускаемую санитарными правилами. В муниципальном - калорийность рациона была завышена на 28,4% за счет увеличения объема готовых блюд, выдаваемых детям.

Сравнительный анализ организации питания детей, как одного из важнейших факторов оздоровления, в исследованных детских загородных оздоровительных учреждениях показал, что в целом питание соответствует нормам, определенным санитарными правилами. Разница в финансировании в питании в размере 18 рублей в день в частном учреждении позволило организовать диетическое питание для детей с болезнями органов пищеварения.

5.2. Организация распорядка дня в загородных оздоровительных учреждениях

Распорядок дня включает в себя оптимальное чередование всех видов деятельности (таблица 4.30).

Таблица 4.30.

Распорядок дня.

Время	**Элементы распорядка дня в частном ДОУ**	**Элементы распорядка дня в муниципальном ДОУ**
8.00-8.10	Подъем, уборка постели	Подъем, уборка постели
8.10-8.30	Утренняя гимнастика	Утренняя гимнастика
8.30-8.50	Водные процедуры	Водные процедуры
8.50-9.00	Завтрак	Завтрак
9.30-13.00	Работа физкультурных кружков, секций, творческих мастерских, участие в общественно-полезном труде. Оздоровительные процедуры	Работа физкультурных кружков, секций, участие в общественно-полезном труде

	(воздушные и солнечные ванны), физкультурно-спортивные мероприятия, плавание в бассейне	
13.00-14.00	Обед	Обед
14.00-16.00	Послеобеденный дневной отдых (тихий час)	Послеобеденный дневной отдых (тихий час)
16.00-16.30	Музыкотерапия	Свободное время
16.30-17.00	Полдник	Полдник
17.00-19.00	Занятия в кружках, спортивных секциях, участие в обще-лагерных мероприятиях, игры, плавание	Свободное время
19.00-20.00	Ужин	Ужин
20.00.21.00	Вечера, костры и другие отрядные мероприятия	Отрядные мероприятия
20.30-21.30	Прогулки перед сном	Свободное время
21.00-21.10	Второй ужин	Второй ужин
21.30-22.00	Вечерний туалет	Вечерний туалет
22.00-8.00	Сон	Сон

День в частном ДОУ начинается в 8.00 с подъѐма, уборки постелей, водных процедур, линейки и завтрака. Проводится утренняя гимнастика. После завтрака дети приводят в порядок свои комнаты. Старшие отряды 1 раз в 7 дней дежурят по столовой, где принимают участие в сервировке столов, раздаче холодных закусок и третьих блюд.

Затем часть детей отправляется на спортивные площадки, футбольное поле или в тренажѐрный зал, часть - на занятия в кружках, остальные - в бассейн (по графику). За 0,5 часа до обеда они возвращаются в корпуса и используют это время по своему усмотрению (свободное время). Послеобеденный отдых включает в себя дневной сон.

Каждый день после полдника проводятся спортивные соревнования между отрядами (эстафеты, футбол, волейбол, пионербол, баскетбол) и культурно-массовые мероприятия. При измерении уровня двигательной активность путем хронометража установили, что в среднем двигательная активность детей в частном ДОУ в день составляет больше половины всего

времени - 57,2% (таблица 4.31). После ужина у детей есть свободное время перед обще-лагерными мероприятиями и дискотекой. Далее следуют второй ужин, вечерний туалет и сон.

Таблица 4.31

Оценка двигательной активности детей в исследуемых учреждениях.

Наименование ДОУ	Продолжи-тельность смены	Двигательная активность в день (%)	Плавание	Спортивные мероприятия
Частный	21	57,2%	2 раза в день	2 раза в день
Муниципальный	21	40,8%	1 раз в неделю	1 раз в день

В муниципальном ДОУ день также начинается с подъема в 8.00, затем проводится утренняя гимнастика, уборка постелей, водные процедуры, линейка и завтрак. Затем проводятся занятия в кружках, в хорошую погоду совершаются пешие прогулки по лесу. Каждый день перед обедом в муниципальном лагере проводятся спортивные мероприятия внутри отряда или с детьми из других групп (футбол, волейбол, баскетбол). Ввиду отсутствия собственного бассейна и естественного водоема, детей поотрядно, один раз в неделю возят в бассейн города Арзамаса. Двигательная активность детей в муниципальном лагере составляет 40,8%.

В частном ДОУ с детьми ежедневно проводят физкультурно-спортивные мероприятия: физкультурно-спортивные часы и минутки, спортивные секции, танцевальные и туристические кружки.

Кроме традиционных форм работы детям и подросткам в течение смены предлагают групповые и индивидуальные программы: дневные и ночные походы с катанием на рафтах, современная туристическая полоса; занятия в тренажерном зале и фитнес - студии, фитнес-марафоны с участием дипломированных инструкторов. Занятия спортом, танцами неразрывно связаны с внутренним эмоциональным миром человека, что помогает ребенку лучше познать свой внутренний мир.

Современное техническое оснащение (туристический инвентарь и снаряжение) позволило организовать туристическую работу: одновременно проводят однодневные и многодневные походы, походы выходного дня с родителями, пешие или водные экскурсии.

Во время летнего отдыха у детей развивают не только физические, но и творческие способности. На протяжении всех оздоровительных сезонов ребята могут посещать творческие студии и мастерские:

- ✓ **«МИФ»** (Мыслители, Искатели, Фантазеры)
- ✓ «Народные промыслы»
- ✓ «Роспись по ткани»
- ✓ «Кудесник»
- ✓ «Флористика»
- ✓ «Резьба по дереву»
- ✓ «Художественное творчество»
- ✓ хореографическая студия «Волшебный башмачок»
- ✓ студия вокала «Звонкие голоса»
- ✓ компьютерный класс «Виртуальная реальность»
- ✓ фитнес-студия
- ✓ TV- студия

Муниципальное детское загородное оздоровительное учреждение не располагает материально-технической базой и кадровым потенциалом для проведения занятий, описанных выше.

Проведенный анализ показал, что организация режима дня в обоих детских загородных оздоровительных учреждениях соответствует гигиеническим требованиям, однако в частном двигательная активность детей в день составляет больше половины всего времени - 57,2% (в муниципальном - 40,8%, $p<0,01$), этому способствует достаточно хорошая материальная база, численность и уровень подготовки педагогического персонала.

ГЛАВА VI. СЕСТРИНСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ЗАГОРОДНОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Факультет высшего сестринского образования в Нижегородской медицинской академии был открыт в 2001 году и подготовил за 11 лет более 350 медицинских сестер-менеджеров.

Анализ профессиональной карьеры выпускников факультета показал, что потенциал этих специалистов недостаточно используется в практическом здравоохранении области. Так, немногим более половины выпускников - 196 человек (56%) работает руководителями сестринских служб – главными и старшими медицинскими сестрами, 17 выпускников (5%) - преподавателями медицинского колледжа, 7 (2%) человек руководят медицинскими организациями и учреждениями социального обслуживания, а также являются администраторами медицинских организаций.

Остальные 130 (37%) выпускников продолжают работать рядовыми медицинскими сестрами. На наш взгляд, это связано как с несовершенством нормативно-правового регулирования, так и отсутствием обоснованных рекомендаций по их деятельности. Именно эти специалисты могут привлекаться к сезонной работе в летних оздоровительных учреждениях в качестве медицинских сестер – координаторов, ответственных за внедрение сестринской модели профилактических мероприятий.

6.1. Обоснование сестринской модели профилактических мероприятий в детских загородных оздоровительных учреждениях

В ходе научного обоснования и разработки модели профилактических мероприятий нами были изучены такие базовые понятия, как сестринское

дело, сестринский процесс и сестринские модели. Дифференциация этих понятий необходима применительно к деятельности сестринского персонала в летних оздоровительных учреждениях.

Сестринское дело — часть системы здравоохранения, включающая деятельность по укреплению здоровья населения, профилактику заболеваний, предоставление психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным людям всех групп населения (доступ http://ru.wikipedia.org/wiki).

Сестринский процесс – это научно-обоснованная технология ухода в сестринском деле. Сестринский процесс направлен на повышение качества жизни пациента путѐм решения возникающих у него проблем. Впервые термин был введѐн в США Лидией Холл в 1955 году (Википедия).

Цели сестринского процесса:

Обеспечение приемлемого качества жизни пациента в зависимости от его состояния.

Предупреждение, облегчение, сведение до минимума проблем пациента.

Помощь пациенту и его семье при дезадаптации, связанной с заболеванием или травмой.

Поддержка или восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей или в обеспечении спокойной смерти.

Модели сестринского ухода иногда называют концептуальными, из-за того, что они строятся на основе различных понятий и концепций. Так, В. Райхл и К. Рой[1] определяют их как: «Систематически построенный, научно обоснованный и логически связанный набор понятий, которые составляют элементы сестринской практики». Исторически сложилось так,

[1] Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела.-ГОЭТАР-2010.-215 с.

что нет чѐткого описания моделей сестринского ухода, разработано около 20 разных моделей. Содержание каждой из них зависит от уровня экономического развития страны, еѐ политики, общепризнанных ценностей, системы здравоохранения, религии, а также от убеждений конкретного человека или группы людей, разрабатывающих ту или иную модель.

Отечественные авторы (Островская И.В., Широкова Н.В., 2008[2]; Перфильева Г.М., Камынина И.М., Островская И.В., Пьяных А.В., 2010[3]) отмечают значение моделей сестринского дела, так как они способствуют изменению функций медицинской сестры, которые включают не только уход за тяжелобольными пациентами, но и поддержание здоровья, предупреждение заболеваний. На развитие действующих сестринских моделей оказали влияние исследования и открытия в области физиологии, социологии, психологии. Ядро каждой модели - различия в понимании сущности пациента как объекта сестринской деятельности, цель ухода, набор сестринских вмешательств и особенности оценки результатов сестринского ухода.

Нами сделан обзор наиболее используемых моделей сестринского дела. В каждой модели по-разному отражено понимание сущности пациента как объекта сестринской деятельности и роли медицинской сестры.

Название моделей	**Основные положения**	**Роль медицинской сестры**
Врачебная модель	Пациент представляет собой набор органов (сердце, лѐгкие, желудок и т.д.) и физиологических систем (система дыхания, кровообращения, пищеварения и т.д.).	Сводится к роли помощника врача. Усилия направлены на улучшение стандартов ухода
Модель Хендерсон	Пациент имеет фундаментальные человеческие потребности, являющиеся одинаковыми для всех людей. Вне зависимости от того, болен человек или здоров,	Представлена двояко: – самостоятельный и независимый специалист в системе здравоохранения и выполняющий те функции, которые не может

[2] Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела.-М.:: ГОЭТАР.-2008.-320 с.

[3] Перфильева Г.М., Камынина И.М., Островская И.В., Пьяных А.В. Теория сестринского дела.-М.:ГОЭТАР.-2010.-256 с.

	сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде, в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений.	выполнить пациент, чтобы чувствовать себя независимым; – помощник врача, выполняющий его назначения.
Модель Роупер Логан Тайэрни	Человек-объект сестринской деятельности	Независимая, зависимая, взаимозависимая. Независимая роль заключается в оценке состояния здоровья пациента совместно с пациентом. Зависимая роль - это выполнение назначений врача. Взаимозависимая роль - это работа в бригаде с другими специалистами.
Модель Д. Джонсон	Пациент - индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения человека, причем каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя.	Является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее. Сестре отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие поведенческих подсистем пациента во время психологического или физического кризиса.
Модель К. Рой адаптационная	Пациент - индивид, имеющий набор взаимосвязанных биологической, психологической, и социальной систем, влияющих на поведение.	Способствовать адаптации человека в период здоровья и болезни: благодаря воздействию на очаговые раздражители они попадают в зону того или иного способа адаптации.
Модель Д. Орем	Пациент - единая функциональная система, имеющая мотивацию к самоуходу.	Помогает, обучает пациента осуществлять самоуход. Помогает пациенту сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни.
Модель М. Аллена	Пациент – биологическое существо, духовная и физическая сущность которого неразделимы	Дополняет деятельность других специалистов здравоохранения. Данная модель позволяет медицинским сестрам полностью реализовать свою роль в области здравоохранения.

Анализ деятельности представленных моделей свидетельствует о том, что все они имеют общие положения, которые позволяют сделать следующий вывод: сестринская модель – это профессиональная деятельность, направленная на пациента, носящая профилактический,

диагностический, лечебный или реабилитационный характер и включающая набор компетенций, ориентированных на результат.

Однако в каждой модели авторы по-разному видят:

- пациента как объект деятельности сестринского персонала;
- источник проблем пациента;
- направленность сестринского вмешательства и цель ухода;
- способы сестринского вмешательства;
- роль сестры;
- оценку качества и результатов ухода.

До разработки и внедрения модели было более верно говорить о сестринском процессе в оздоровительном учреждении, который определялся должностными обязанностями медицинских сестер и был ориентирован на выполнение манипуляций, традиционно связанных с поддержанием гигиенического режима, контроля за питанием и оказанием первой медицинской помощи в рамках компетенции.

Разработанная нами сестринская модель профилактических мероприятий ориентирована на нужды детей в возрасте 6-16 лет в отношении здоровья и объединяет в этом направлении усилия не только детей и персонала оздоровительного учреждения, но и родителей. Эту деятельность осуществляет медицинская сестра-координатор, должностные обязанности которой были разработаны нами в ходе исследования (Приложение 2).

Модель включает пять блоков (рисунок 6.1):

- оценка здоровья и ФРО у детей на этапе поступления в оздоровительное учреждение;
- самооценка здоровья детьми (анкета СИНДИ);
- оценка гигиенических навыков у детей и их отношение к ЗОЖ (анкета родителей);
- реализация разработанной в ходе исследования сестринской программы профилактических мероприятий;

– оценка результативности реализации программы.

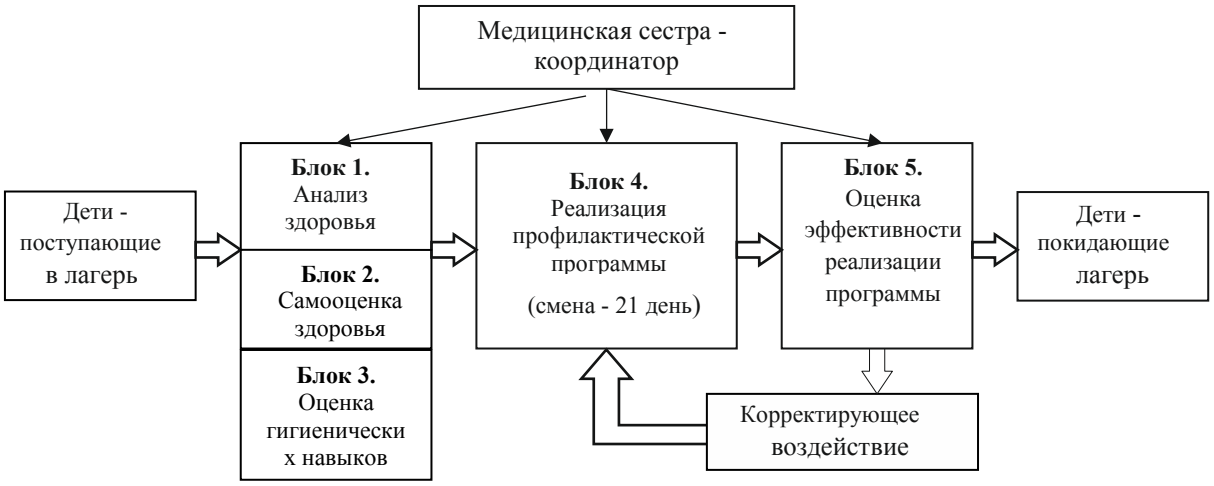


Рисунок 6.1. Сестринская модель организации профилактических мероприятий

Блок 1. Оценка здоровья и ФРО у детей на этапе поступления в оздоровительное учреждение.

Анализ состояния здоровья детей, поступающих в детские оздоровительные учреждения, позволил выявить ряд особенностей:

1). Большинство отдыхающих составляют дети 1-ой и 2-ой групп здоровья, что соответствует профилю ДОУ и дает возможность использовать единые программы оздоровления и профилактики.

2). Уровень распространенности нарушений и заболеваний, предшествующих направлению в оздоровительное учреждение по данным медицинских справок Ф.079/у, составил 39,1 случая на 100 детей. Среди указанных в справке заболеваний превалируют следующие классы по МКБ-10: болезни органов пищеварения (9,1 случая на 100 детей), костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,4 случая на 100 детей), болезни органов дыхания (6,7 случая на 100 детей) и болезни системы кровообращения (4,3 случая на 100 детей). Максимальные уровни

заболеваний по указанным классам и в целом по всем классам зарегистрированы у девочек 6-10 лет.

3). У 12,4 % детей зарегистрирована 3-я группа здоровья, что учитывалось при разработке для каждого ребенка рекомендаций по режиму дня, питанию и физической нагрузке с учетом имеющихся у него заболеваний.

Кроме того, обнаружено, что дети, поступающие в оздоровительные учреждения, прежде всего предъявляют жалобы на повышенную утомляемость, эмоциональную лабильность, головные боли, боли в животе, спине, ногах, частые простуды в течение года. Максимальное количество жалоб зарегистрировано у детей, отнесенных к III группе здоровья. Доля детей, предъявивших по две, три и более жалоб в большей степени сформирована за счет детей с избыточной массой тела и высокорослостью (χ^2=17,1, с.с.=5, p=0,01; χ^2=18,5, с.с.=7, p=0,05), чаще в этой группе регистрируются девочки.

Блок 2. Самооценка здоровья детьми (международная программа «CINDI»).

Анкетирование показало, что считают себя здоровыми 27,0% детей (30,3% мальчиков, 23,6% девочек, p<0,0001), почти здоровыми – 55,6% (53,6% мальчиков, 57,6% девочек, p=0,0120), не очень здоровыми – 17,3% (16,0% мальчиков, 18,7% девочек, p=0,0027). С возрастом у школьников отмечается снижение хорошей оценки своего здоровья.

В целом у детей не развита потребность в ведении здорового образа жизни, не сформирован стиль поведения, обеспечивающий здоровье: зарегистрированы нарушения правильного режима дня, рационального питания. Обнаружены нарушения пищевого поведения, гиподинамия, высокая распространенность вредных привычек. Так, каждый пятый ребенок не завтракает дома, только каждый седьмой обедает в школе; соблюдают гигиену полости рта всего 41,6% учащихся (32,7% мальчиков, 50,5% девочек,

p<0,0001), что согласуется с анкетированием родителей. Пробовали алкогольные напитки 45,9% учащихся (47,5% мальчиков, 44,4% девочек), достигали сильного алкогольного опьянения хотя бы однажды 9,6% (10,0% мальчиков, 9,2% девочек). Пробовали курить 27,6% школьников (34,5% мальчиков, 20,7% девочек, p<0,0001), курят каждый день 5,6% (7,8% мальчиков, 3,4% девочек, p<0,0001), в среднем в неделю приходится 19,2±2,3 сигареты на одного курильщика (22,6±3,2 на мальчика, 17,3±1,5 на девочку, p=0,0104). С увеличением возраста школьников происходит значительный рост распространенности употребления алкогольных напитков и курения. Полученные в результате самооценки результаты были учтены при разработке «Сестринской программы профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей» (Приложение 2).

Блок 3. Оценка гигиенических навыков у детей и их отношение к ЗОЖ (анкета родителей).

Полученные в результате анкетирования родителей данные свидетельствуют о наличии пассивной модели здоровьесберегающего поведения в большинстве семей, начиная с периода раннего детства ребенка.

Анализ материалов социологического опроса родителей позволил утверждать, что дети не получили в семье устойчивых навыков ЗОЖ, и это также следует учитывать при формировании сестринской модели профилактических мероприятий.

Блок 4. Реализация сестринской программы профилактических мероприятий.

Программа включает следующие разделы.

«Буду здоровым» - основное направление формирования здорового образа жизни, информирование о факторах риска здоровью, формирование навыков здоровьесберегающего поведения, адекватной двигательной активности и правильных стереотипов питания.

«Спорт» - раздел, направленный на повышение физической активности. Включает групповые занятия (для групп с различной физической подготовленностью) и индивидуальные программы, которые можно реализовать в спортивных секциях.

«Знаю и могу» - раздел программы, включающий культурно-досуговые мероприятия, направленные на формирование ЗОЖ, повышение знаний и умений детей и подростков по самосохранительному поведению.

Повышение информированности детей по различным аспектам ЗОЖ. В этом разделе сочетаются теоретические знания с практическим использованием в виде конкурсов, викторин, походов и пр.

«Семья» - раздел программы для работы с родителями, посещающими детей в ДОБО.

Блок 5. Оценка эффективности реализации сестринской модели профилактических мероприятий.

Оценка эффективности сестринской модели в условиях краткосрочного оздоровительного отдыха детей осуществлялась по разработанной нами методике расчета коэффициента эффективности ($К_{эфф}$) и шкалы его оценки.

6.2. Разработка сестринской модели профилактических мероприятий

Разработанная нами модель (Приложение 1) базируется на основных элементах менеджмента и представляет собой четыре взаимосвязанных этапа: проектирование, организация, реализация и контроль эффективности.

Первый этап включает планирование профилактических и оздоровительных мероприятий, разработку и согласование программы профилактических мероприятий, как составной части сестринской модели (Приложение 1) для детей, находящихся в загородных стационарных оздоровительных учреждениях, медицинской сестрой – координатором: с врачами, педагогами, физкультурными работниками. Медицинская сестра –

координатор осуществляет обучение медицинских сестер работе по данной программе.

Второй этап – утверждение согласованного плана профилактических и оздоровительных мероприятий, оздоровительно-спортивной работы и графика элективных занятий.

Третий этап — реализация программы профилактических мероприятий: реализация намеченного плана профилактических мероприятий, коррекция деятельности медицинских работников в зависимости от изменяющихся условий.

Четвертый этап - контроль выполнения программы профилактических мероприятий. Включает оценку уровня знаний детьми основных принципов ЗОЖ; улучшение показателей уровня ФРО, соблюдение оптимального двигательного режима и закаливания, сбалансированное питание, соответствие окружающей среды гигиеническим нормативам, гигиенические навыки и правильный образ жизни.

Основные направления сестринской программы профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей (рисунок 6.2).

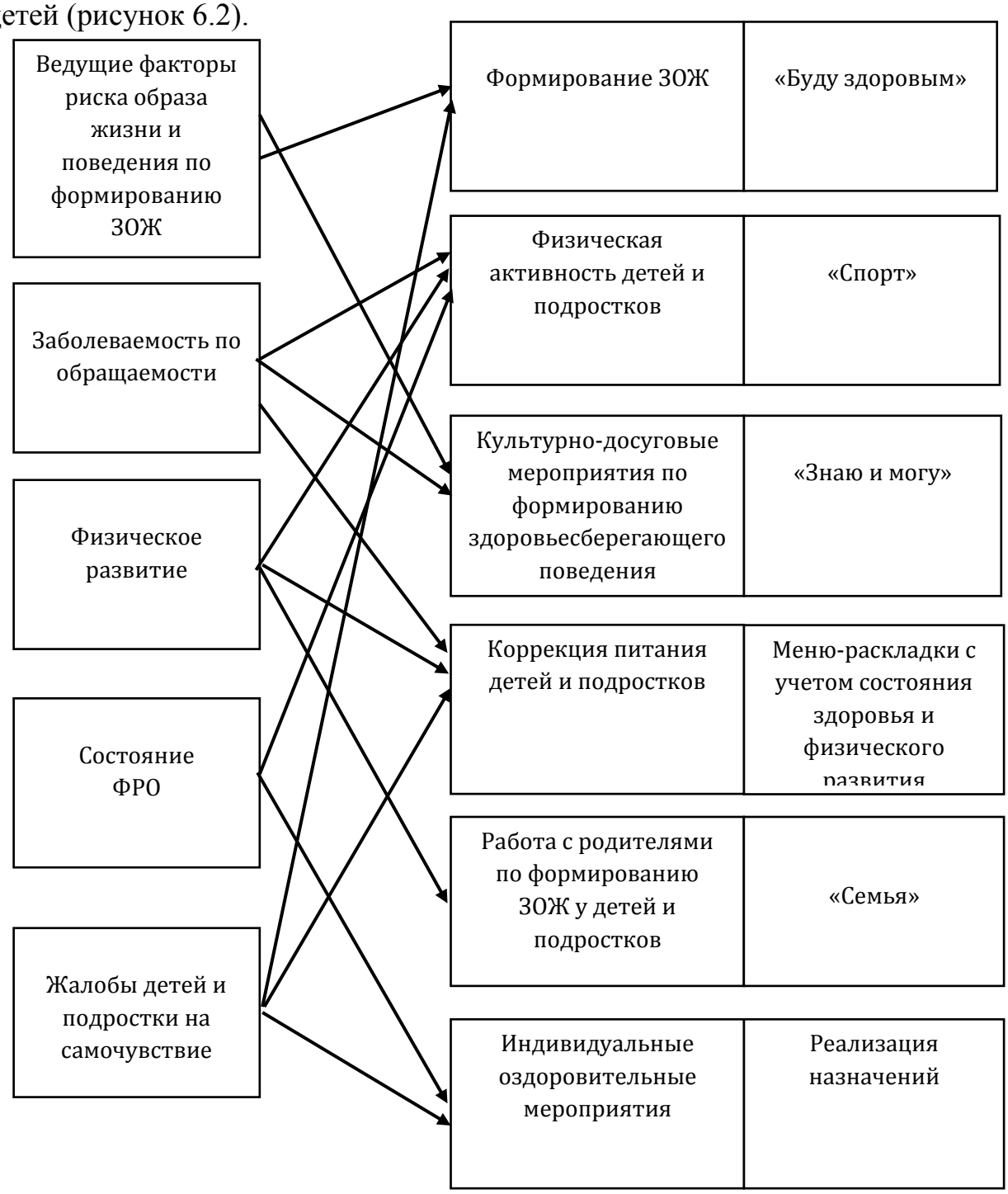


Рисунок 6.2. Основные направления сестринской программы профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей.

На основании представленной схемы нами был разработан план мероприятий («дорожная карта») ДОБО «Ласточка» и ДОЦ «Водопрь» по реализации сестринской модели профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей (Приложение 1).

Алгоритм внедрения сестринской модели профилактических мероприятий включает четыре этапа (рис. 6.3).



Рисунок 6.3. Алгоритм внедрения сестринской модели профилактических мероприятий в детских загородных оздоровительных учреждениях.

Результаты исследования подтверждают, что простой информированности (санитарное просвещение) в плане ЗОЖ недостаточно для формирования здоровьесберегающего поведения. Поэтому возникает необходимость в консультировании (создании мотивации) детей и

подростков по таким важнейшим направлениям, как формирование ЗОЖ, профилактика заболеваний, отравлений и несчастных случаев.

Реализация обучающей функции медицинской сестры-координатора предусматривает наличие компетенций в области медицинской психологии и педагогики. В связи с этим, должность медицинской сестры-координатора профилактических и оздоровительных мероприятий в условиях детского оздоровительного учреждения может быть успешно освоена специалистом с высшим сестринским медицинским образованием, имеющим подготовку по психолого-педагогическим дисциплинам.

Нами разработан курс лекций и практических занятий с видео презентацией, направленный на формирование у детей различных возрастных групп (6-10; 11-16 лет) здоровьесберегающего поведения (таблица 6.1).

Таблица 6.1

Содержание элективного курса для детей,
отдыхающих в оздоровительном учреждении

№	Тематика занятия	Количество часов
Лекции:		
1	Пропаганда физической культуры среди молодежи	1
2	Наркотик – «Белая смерть»	1
3	О вреде курения	1
4	Правила здорового питания	1
5	Детский алкоголизм. Причины подросткового алкоголизма. Профилактика алкоголизма среди детей и подростков	1
6	Формирование здорового образа жизни. Факторы, определяющие здоровый образ жизни	1
	Итого:	6
Практические занятия:		
1	История развития спортивного туризма. Организация и проведение турпоходов (занятие проводит тренер)	2
2	Начальная медицинская подготовка	2
3	Катание на катамаранах (занятие проводит тренер)	3

4	Ориентирование на местности (занятие проводит тренер)	2
	Итого:	9

Каждое занятие предусматривает обязательную «обратную связь» с обучающимися с последующим анализом полученных результатов. Данная работа проводится медицинскими сестрами и физкультурными работниками под руководством медицинской сестры - координатора.

Внедрение сестринской модели и реализация программы профилактических мероприятий проходили при непосредственном руководстве и координации медицинской сестры-менеджера с высшим уровнем образования, этапы сестринской модели профилактических мероприятий соответствовали этапам сестринского процесса (рисунок 6.4).



Рисунок 6.4. Сопоставление этапов сестринской модели профилактических мероприятий и сестринского процесса.

Первый этап в частном и муниципальном ДОУ включал доврачебный этап, в ходе которого осуществлялись: анкетирование, антропометрический и ФРО скрининги, оценку физической подготовленности.

Врачебный осмотр проводился совместно с медицинскими сестрами и включал оценку здоровья и физического развития по медицинским справкам (ф.79), комплексную оценку уровня ФРО; определение медицинских групп для занятий по физической культуре; рекомендации для посещения спортивных секций, кружков-студий, где используются большие физические нагрузки – хореография, танцы, пантомима и т.д. Заключение заносилось медицинскими сестрами в карту здоровья ребенка.

Второй этап. Мероприятия предшествующего этапа позволили разработать профилактические и оздоровительные мероприятия с учѐтом уровня ФРО и заболеваемости, сформулировать рекомендации для родителей и педагогов, непосредственно для каждого отряда, а также в плане общелагерных мероприятий, наряду с индивидуальными рекомендациями.

После проведения медицинских осмотров в ДОУ проводились заседания-занятия с участием всех медицинских работников, психолога, преподавателей физической культуры, тренеров, педагогов, в том числе социального педагога, шеф-повара, диетсестры, где обсуждали результаты оценки здоровья приехавших для отдыха детей и особенности запланированных профилактических и оздоровительных мероприятий.

Третий этап. Медицинские работники, психолог, педагоги проводили малогрупповые и индивидуальные консультации-занятия, тренинги и др. в соответствии с разработанным планом на конкретную смену. ***Профилактические мероприятия*** включали разработку и внедрение информационно – методических материалов, способствующих повышению

уровня знаний, умений и навыков педагогов, родителей и детей по профилактике нарушений в состоянии здоровья и повышению уровня здоровья.

Одним из наиболее важных направлений является создание оптимального двигательного режима с акцентом на повышение двигательной активности детей.

Дети в частном и муниципальном ДОУ вели активный образ жизни с достаточной физической нагрузкой, что обеспечивало стабильность гармоничности физического развития у большинства отдыхающих. В изученных ДОУ было пересмотрено меню по калорийной ценности, по содержанию белков, жиров и углеводов в рационе детей. В меню включили больше овощей и фруктов и уменьшили количество продуктов с повышенным содержанием углеводов. По назначению врача для детей 3 группы здоровья в частном лагере были разработаны индивидуальные меню.

Четвертый этап. Медицинская сестра-координатор осуществляла контроль выполнения программы профилактических и оздоровительных мероприятий в каждой смене отдыхающих. Ею оценивались: выполнение намеченного плана мероприятий за смену, а также индивидуальных рекомендаций по системе «выполнено» - «не выполнено». Давалась оценка (в %) повышения уровня знаний детьми после каждого из проведенных занятий по формированию ЗОЖ с помощью краткого анкетирования, проводимого до и после занятия.

В качестве критерия эффективности проведенных мероприятий предложен показатель динамики уровня ФРО, поскольку изменения других показателей здоровья ввиду краткосрочности смены не носят статистически достоверного характера.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что предлагаемая сестринская модель способствует рациональному использованию сестринского персонала в выполнении программы профилактических

мероприятий в детских загородных учреждениях отдыха различных организационно-правовых форм собственности.

6.3. Оценка эффективности сестринской модели и программы профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей

Сестринская модель и программа профилактических мероприятий были апробированы нами в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей в частном и муниципальном ДОУ на протяжении 12 летних лагерных смен.

Для оценки медицинской эффективности предлагаемых мероприятий изучена динамика ведущих показателей здоровья детей за период пребывания в летних загородных учреждениях отдыха.

6.3.1. Динамика физического развития детей

Физическое развитие в динамике наблюдений изучено по скрининг методу: длина тела, масса тела (таблица 6.2).

Таблица 6.2

Распределение детей по группам физического развития в динамике, %

Группа физического развития	Вид учреждения					
	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ		
	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности
Нормальное	68,1	73,9	108,5	72,4	75,1	103,7
Повышенная и высокая МТ	9,1	7,6	83,5	9,4	8,4	89,4
Сниженная и низкая МТ	4,2	1,8	42,8	4,4	4,1	93,2
Высокая ДТ	16,4	14,6	89,0	12,6	11,4	90,5
Низкая ДТ	2,2	2,1	95,4	1,2	1,0	83,3
Статистика	χ^2=3,36 ; cc=3 ; p=0,4992			χ^2=2,05 ; cc=3 ; p=0,7258		
	НС: χ^2=2,707; c.c.=3; p=0,608; КС: χ^2=15,642; c.c.=3; p=0,016.					

В конце смены отмечено некоторое увеличение доли детей с нормальным ФР как в первом, так и во втором детском оздоровительном

учреждении. Стабильность длины тела не противоречит закономерностям развития за короткий временной период, за исключением детей с высоким ростом. Уменьшилась доля детей с повышенной и высокой массой тела и сниженной и низкой массой тела в частном лагере на 1,5% и 2,4% соответственно. Аналогичные изменения отмечены и в муниципальном лагере.

В конце смены не обнаружено достоверных различий в группе детей с повышенной и высокой массой тела, как среди мальчиков, так и среди девочек. Отмечено статистически достоверное снижение доли детей (мальчиков и девочек) с пониженной и низкой массой тела в частном ДОУ (таблица 6.3, 6.4).

Таблица 6.3

Динамика длины и массы тела мальчиков в начале и в конце смены (в%)

Группа физического развития	Вид учреждения					
	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ		
	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности
Нормальное	68,0	73.3	107,8	71,2	74,1	104,0
Повышенная и высокая МТ	11.8	10,6	89,8	13,0	11,6	89,2
Сниженная и низкая МТ	3,1	1,3	41,9	4,1	4,1	100,0
Высокая ДТ	15,8	13,5	85,4	11,0	8,9	80,9
Низкая ДТ	1,3	1,3	100,0	0,7	1,3	185,7
Итого	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-

Гендерные различия в обеих группах не значимы. Однако высокая масса тела несколько чаще определена у мальчиков. Низкая масса тела, высокая длина тела, низкая длина тела несколько чаще встречаются у девочек. Следовательно, различия по группам ФР между отдыхающими детьми в обеих ДОУ не значимы ($p = 0,608$).

Таблица 6.4

Динамика длины и массы тела девочек в начале и в конце смены (в%)

Группа физического развития	Вид учреждения					
	Частное ДОУ			МуниципальноеДОУ		
	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности
Нормальное	68,3	74.5	109,0	73,4	75,8	103,3
Повышенная и высокая МТ	6,4	4,4	68,7	5,8	5,2	89,6
Сниженная и низкая МТ	5,2	2,4	46,2	4,6	4,1	89,1
Высокая ДТ	17,0	15,7	92,4	14,3	13,6	95,1
Низкая ДТ	3,1	3,0	96,8	1,9	1,3	68,4
Итого	100,0	100.0	-	100,0	100.0	-

Достоверных различий в показателях физического развития не зарегистрировано, что объясняется краткосрочностью пребывания детей в ДОУ. Показатели физического развития в краткосрочном временном отрезке не могут быть критериями эффективности профилактических и оздоровительных программ.

6.3.2. Динамика уровня функциональных резервов организма

При анализе результатов координаторной пробы (рис. 6.5) выявлено достоверное увеличение доли детей с отличными и хорошими показателями (в частном ДОУ - в 5,6 и 2,1 раза, в муниципальном – в 2,8 и 1,6 раза). Уменьшилась доля детей с неудовлетворительными показателями в 2 раза в частном и в 1,4 раза - в муниципальном ДОУ.

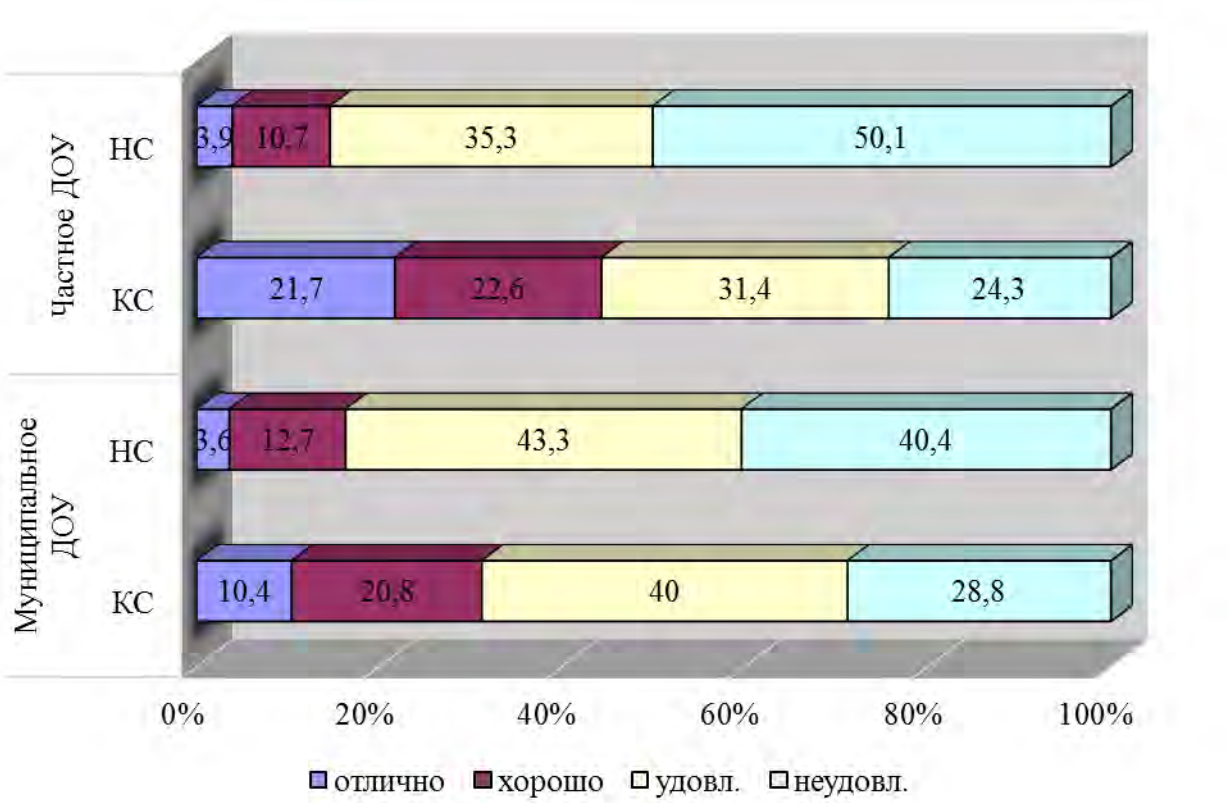


Рисунок 6.5. Комплексная оценка координаторной пробы в динамике

(НС - χ^2=176,28 ; сс=3 ; p=0,061 ; КС - χ^2=69,8 ; сс=3 ; p=0,000 ; Все - χ^2=200,22 ; сс=3 ;p=0,000)

В частном ДОУ девочки показали несколько больше хороших и удовлетворительных результатов, чем мальчики. У мальчиков зарегистрировано в 1,2 раза больше неудовлетворительных результатов, чем у девочек. Доля отличных показателей была одинакова. В муниципальном ДОУ различия между мальчиками и девочками определены по хорошим и удовлетворительным оценкам, у девочек в 1,4 раза больше хороших оценок, у мальчиков в 1,1 раза больше удовлетворительных (таблица 6.6).

Таблица 6.6

Оценка координаторной пробы в конце смены (%)

Оценка	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ		
	М	Д	Всего	М	Д	Всего
Отлично	21,5	21,9	21,7	11,0	9,8	10,4
Хорошо	21,3	23,9	22,6	17,6	24,0	20,8

Удовлетворительно	30,5	32,3	31,4	42,5	37,6	40,0
Неудовлетворительно	26,7	21,9	24,3	28,9	28,6	28,8
Статистика	КС - χ^2=69,8 ; cc=3 ; p=0,000			χ^2=24,09 ; cc=3 ; p=0,000		

Доля девочек частного ДОУ с хорошими и отличными результатами выросла с 15,5% до 45,7% (p=0,000), доля мальчиков – с 13,5% до 42,7% (p=0,000). В муниципальном ДОУ – соответственно доля девочек выросла с 19,4% до 33,8%, доля мальчиков - с 13,0% до 28,6% (p=0,000).

При анализе результатов пробы Штанге (рис.6.6) выявлено значительное увеличение доли детей с отличными и хорошими результатами, особенно значимое в частном лагере (в 1,9 раза и 1,2 раза).

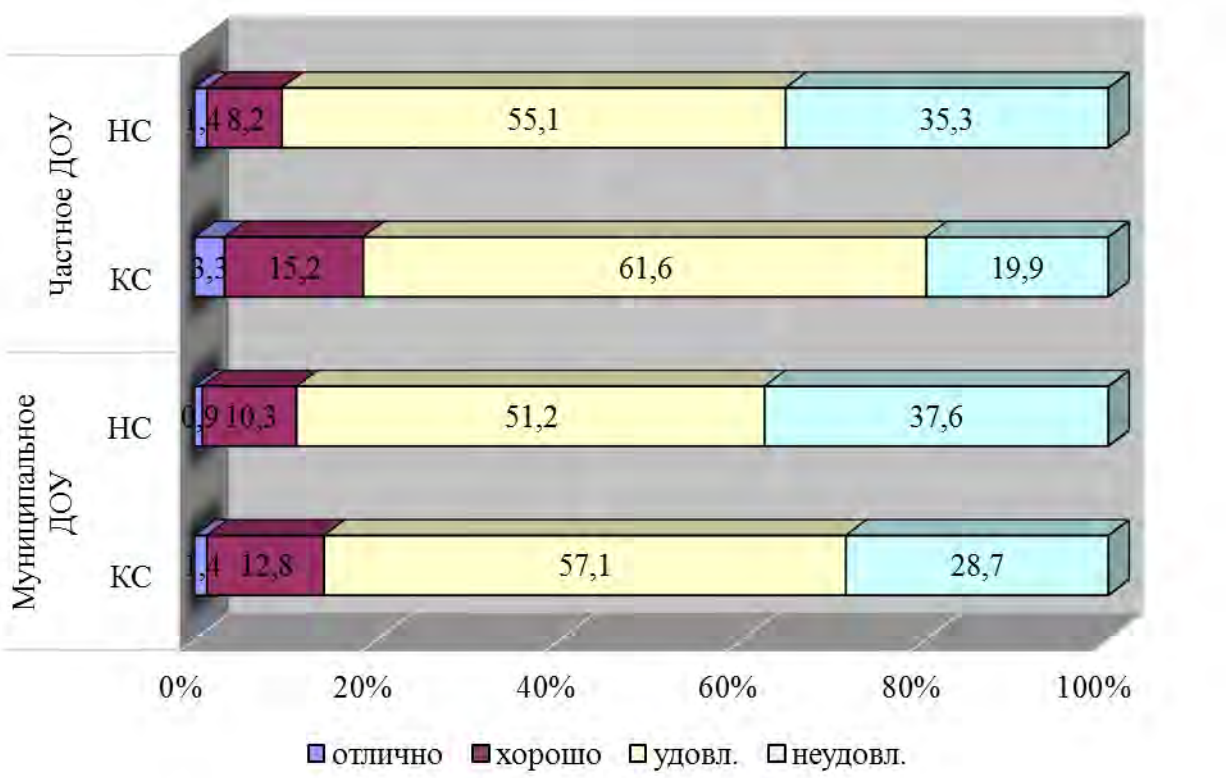


Рисунок 6.6. Динамика оценки пробы Штанге в муниципальном и частном ДОУ, %

Неудовлетворительные оценки достоверно уменьшились в обоих лагерях (НС - χ2=89,23 ; cc=3 ; p=0,067 ; КС - χ2=61,1 ; cc=3 ; p=0,000).

Были установлены гендерные различия: в начале смены в обоих ДОУ лучшие результаты показали девочки, при этом к концу смены различия были стерты за счет улучшения оценок у мальчиков. При анализе результатов пробы Генчи (рисунок. 6.7) выявлено, что дети в частном ДОУ значительно улучшили свои показатели: в 3 раза увеличилось количество отличных оценок - их определили у пятой части детей; в 4,4 раза уменьшилась доля неудовлетворительных оценок - их регистрировали уже в единичных случаях. Между мальчиками и девочками различия отмечались по отличным и удовлетворительным оценкам: мальчики показали в 1,5 раза больше отличных оценок, девочки - в 1,1 раза больше удовлетворительных. Хорошие и неудовлетворительные оценки у мальчиков и девочек зарегистрированы в равных долях.

В муниципальном ДОУ динамика менее значима: в 2,1раза уменьшились неудовлетворительные оценки, отличные показатели регистрировались у каждого десятого ребенка.

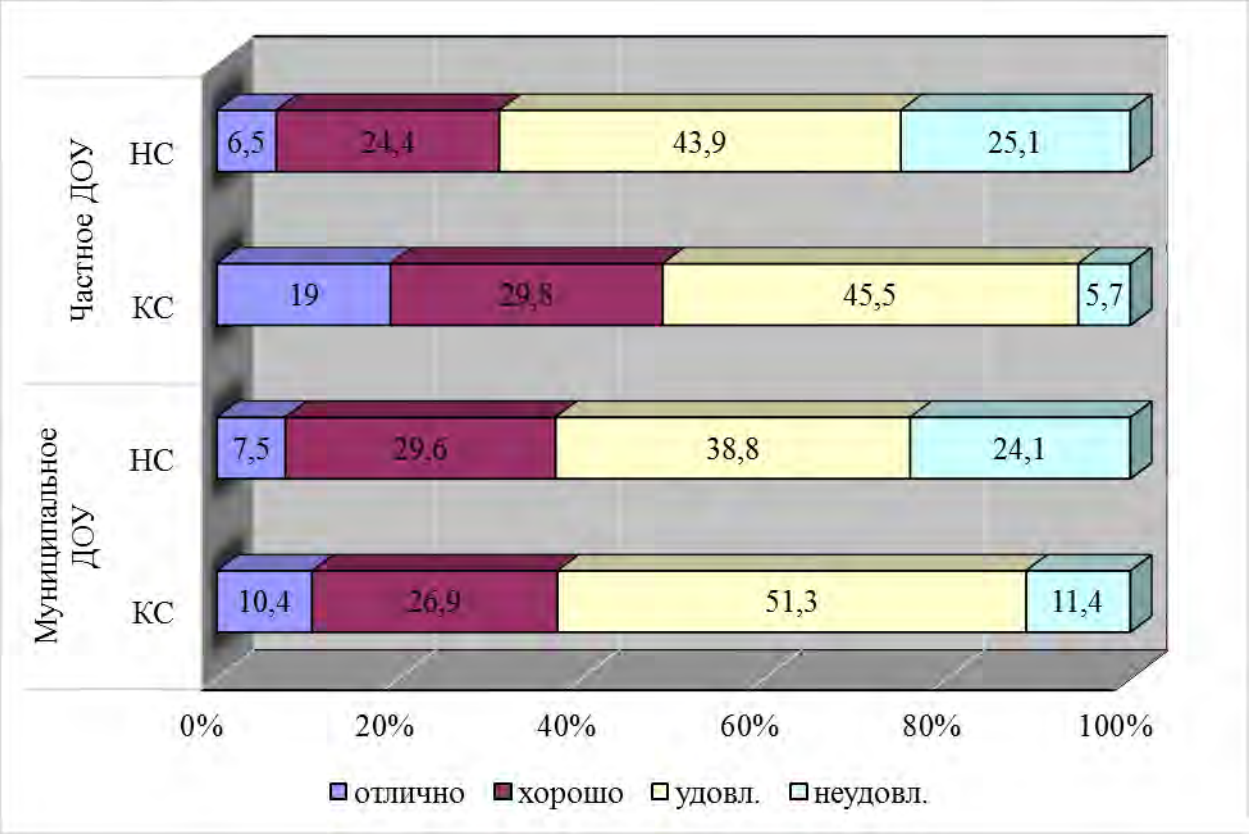


Рисунок 6.7. Оценка пробы Генчи в динамике, %

НС - $\chi 2=26,81$; сс=3 ; p=0,051 ; КС - $\chi 2=15,21$; сс=3 ; p=0,000

Различия между мальчиками и девочками отмечались по неудовлетворительным оценкам, которых у девочек было в 1,4 раза больше.

При исследовании уровня ФРО детей (рис. 6.8), в начале смены существенных различий между исследуемыми ДОУ выявлено не было.

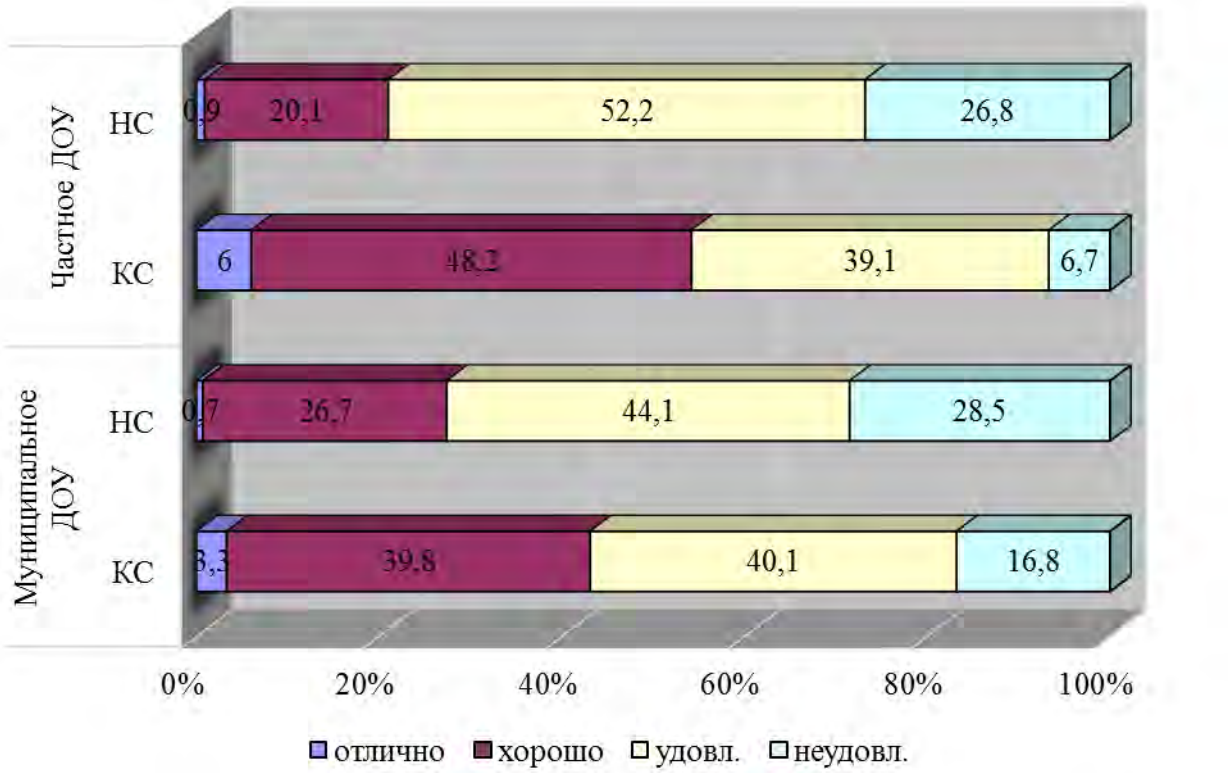


Рисунок 6.8. Динамика уровня функциональных резервов детей, %
НС - $\chi 2=99,65$; сс=3 ; p=0,088; КС - $\chi 2=50,88$; сс=3 ; p=0,000

В результате активного внедрения модели и программы профилактических мероприятий в частном ДОУ, к концу смены значительно увеличилась доля детей с отличными и хорошими показателями уровня ФРО (в 6,6 и 2,4 раза); в 4 раза уменьшилась доля детей с неудовлетворительными показателями. В муниципальном ДОУ динамика не столь значительна: на 2,6% увеличилась доля детей с отличным и на 13,1 % - хорошим уровнем ФРО, на 11,7% уменьшилась доля детей с неудовлетворительным уровнем ФРО. На наш взгляд, это различие вызвано разным уровнем материально-технической базы и кадрового потенциала оздоровительных учреждений.

Динамика двигательных тестов, которая представляет физическую подготовленность, следующая: доля отличных и хороших результатов увеличились в обоих ДОУ в 1,7 раза. Вместе в тем, в частном ДОУ снизилась доля неудовлетворительных оценок в 1,5 раза, в муниципальном же неудовлетворительные показатели остались без изменений (рис. 6.9).

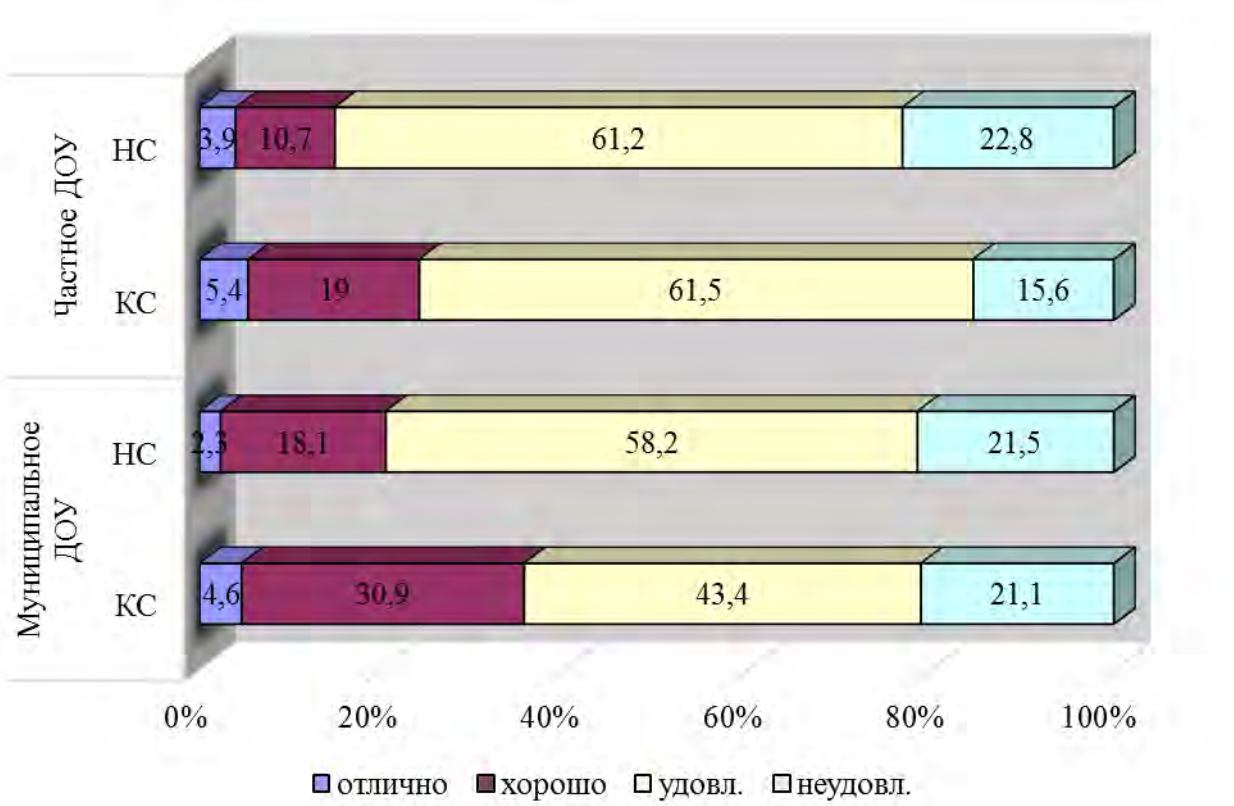


Рисунок 6.9. Динамика двигательных тестов детей, %
(НС - χ^2=97,69 ; сс=3 ; p=0,000 ; КС - χ^2=61,88 ; сс=3 ; p=0,000 ; Все - χ^2=133,70 ; сс=3 ;p=0,000)

Статистически значимых отличий в физической подготовленности мальчиков и девочек не выявлено. В обоих ДОУ в начале смены чуть лучшие результаты показывали девочки, но к концу смены показатели между мальчиками и девочками выровнялись (таблица 6.7, 6.8).

Таблица 6.7

Динамика двигательных тестов мальчиков

в начале и в конце смены (в %)

Оценка	Вид учреждения					
	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ		
	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности
Отлично	5,0	6,4	128,0	3,5	6,2	177,1
Хорошо	12,9	22,1	171,3	24,0	37,0	154,1
Удовлетворительно	61,8	60,9	98,5	56,8	41,8	73,6
Неудовлетворительно	20,3	10,6	52,2	15,7	15,0	95,5
Итого	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-

Таблица 6.8

Динамика двигательных тестов девочек в начале и в конце смены (в %)

Оценка	Вид учреждения					
	Частное ДОУ			Муниципальное ДОУ		
	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности	Начало смены	Конец смены	Показатель наглядности
Отлично	5,0	4,4	88,0	1,3	3,2	246,1
Хорошо	12,9	16,0	124,0	12,3	25,3	205,7
Удовлетворительно	61,8	59,1	95,6	59,1	44,2	74,8
Неудовлетворительно	20,3	20,5	100,9	27,3	27,3	100,0
Итого	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-

Исследование оценки эффективности отдыха детей показало следующее. В соответствии с утвержденными нормативными документами изучены рекомендуемые показатели динамики длины и массы тела в течение смены. В обоих ДОУ достоверного изменения доли лиц, имеющих нормальное ФР, не произошло. Достоверных различий в показателях ФР среди мальчиков и девочек не выявлено.

Таким образом, данный показатель не обладает необходимой чувствительностью для оценки краткосрочного пребывания детей в детских оздоровительных учреждениях.

В отличие от указанных параметров, значительно больше подвержены изменчивости показатели, характеризующие функциональные резервы

организма. Так, в муниципальном лагере не только достоверно увеличилась численность групп с хорошими и отличными оценками результатов проб, но и существенно снизилась доля детей с неудовлетворительными оценками (таблица 6.9).

Таблица 6.9

Динамика неудовлетворительных результатов функциональных проб в муниципальном ДОУ

Функциональные пробы	Начало смены	Конец смены	p
Координаторная проба	40,4	28,8	0,001
Проба Штанге	37,6	28,7	0,003
Проба Генчи	24,1	11,4	0,001
Уровень ФРО	28,5	16,8	0,002
Двигательные тесты	21,5	21,1	0,001

Анализ средних показателей по 12 сменам показал, что наибольшему изменению подвергнута численность групп детей и подростков с неудовлетворительными результатами функциональных проб. Вместе с тем, переход отдельного ребенка от неудовлетворительного результата к удовлетворительному или хорошему является критерием эффективности реализации профилактической программы.

Нами были проанализированы результаты ФРО в частном и муниципальном лагере по доле неудовлетворительных результатов. Доля детей, имеющих неудовлетворительный уровень ФРО, в муниципальном лагере снизилась на 41,1% (36,7% - мальчики, 46,6% – девочки). В частном лагере было зарегистрировано существенно большее снижение этого показателя – на 75,0% в среднем за 12 смен (74,8% мальчики, 75,6% - девочки) (таблица 6.10).

Таблица 6.10

Динамика неудовлетворительных оценок ФРО в частном и муниципальном ДОУ (в среднем за смену)

контингент	Частный ДОУ		Темп прироста	Государственный ДОУ		Темп прироста
	Начало смены	Конец смены		Начало смены	Конец смены	
Оба пола	26,8	6,7	-75,0	28,5	16,8	-41,1
Мальчики	29,4	7,4	-74,8	28,2	17,8	-36,7
Девочки	24,3	5,9	-75,6	29,2	15,6	-46,6

Для оценки эффективности профилактических программ в практической деятельности в условиях краткосрочного оздоровительного отдыха детей нами предложена методика расчета коэффициента эффективности ($К_{эфф}$) и шкала его оценки (таблица 6.11).

$К_{эфф} = 1 - \frac{К}{Н}$, где Н – количество детей с неудовлетворительной оценкой ФРО в начале смены (абс.), К - количество детей с неудовлетворительной оценкой ФРО в конце смены (абс.).

Таблица 6.11

Шкала оценки эффективности краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей

Значение $К_{эфф}$	0-0,34	0,35-0,49	0,5-0,69	0,7-1,0
Уровень оценки	Низкий	Удовлетворительный	Хороший	Отличный

Одна смена в муниципальном лагере получила низкую оценку эффективности, остальные - оценку «удовлетворительно». В частном лагере все 12 смен оценены «хорошо».

Рациональный режим дня, пребывание на свежем воздухе и двигательная активность, несомненно, благоприятно отразились на здоровье

детей в обоих ДОУ. Однако, более высокий оздоровительный эффект отмечен в группе детей, отдыхающих в частном ДОУ (таблица 6.12).

Таблица 6.12

Распределение детей по оздоровительному эффекту (в %)

	Выраженный	Слабый	Отсутствие
Муниципальное ДОУ	39,7	49,3	10,7
Частное ДОУ	65,2	27,8	6,9

Таким образом, для оценки эффективности кратковременного летнего оздоровительного отдыха детей следует в первую очередь использовать показатели функциональных проб в динамике (начало и конец смены), как критерии, более подверженные изменчивости в небольшом временном интервале.

Эффективность предлагаемых мероприятий доказана в ходе эксперимента. Объективными показателями эффективности предлагаемой модели, с учетом краткосрочности лагерной смены, следует считать динамику уровня функциональных резервов организма: доля детей с хорошими и отличными оценками уровня ФРО выросла в 2,5 раза в частном ДОУ и в 1,6 раза - в муниципальном.

Разработанная сестринская модель и программа профилактических мероприятий позволяет эффективно использовать материально-техническую базу, природные факторы, организацию питания, оздоровительный режим и медицинские кадры в детских загородных учреждениях различной нормативно-правовой форм собственности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работы, посвященные оценке изменений функциональных параметров органов и систем организма, происходящих за время пребывания ребенка в детском оздоровительном учреждении, немногочисленны и представлены разноречивыми данными [56,75,102]. Для оценки здоровья детей используются: «Методические рекомендации оздоровления в загородных учреждениях отдыха и оздоровления детей» (2010) и методические рекомендации "Оценка эффективности оздоровления детей и подростков в летних оздоровительных учреждениях" (2009), в которых рекомендуется использовать не менее 4 показателей - рост, масса тела, мышечная сила, жизненная емкость легких.

В нашем исследовании кроме перечисленных методов были использованы: координационные пробы, дыхательные пробы Штанге и Генчи, двигательные тесты, осуществлялась комплексная оценка здоровья, включающая физическое развитие, уровень функциональных резервов организма, физическая подготовленность.

На первом этапе исследования проанализированы 129 отечественных и 22 зарубежных источников литературы и по вопросам состояния здоровья детей и организации летнего оздоровительного отдыха.

На втором этапе проводилось комплексное изучение состояния здоровья 2234 детей 6-16 лет из двух ДОУ (в возрасте 6-10 лет – 580 человек, в возрасте 11-16 – 1654 человека): частное ДОУ – 1934 ребенка (мальчики – 958; девочки – 976), государственное ДОУ – 300 детей (мальчики – 146, девочки – 154).

Результаты исследования показали, что большинство отдыхающих в обоих детских оздоровительных учреждениях составили дети 1-ой и 2-ой групп здоровья (85,2% - в частном и 90,0% - в муниципальном ДОУ), что дает возможность применить унифицированные оптимальные программы

оздоровления и профилактики для значительной части детей. Однако 3-я группа здоровья установлена у 14,8% детей в частном и 10,0% детей в муниципальном ДОУ, что учитывалось при разработке индивидуальных рекомендаций для каждого ребенка по режиму дня, питанию и физической нагрузке с учетом имеющихся у него заболеваний.

Оценка физического развития проводилась по оценочным таблицам с использованием региональных стандартов. Определялось соответствие массы тела длине тела с учетом возраста ребенка и пола. Это позволило выделить группы детей с физическим развитием, соответствующим норме.

Оценка функциональных резервов организма проводилась с помощью унифицированной методики оценки функциональных резервов организма школьников 7-18 лет по совокупности функциональных проб с программным обеспечением, разработанной на базе Нижегородской медицинской академии. Использовались оценочные таблицы – нормативы функциональных показателей девяти функциональных проб, включая двигательные тесты (оценка физической подготовленности); алгоритм промежуточных и итоговых расчетов; балльная и интегральная (индекс) оценки результатов, определяющие уровень функциональных резервов организма.

Нормальное физическое развитие в начале смены отмечено у большинства детей в обоих лагерях - от 68,1% до 75,1%. Нами была проведена интегральная оценка, определяющая уровень ФРО. Она включает результаты проб (координаторной, Штанге, Генчи), двигательные тесты. Статистически значимых отличий в оценках между детьми двух загородных оздоровительных учреждений не выявлено. В обоих ДОУ преобладала доля детей с удовлетворительными оценками уровня ФРО, несколько больше их было в частном загородном оздоровительном учреждении. Почти у трети детей определены неудовлетворительные результаты, у четверти – хорошие, в единичных случаях - отличные.

На третьем этапе проводилось исследование факторов, формирующих здоровье детей. По специально разработанной анкете «Изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье и заболеваний у детей» было опрошено 1321 родителей. Анкета включала в себя оценку социально-гигиенических условий проживания, воспитания и обучения детей в семье» были освещены жилищно – бытовые условия детей, питание, гигиеническое воспитание ребенка, вредные привычки среди детей, отношение детей к здоровому образу жизни и др.

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы: полные семьи составляют всего 77,2%, одна четверть учащихся проживает в бедных семьях; строго по времени питается только пятая часть учащихся; отмечается превышение максимальной регламентируемой продолжительности выполнения домашних заданий у 34,8% учащихся.

Основные элементы отдыха школьников характеризуются преобладанием пассивных форм над активными. Детальная характеристика образа жизни ребенка свидетельствует о переоценке родителями своих знаний и своих усилий в области организации режима труда и отдыха ребенка. Понимают и следуют здоровому образу жизни всего 37,7% детей и подростков.

Исследование образа и условий жизни современных школьников проведено в рамках международной программы «CINDI», которое свидетельствует о том, что каждый пятый ребенок не завтракает дома, только каждый седьмой - обедает в школе; соблюдают гигиену полости рта всего 41,6% учащихся (32,7% мальчиков, 50,5% девочек, $p<0,0001$), что согласуется с анкетированием родителей. Однако, в отношении вредных привычек учащихся данные анкетирования их родителей не совпадают: воздерживаются от употребления алкогольных напитков только 60,8% учащихся (59,9% мальчиков, 85,8% девочек), не курят 87,9% (84,4% мальчиков, 91,4% девочек, $p<0,0001$).

Полученные данные свидетельствуют об имеющемся неблагополучии социально-гигиенических условий проживания, воспитания и обучения детей в семье. Результаты исследования показали, что простой информированности в плане ЗОЖ не достаточно для формирования саногенного поведения.

В ходе четвертого этапа нами дана характеристика детских оздоровительных организаций по пяти важнейшим компонентам: состояние питания, режим дня, организация физического воспитания детей, профилактические и оздоровительные мероприятия.

На данном этапе был проведен анализ 14-дневного рациона питания детей в исследуемых детских оздоровительных учреждениях, для этого провели анализ меню - раскладок за 14 дней. Изучили картотеку блюд, которая используется при составлении меню, и по которой можно определить перечень продуктов, входящих в состав блюда, его массу, химический состав и калорийность. Оценивая правильность распределения рациона по приѐмам пищи, следует отметить, что процентное соотношение калорийности соответствует нормативам. Также изучено содержание белков, жиров и углеводов в рационе питания детей оздоровительных учреждений по меню-раскладкам за 14 дней.

Нами изучены особенности организации питания в двух отобранных для исследования ДОУ и проведен анализ питания по ряду критериев: количество приемов пищи, сумма, выделяемая на питание одного ребѐнка в день, разнообразие ассортимента продуктов и оптимальное чередование блюд, повторяемость одних и тех же блюд в течение одного дня и 14 дней подряд, распределение рациона по приѐмам пищи, который является одним из важнейших критериев в оценке состояния питания.

По критерию «распределение рациона по приѐмам пищи» обнаружено следующее процентное соотношение калорийности в среднем за 14 дней: завтрак - 24% в частном и 23% в муниципальном ДОУ, обед - 36% в обоих учреждениях, полдник - 10% в частном и 13% в муниципальном ДОУ, ужин

оказался более калорийным в частном оздоровительном учреждении - 26% и 23% - в муниципальном, второй ужин - 4% в частном и 5% в муниципальном ДОУ. Сравнительный анализ организации питания детей, как одного из важнейших факторов оздоровления, в исследованных детских загородных оздоровительных учреждениях показал, что в целом питание соответствует нормам, определенным санитарными правилами. Однако зафиксировано превышение калорийности рациона в обоих исследуемых учреждениях – в частном – за счет более высокой энергетической ценности продуктов, в муниципальном – за счет увеличения объема блюд. В муниципальном ДОУ не организовано диетическое питание детей. Выявленные несоответствия весьма значимы, поскольку анализ состояния здоровья по данным медицинских осмотров выявил преобладание болезней органов пищеварения - среди обследованных детей данной патологией страдает каждый четвертый, а комплексная оценка показала, что число детей с повышенной массой тела достигает 16,4%.

Режим дня включает в себя оптимальное чередование всех видов деятельности с учѐтом возраста, пола, состояния здоровья детей и подростков, использование естественных факторов природы и обеспечение длительного пребывания детей на свежем воздухе. В частном ДОУ хорошей организации физического воспитания способствует достаточная материальная база, высокий уровень подготовки педагогического состава. С детьми ежедневно проводят физкультурно-спортивные мероприятия, в которые вовлечены практически все дети - это физкультурно-спортивные часы и минутки, спортивные секции, танцевальные и туристические кружки.

При измерении уровня двигательной активности путем хронометража, было установлено, что в среднем двигательная активность детей в частном лагере в день составляет больше половины всего времени (57,2%), а в муниципальном - 40,8% ($p<0,01$).

На пятом этапе была разработана и апробирована сестринская модель профилактических мероприятий в условиях детского загородного оздоровительного учреждения. Разработанная сестринская модель профилактических мероприятий строится на основных принципах менеджмента:

- планирование профилактических мероприятий;
- организация профилактических мероприятий;
- реализация профилактических мероприятий;
- контроль выполнения профилактических мероприятий.

1. Планирование профилактических мероприятий включает согласование программы профилактических мероприятий для детей, находящихся в загородных стационарных учреждениях отдыха, медицинской сестрой – координатором: с врачами, педагогами, физкультурными работниками; проведение обучения медицинских сестер основным приемам осуществления данной программы.

2. Организация мероприятий на текущую смену состоит из комплекса оздоровительных и профилактических мероприятий, корректировки меню, физической нагрузки, ориентированной на группу здоровья ребенка и его возраст, оздоровительно-спортивной работы, разработки графика элективных занятий.

3. Реализация профилактических мероприятий осуществляется на основе сестринской программы профилактических мероприятий и корректируется в зависимости от изменяющихся условий. Программа профилактических мероприятий может быть реализована в детских оздоровительных организациях любого типа: лагеря оздоровительного направления, санатории, детские профилактории и т.д.

4. Контроль выполнения программы профилактических мероприятий предусматривает достижение показателей результативности (выполнение намеченного плана мероприятий, повышение уровня знаний детьми

основных принципов ЗОЖ, улучшение показателей уровня ФРО). Для оценки эффективности предлагаемых мероприятий изучена динамика показателей здоровья детей за период пребывания в летних загородных учреждениях отдыха: физического развития и уровня функциональных резервов организма.

Разработанная нами сестринская модель профилактических мероприятий включает пять блоков:

- оценка здоровья и ФРО у детей на этапе поступления в оздоровительное учреждение;

- самооценка здоровья детьми (анкета СИНДИ);

- оценка гигиенических навыков у детей и их отношение к ЗОЖ (анкета родителей);

- реализация сестринской программы профилактических мероприятий;

- оценка результативности реализации программы.

Разработанная модель была апробирована в частном и муниципальном оздоровительных учреждениях на протяжении 12 летних лагерных смен.

В конце смены отмечалось статистически значимое увеличение доли детей с нормальным ФР как в первом, так и во втором ДОУ. Уменьшилась доля детей с повышенной и высокой массой тела и сниженной и низкой массой тела в частном лагере на 1,5% и 2,4% соответственно. Аналогичные изменения отмечены и в муниципальном лагере. Гендерные различия в обеих группах были статистически недостоверны. Однако высокая масса тела несколько чаще определена у мальчиков; низкая масса тела, высокая длина тела, низкая длина тела несколько чаще встречаются у девочек. Таким образом, различия по группам ФР между отдыхающими детьми в обоих ДОУ оказались не значимы ($p = 0,608$).

Достоверных различий в показателях физического развития не зарегистрировано, что объясняется краткосрочностью пребывания детей в лагере. Показатели физического развития в краткосрочном временном

отрезке не могут быть критериями эффективности профилактических и оздоровительных программ.

При анализе результатов координаторной пробы выявлено достоверное увеличение доли детей с отличными и хорошими показателями (в частном ДОУ – в 5,6 и 2,1 раза, в 2,8 и 1,6 раза - в муниципальном). Уменьшилась доля детей с неудовлетворительными показателями: в 2 раза в частном и в 1,4 раза - в муниципальном ДОУ. Доля девочек частного ДОУ с хорошими и отличными результатами выросла с 15,5% до 45,7% (p=0,000), доля мальчиков – с 13,5% до 42,7% (p=0,000). Соответственно, в муниципальном учреждении - доля девочек увеличилась с 19,4% до 33,8%, доля мальчиков - с 13,0% до 28,6% (p=0,000).

В конце смены, при анализе результатов пробы Штанге, выявлено значительное увеличение количества детей с отличными и хорошими результатами, особенно значимое в частном ДОУ (в 1,9 раза против 1,2 раза). Частота неудовлетворительных оценок достоверно уменьшилась в обоих оздоровительных учреждениях. Гендерные различия заключались в том, что в начале смены в обоих лагерях лучшие результаты показали девочки, к концу смены эти различия нивелировались за счет улучшения оценок у мальчиков.

При исследовании результатов пробы Генчи выявлено, что дети в частном ДОУ значительно улучшили свои показатели: в 3 раза увеличилось количество отличных оценок - их определили у пятой части детей; в 4 раза уменьшилась доля неудовлетворительных оценок - их регистрировали уже в единичных случаях, при этом мальчики показали в 1,5 раза больше отличных оценок, девочки - в 1,1 раза больше удовлетворительных. Хорошие и неудовлетворительные оценки у мальчиков и девочек зарегистрированы в равных долях.

В муниципальном ДОУ динамика оказалась менее значима, однако число неудовлетворительных оценок уменьшилось в 2,1 раза, а отличные показатели регистрировались уже у каждого десятого ребенка.

При исследовании уровня ФРО детей в начале смены существенных различий между исследуемыми ДОУ не выявлено. В то же время, в результате активного внедрения комплекса профилактических и оздоровительных мероприятий в частном ДОУ к концу смены значительно увеличилась доля детей с отличными и хорошими показателями уровня ФРО (в 6,6 и 2,4 раза); в 4 раза уменьшилась доля детей с неудовлетворительными показателями. В муниципальном ДОУ доля детей с отличными показателями увеличилась в 1,5 раза, с хорошим уровнем ФРО - в 1,6 раза. Доля детей с неудовлетворительным уровнем ФРО уменьшилась в 1,7 раза.

Динамика двигательных тестов, представляющая физическую подготовленность, следующая: доля отличных и хороших результатов увеличилась в обоих ДОУ в 1,7 раза. Статистически значимых отличий в физической подготовленности мальчиков и девочек не выявлено.

Для оценки эффективности профилактической программы в условиях краткосрочного оздоровительного отдыха детей нами предложена методика расчета коэффициента эффективности - шкала его оценки. Выраженный оздоровительный эффект чаще наблюдается в частном лагере (у 65,2% детей), чем в муниципальном (39,7%), слабый оздоровительный эффект чаще (49,3%) наблюдался в муниципальном, реже - в частном (27,8%).

Разработанная нами модель может быть реализована сестринским персоналом, что позволит оптимально использовать возможности медицинских сестер с высшим образованием. Объективными показателями эффективности программы профилактических мероприятий в рамках модели в краткосрочном периоде лагерной смены могут служить показатели динамики ФРО.

Краткосрочное пребывание детей в летнем оздоровительном учреждении с использованием сестринской модели профилактических мероприятий является действенной технологией укрепления здоровья детей и может успешно использоваться в учреждениях различных нормативно-правовых форм собственности.

ВЫВОДЫ

1. Большинство отдыхающих в детских летних оздоровительных учреждениях составляют дети I и II групп здоровья, у 12,4 % детей зарегистрирована III группа здоровья. Физическое развитие, соответствующее возрасту ребенка, отмечено у 68,1% детей в частном и 72,4% - в муниципальном оздоровительных учреждениях. Дети, поступающие в летние оздоровительные учреждения, характеризуются высоким уровнем неудовлетворительных оценок, низкой долей отличных и хороших оценок по результатам функциональных проб (координаторная, Штанге, Генчи), двигательных тестов, а также в целом по уровню функциональных резервов организма.
2. Нарушения и заболевания, предшествующие направлению в оздоровительное учреждение по данным медицинских справок Ф.079/у, составили 39,1 случаев на 100 детей. Среди заболеваний превалируют следующие классы: болезни органов пищеварения (9,1 случая на 100 детей), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,4 случая на 100 детей), болезни органов дыхания (6,7 случая на 100 детей) и болезни системы кровообращения (4,3 случая на 100 детей).
3. Условия и образ жизни детей, прибывающих в летние оздоровительные лагеря, характеризуются рядом неблагоприятных особенностей. Четверть исследуемых проживает в бедных семьях, принципы здорового питания соблюдает только каждая пятая семья, преобладают пассивные формы отдыха: чем старше дети, тем меньше доля регулярно занимающихся физкультурой. В 34,8% семей отсутствует контроль, регламентирующий продолжительность выполнения домашних заданий. У половины семей зарегистрирована нетребовательность взрослых к соблюдению гигиенических навыков и режимных моментов, низкая медицинская активность. Формированию

здорового образа жизни детей в семье, по мнению родителей, препятствует нехватка свободного времени (45,6%) и специальной литературы (24,9%). Прослеживается зависимость распространенности вредных привычек от возраста и пола: к старшим возрастным группам увеличивается доля курящих и употребляющих алкоголь, особенно среди мальчиков.

4. Сравнительный анализ организации питания детей в исследованных детских загородных оздоровительных учреждениях показал, что в целом питание соответствует нормам, за исключением завышения калорийности рациона. В частном ДОУ зарегистрировано превышение калорийности рациона в среднем на 25,5% от рекомендуемой нормы за счет использования продуктов с высокой энергетической ценностью; в муниципальном - на 28,4% из-за увеличения объема готовых блюд. Организация режима дня в детских загородных оздоровительных учреждениях соответствует гигиеническим требованиям, однако в частном двигательная активность детей в день составляет 57,2%, в муниципальном - 40,8% ($p<0,01$).
5. Исследование показало, что разработанная сестринская модель профилактических мероприятий, включающая пять блоков: оценку здоровья и функциональных ресурсов организма у детей; самооценку здоровья детьми; оценку гигиенических навыков у детей и их отношение к ЗОЖ; реализацию разработанной в ходе исследования сестринской программы профилактических мероприятий; оценку результативности программы, является эффективной технологией оздоровления детей и подростков в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха. Применение модели позволило достичь позитивных сдвигов в уровне функциональных резервов организма у детей; повысить эффективность использования ресурсов,

сконцентрировав их на вопросах оздоровления и формирования навыков ЗОЖ.

6. Полученный эффект от реализации сестринской модели профилактических мероприятий зависит от материально-технического оснащения учреждения, кадрового обеспечения, финансирования. В изученных учреждениях статистически достоверно уменьшилась доля детей с неудовлетворительными показателями уровня функциональных резервов организма, при этом, в государственном лагере доля детей, имеющих неудовлетворительный уровень ФРО, снизилась в среднем на 41,1%. В частном лагере было зарегистрировано снижение этого показателя на 75,0% по сравнению с исходным уровнем. Оценка результативности профилактической программы, использованных в 12 сменах отдыха, показала выраженный оздоровительный эффект в частном лагере у 65,2% детей и у 39,6% - в муниципальном.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Министерству здравоохранения РФ

1. Пересмотреть Форму № 079/у «Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь», утвержденную приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. N 1030 и внести в нее следующие дополнения:

- группа здоровья ребенка;
- подпись родителей об информированном согласии на проведение обследований, направленных на выявление функциональных резервов организма у детей.

2. Дополнить критерии эффективности оздоровления детей результатами функциональных проб и оценкой физического развития.

3. Разработать форму выписки - рекомендации для родителей по ведению ЗОЖ детьми после окончания смены.

Учредителям летних оздоровительных учреждений различных форм собственности

1. Пересмотреть штатное расписание летних оздоровительных учреждений и включать в состав медицинского персонала специалистов с высшим сестринским образованием для:

- организации работы с детьми по формированию здорового образа жизни и отказу от рискованного поведения;
- работы с родителями детей из групп медико-социального риска;
- осуществления оценки результативности пребывания школьника в летнем оздоровительном учреждении;
- внедрения сестринской модели профилактики при проведении лагерных смен.

2. Пересмотреть функциональные обязанности медицинского, педагогического персонала и инструкторов по физической культуре для

повышения координации работы, направленной на получение эффективного оздоровления детей.

Директорам детских оздоровительных учреждений

1. Пересмотреть функциональные обязанности медицинского персонала, включив в них работу с родителями и детьми по формированию здорового образа жизни и самосохранительного поведения.

2.Учитывать здоровье отдыхающих детей (I и II группы здоровья) при составлении программ профилактических мероприятий на смену медицинским персоналом и индивидуальных оздоровительных программ (III группа здоровья).

3. При оценке результативности программ профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха использовать разработанную методику расчета и оценки коэффициента эффективности, основанную на динамике показателей функциональных резервов организма.

Образовательным учреждениям высшего и среднего медицинского образования

1. При реализации ОПОП «Сестринское дело» в качестве дисциплины по выбору разработать и предлагать обучающимся дисциплину по изучению организационной сестринской модели профилактических мероприятий для детей, отдыхающих в летних загородных оздоровительных учреждениях;

2. При реализации образовательных программ дополнительного профессионального образования включать разделы, предусматривающие изучение сестринской модели профилактических мероприятий для детей, отдыхающих в летних загородных оздоровительных учреждениях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альманах психологических тестов: Научно-популярное издание. - М.: «КСП», 1995,400 с.

2. Анализ деятельности госсанэпидслужбы по контролю за организацией летнего отдыха детей и подростков в Российской Федерации: Информационный сборник статистических и аналитических материалов (по итогам летних оздоровительных кампаний 2015 г.) / Под ред. М.В. Фокина. - М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2015.- 39 с.

3. Анализ деятельности госсанэпидслужбы по организации летнего отдыха детей и подростков (по итогам летних оздоровительных кампаний 1999-2003 гг.): Информационный сборник статистических и аналитических материалов/Под ред. М.В. Фокина. - М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. - 40 с.

4. Анохина И.А. Диагностика культуры здоровья у детей. Методические рекомендации. Ульяновск УИПКРО 2010.-38с.

5. Аникеева Н.П. Психологический климат в коллективе. - М.: Просвещение, 1989. - 224 с.

6. Анохина Т.П. «Сделать свою жизнь» // Новые ценности образования: Философия и педагогика каникул Вып. 8. - М.: Инноватор, 1998. -С. 94-98.

7. Антонов В.Н. Педагогические условия деятельности детских оздоровительно-образовательных лагерей в современных условиях: Дис. ... канд. пед. наук. - Екатеринбург, 1997.

8. Афанасьев С.П., Коморин С.В., Тимонин А.И. Что делать с детьми в загородном лагере. - Кострома: МЦ «Вариант», 2002. - 224 с.

9. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. – 216 с.

10. Баранов А.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) – М.: ГРОЭТАР- Медиа, 2006. – 416с.

11. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Матвеева Н.А. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации. Сборник материалов. Выпуск VI-Москва, 2013.-191с.

12. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Альбицкий В.Ю. Стратегия. «Здоровье и развитие подростков России». Монография-М.: 2014.-112с.

13. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. Монография. - М.: 2014.-388с.

14. Барышникова З.А. Воспитание познавательных интересов старших подростков в п/лагере. Автореф. дис. ... канд.пед.наук. -М.: 1977. - IS с.

15. Березина Н.О., Бурлакова И.А., Герасимова Е.Н. и др./. Успех. Примерная основная общеобразовательная программа дошкольного образования / М.: «Просвещение».- 2011. — 303 с.

16. Беляев Е.Н., Фокин М.В., Милушкина О.Ю., Кузнецова Т.В. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения в летний период//Вестник С-Пб. гос. мед. академии-2004. - № 2.-С. 37-40.

17. Беседин А.А., Безроднова С.М., Прокопенко Л.М., Заводнова О.С. Анализ заболеваемости детей школьного возраста / / Вопросы современной педиатрии. -2005.-т. 4, прил. №1.-С. 47с.

18. Берсенева А.П., Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Функциональные резервы организма и теория адаптации // Вестник восстановительной медицины. -№ 3. -С. 4-11.

19. Богомолова Е.С., Леонов А.В., Матвеева Н.А. Оценка физического развития детей и подростков. - Н. Новгород: 2006 г.

20. Богомолова Е.С. , Шапошникова М.В., Бадеева Т.В., Ашина М.В., Котова Н.В., Ковальчук С.Н. Оценка санитарно-гигиенического

благополучия и здоровья учащихся в образовательных учреждениях с разной интенсивностью учебного процесса. - Н. Новгород: 2014.-90 с.

21. Бочарова В.Г., Бальсевич В.К., Кучма В.Р., Храмцов П.И. Образ жизни и здоровье сельских школьников (по результатам социально-педагогического исследования «Здоровье и поведение учащихся, проживающих на селе»): коллективная монография. - М.: ИСП РАО, 2010. — 244 с.

22.Буданова Г.П. Система воспитания пионерского актива. Автореф. дис. … канд.пед.наук. – М., 1985. – 21 с.

23. Быков Е.В. Влияние уровня двигательной активности на функциональное состояние здоровых учащихся 12-17 лет и физиологическое обоснование оздоровительных программ: Дисс....д-ра мед.наук. - Челябинск, 2002. - 316с. 167.

24. Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. М. -2000.- №1.- С.5-9.

25.Вельтищев Ю.Е. Концепция риска болезни и безопасности здоровья детей // Приложение к журналу Российский вестник перинатологии и педиатрии №2.- М.,1994.- 84с.

26. Ветитнев А.М. Маркетинг санаторно-курортных услуг: учебн. пособие для вузов – М.: Издательский центр «Академия», 2008 -368с.

27. Воронова Б.З. Летний отдых и оздоровление обучающихся образовательных учреждений. Материалы 3-всероссийского конгресса с международным участием по школьной и университетской медицине «Актуальные проблемы здоровья детей и подростков и пути их решения». - Москва. -2012.-87-89с.

28. Воронова Б.З. Особенности организации и проведения отдыха детей и подростков в современных условиях / / Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюллетень. - 2004. - №3. - С. 34-37.

29. Гончарова Г.А., Надеждин Д.С. Характеристика нервно-психического здоровья школьников 3-8 классов в динамике их обучения.- Вопросы школьной и университетской медицины. - 2012. - №1- с. 20-26.

30. Гусева С.В., Аверьянова Н.И. Влияние отдыха в летнем детском оздоровительном лагере на организм ребѐнка // Вопросы современной педиатрии. - 2005. - Том 4, приложение 1. - С. 136.

31. Данакин Н.С. Совершенствование управления формированием здорового образа жизни учащейся молодежи. - Белгород: БГТУ им. В.Г. Шухова, 2011.

32. Джеус А.В. К развитию концепции программ оздоровления детей и подростков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 2. - С. 31-34.

33. Джеус А.В., Литвинова Е.В., Решетник Д.А. Реализация программно-целевого подхода к оздоровлению подростков во Всероссийском детском центре «Орлѐнок» // Российский педиатрический журнал. - 2005. - №5. - С. 43-45.

34. Доскин В.А., Голубева Л.Г. Растем здоровыми: пособие для воспитателей, родителей и инструкторов физкультуры / В.А. Доскин, Л.Г. Голубева. - М.: Просвещение, 2004.-110 с.

35. Дьяченко В.Г., Рзянкина М.Ф., Солохина Л.В. Руководство по социальной педиатрии. Издательство ДВГМУ: 2010.- 43с

36. Дубровский В.И. Гигиена физического воспитания и спорта: Учебник для студ. сред. и высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003.-512 с.

37. Единые требования к проведению общероссийского мониторинга физического развития и физической подготовленности учащихся в общеобразовательных школах: Методические рекомендации. - М.: ВНИИФК, Центр ОМО физического воспитания МКО, 2002. - 25 с.

38. Жданова Л.С. Развитие пионерских лагерей в СССР (1945-1975). Автореф. дис. … канд.пед.наук. – М., 1976. – 22 с.

39. Ильин А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения. Дис. докт. мед. наук : Москва, 2005. - 462 с.

40. Ильинич В.И. Общая физическая, специальная и спортивная подготовка в системе физического воспитания//Гл. в кн. Физическая культура студента: Учебник / Под ред. В.И. Ильинича.- М.: Гардарики, 2001. - 448 с.

41. Использование физической культуры и спорта для подростков в оздоровительных целях: Методические рекомендации. - М, 1986. -25 с.

42. Итоги летней оздоровительной кампании 2015 года в Российской Федерации: Информационно-аналитическое письмо // Под ред. М.В. Фокина. - М., Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2015.- 43 с.

43. Караваева Т.Ф., Попова Н.В., Ботникова Е.А. Внедрение программы по оздоровлению в условиях летнего школьного лагеря // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодѐжи в XXI веке: Материалы Международного конгресса. Ч. II. - М: Издатель НЦЗД РАМП, 2004. - С. 23-25.

44. Кимбл Г. Как правильно пользоваться статистикой / Пер. с англ. Б.И. Клименко. — М.: «Финансы и статистика», 1982. - 293 с.

45. Критерии оценки эффективности оздоровления детей и подростков в летних оздоровительных учреждениях. Методические рекомендации. -М.: 2009.-21 с.

46. Кунцевич С.А. Обоснование мер профилактики отклонений в состоянии здоровья школьников 10-11 лет на этапе перехода к предметному обучению. Автореф. дисс.... канд. мед. наук.- Хабаровск, 2010. - 336с.

47. Куинджи Н.Н. Гендерный подход к обучению и воспитанию детей в школе: физиологические, гигиенические и социальные аспекты. — М.: Из-во «Дом Пашкова», 2010.- 80 с.

48. Кучма В.Р., Сивочалова О.В. Здоровый человек и его окружение: учебник. 4-е изд., испр. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа; 2015. - 544 с.

49. Кучма В.Р., Горелова Ж.Ю., Скоблина Н.А., Сухарев А.Г., Сухарева Л.М. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей / МЗ РФ [и др.];– М.: ПедиатрЪ, 2015: С. 530-582.

50. Кучма В.Р., ред. Сборник «Гигиена детей и подростков. Сборник нормативно-методических документов» М.: НЦЗД РАМН; 2013. - 379 с.

51. Кучма В.Р. Основы рационального питания и гигиеническая оценка пищевого статуса студентов: монография / В.Р. Кучма, Е.Г Блинова, Г.А. Оглезнев. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2007. – 174 с.

52. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Поведение детей, опасное для здоровья: современные тренды и формирование здорового образа жизни. Монография. М.: ФГБНУ НЦЗД, 2014.- 160 с.

53. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Павлович К.Э. Подросток. Физиолого-гигиенические и психосоциальные основы обучения и воспитания. - М.: МИОО, 2004.-280с.

54. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Основные тенденции в динамике заболеваемости старшеклассников за последние пятнадцать лет // Вопросы современной педиатрии.- 2005- том 4. -№1.- С.291.

55. Лазарев М.Л., Гурова О.А., Явтушенко Г.В. Изучение состояния здоровья детей в детском оздоровительном лагере // Физиология развития человека: Материалы международной конференции, посвященной 55-летию Института возрастной физиологии РАО. - М.: Издательство НПО «Образование от А до Я», 2000. - С. 252-254.

56.Леднева Л.С. Организационно-педагогические условия развития детского оздоровительного лагеря на современном этапе: : Дис. канд. пед. наук : Москва, 2003. - 173 с.

57. Леонов А.В. Тенденции состояния здоровья школьников г. Нижнего Новгорода // Вопросы современной педиатрии. — 2005. - т. 4, прил. №1. - С. 304.

58. Летние лагеря в Великобритании / / www: u-w-m.ru/OBRZR/ENG/ENG/ ecteenwind.htm.

59. Литвинова Е.В. Оздоровительные технологии в специализированном детском центре // Вопросы современной педиатрии. - 2005. - Том 4. приложение 1. — С. 307.

60. Лях В.И. Двигательные способности школьников: основы теории и методики развития. - М.: Тера-Спорт, 2000. - 192 с. 172.

61. Магомедов Т.А. Летний оздоровительный лагерь как социальный институт воспитания старшеклассника // Инновационные педагогические технологии: материалы II междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2015 г.). — Казань: Бук, 2015. — С. 128-130.

62. Малышкин В.В. Методика тестирования физической подготовленности учащихся I-XI: Методические советы. - Челябинск: Издательский дом Обухова,1997.-21 с.

63. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б. Питание человека (основы нутрициологии). - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. - 435 с.

64. Массовые медицинские осмотры несовершеннолетних, п. 2, 3 ч. 2 ст. 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 28.12.2013; далее — Федеральный закон № 323-ФЗ).

65. Матвеева Н.А. Гигиена и экология человека - М.: КноРус, 2013. – 328с.

66. Материалы по физическому развитию детей и подростков городов и сельских местностей Российской Федерации / Под ред. Максимовой Т.М., Подуновой Л.Г. - М., 1998. - Вып. 5.-194 с.

67. Медико-биологические и психосоциальные проблемы подросткового возраста (монография) / Под ред. Кучмы В.Р. и Сухаревой Л.М. - М.: Издательство ГУ НЦЗД РАМН, 2004. - 198 с.

68. Методические рекомендации «Оценка эффективности оздоровления детей и подростков в летних оздоровительных учреждениях», утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ Г.Г. Онищенко, 22 мая 2009 г. № 01/6989-9-34.

69. Методические указания по оценке эффективности оздоровления детей в пионерских лагерях общего типа: приложение № 3 к приказу Министра здравоохранения РСФСР №171 от 21.03.1975 г.-М. , 1975.

70. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: Руководство для врачей / Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. - М.: Союз педиатров России, 1999. - 226 с.

71. Методы контроля и управления санитарно-эпидемиологическим благополучием детей и подростков: Гигиена детей и подростков. Руководство к практическим занятиям. Учебное пособие / Под ред. В.Р. Кучмы. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-560 с.

72. Модельная программа развития отдыха и оздоровления детей в субъектах Российской Федерации. Источник - http://moo-sdo.ru/old/letniiotd.pdf.

73. Милушкина О.Ю., Кузнецова Т.В. Проблемы организации и проведения летней оздоровительной кампании / / Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюллетень. - 2005. - №6. - С. 12-15.

74. Мозжухина Л.И., Чѐрная Н.Л., Шубина Е.В., Румянцев А.Г. Физическое здоровье современных школьников // Образование и воспитание детей и подростков: гигиенические проблемы: Материалы Всероссийской конференции с международным участием, - Москва, 2002. - С. 244-246.

75. Мустафина И.З. Гигиеническая оценка организации работы современных загородных стационарных учреждений отдыха и оздоровления детей. Автореф. дис. к-та мед. наук. М., 2006. – 48-50 с.

76. Морозова И.С., Гарусова А.М. Психомоторное развитие дошкольников. Цикл занятий. –М.: 2015.-96с.

77. О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению оздоровительной работы среди детей в пионерских лагерях общего и санаторного типа: Приказ 174 министра здравоохранения РСФСР № 71 от 21.03.1975 г. - 1975. - М.: КМПУ МЗ РСФСР. - 28 с.

78. Об итогах первой смены детской летней оздоровительной кампании 2005 года: Пресс-релиз от 15.07.2005г. // vvww.gsen.ru./info/press/files/ psl50705.html-2005.-5 с.

79. Отдых и оздоровление детей и подростков. Сборник федеральных и региональных нормативных документов. - М.: Граф-Пресс - 2004.- 200с.

80. Об обеспечении отдыха, оздоровления и занятости детей в 2008-2010 годах: Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации №23 от 01.04.2008г. //www. govem-ment.ru/data/news_text.html.he_id=103&news_id=13714-2008.-6с.

81. Об отраслевой Программе развития сестринского дела в Российской Федерации: приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 янв. 2001 г. № 4 // Российская газета. - 2001. - 12 янв. - С. 4-16.

82. «Об организации контрольно-надзорных мероприятий за летней оздоровительной компанией 2015 года» // Протокол Решения Коллегии Роспотребнадзора от 11.06.2015- htt:// rospotrebnadzor.ru / document.

83. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действия в области окружающей среды. М.: Издательство ГУ Научный центр здоровья детей. - 2004.-154 с.

84. Организационно-методические указания по физическому воспитанию в пионерском лагере. - М., 1982. - 26 с. (Документ по состоянию на 08.2014г.) (Извлечение) Основные требования, предъявляемые к организации и методике работы.

85. Организация деятельности загородного стационарного учреждения отдыха и оздоровления детей: Методические рекомендации. - М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2000. - 56 с.

86. Организация летнего отдыха детей с учѐтом состояния их здоровья на базе городских образовательных учреждений: Методические рекомендации / Под.ред. В.И. Бондаря. - 2-е изд. - М.: НИИ семьи, 1997. - 152 с.

87. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Методическое пособие / Под ред. Сердюковской Г.Н. - М.: Промедэк. - 1993. - 163 с.

88. Организация оздоровительной работы в учреждениях летнего отдыха детей: Методические рекомендации для организаторов летнего отдыха детей / Под ред. С.Р. Коновой, В.И. Бондаря. - М.: НИИ семьи, 1998. -208с.

89. Организация оздоровления детей в пионерских лагерях круглогодичного действия: Методические рекомендации. — Харьков, 1982. - 25 с.

90. Организация работы по профилактике зависимостей в современной школе/ Методические рекомендации под редакцией Гоголева Ю.В. – Ярославль.- 2009.- 68 с.

91. Оценка состояния здоровья подростков: Информационное письмо / Под ред. С.В. Мальцева. - Казань, 2001. - 54 с.

92. Оценочные таблицы физического развития детей школьного возраста г. Оренбурга: Методические рекомендации для студентов факультета физического воспитания и преподавателей общеобразовательных школ /

Оренбургский государственный ордена «Знак Почѐта» педагогический институт им. В.П. Чкалова. - Оренбург, 1984. - 30 с.

93. Панкова Н.Б., Труханов А.И., Мещеряков А.А., Краснова В.П., Дмитриева О.С., Карганов М.Ю. Полисистемная оценка восстановления адаптационных ресурсов организма в условиях санаторно-курортного лечения / / Вестник восстановительной медицины . - 2004. -№ 3. - С. 11-17.

94. Патент Р.Л., Дубенецкая М.М. Питание и здоровье школьника. Мн., «Нар. асвета»,1977.

95. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.10. 2011 №18-2/10/1-7164 «Типовое положение о детском оздоровительном лагере».

96. Проблемы подросткового возраста (избранные главы) / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной - М., 2003. - 480 с.

97. Романова Н.В., Рзянкина М.Ф. Летние каникулы - резерв оздоровления школьников / / Вопросы современной педиатрии. - 2005. - Том 4. приложение 1. -С. 450.

98.Рекомендации по оказанию медицинской помощи обучающимся «Скрининг- обследование обучающихся в образовательных организациях» –М.: РРОШУМЗ -1-2014.-46с.

99. Сабирьянов А.Р., Личагина С.А., Шевцов А.В., Сабирьянова Е.С., Устюжанин С.Г., Сергеева Н.В. Особенности динамики показателей кардиореспираторной системы и физической подготовленности у детей школьного возраста в условиях летнего оздоровительного центра // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2004. - № 5. - С. 98-102.

100. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы загородных стационарных учреждений отдыха и оздоровления детей. СанПиН 2.4.4.1204-03. - М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2003. - 71 с.

101. Сборник нормативно-методических документов по оценке влияния образовательных технологий на здоровье детей и подростков. - М.ЮОО «Инсвязьиздат», 2002. - 100с.

102.Соболева Т.В. Сравнительная характеристика методов оценки состояния здоровья и критериев эффективности оздоровительных мероприятий в загородном детском лагере. Автореф. дис. к-та мед. наук. М., 2011. - 48 с.

103. Солодков А.С., Сологуб Е.Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: Учебник. Изд. 2-е, испр. и доп. - М.: Олимпия Пресс, 2005. -528 с.

104. Соломатина Н. Полноценный отдых - основа здоровья детей // Вестник Государственного социального страхования. - 2005. - № 6. - С. 14-16.

105.Современная гуманитарная академия ; отв. ред. Е.В. Усова: Менеджмент здоровьесберегающих технологий в образовательном пространстве вуза. - М.: Современная гуманитарная академия, 2009.

106. Степаненкова Э.Я. Теория и методика физического воспитания и развития ребѐнка. - М.: ACADEMIA, 2001. - С 43.

107. Степанова М.И. Авторитарная педагогика как фактор риска нарушения нервно-психического здоровья школьников // Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюллетень. - 2004. -№3 . - С. 24-27.

108. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. – М.: Медицина, 1991. - 272 с. 178.

109. Ступак Р., Бочавер А., XXIV европейская конференция по психологии здоровья «Здоровье в контексте» (рус.) // Психологический журнал. — М.: Наука, 2011. — Т. 32, вып. 2. — С. 116-118.

110. Унифицированная методика гигиенического изучения организации условий и режима учебных занятий с использованием компьютеров / Под ред. Г.Н. Сердюковской. - М., 1987. - 92 с.

111. Устройство, содержание организация режима детских оздоровительных лагерей СанПиН 2.4.4.3155-13 "Санитарно-эпидемиологические требования к

устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей".

112. Устюжанин С.Г. Физиологические особенности морфофункционального состояния центральной нервной и кардиореспираторной систем детей в условиях летнего оздоровительного центра: Автореф. дис. ... к.м.н.. - Тюмень, 2003.-23 с.

113. Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребѐнка в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2004. - № 35, ст. 3607.

114. Федеральный закон от 21 декабря 2004 № 170-ФЗ о внесении изменений в Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребѐнка в Российской Федерации». 179.

115. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. - М., 2000. - 584 с.

116. Фомин Н.А. Физиология человека. - 3-е изд. - М.: Просвещение; Владос, 1995.-416 с.

117. Фролов В.Г., Юрко Г.П. Физкультурные занятия на воздухе. - М.: Просвещение, 1983. - 192 с.

118. Фролова Т.В. Индивидуальная поддержка школьников // Воспитательная система школы: проблемы управления / Под ред. В.А. Караковского и др. – М.: 1997. – с.43–52.

119. Харченко О.А., Казыгашева А.А. Опыт использования детских стационаров в летнем оздоровлении детей // Вопросы современной педиатрии. - 2005. - Том 4. приложение 1. - С. 570.

120. Хрущев С.В. Двигательная активность детей и оздоровительная роль физкультуры // Вопросы охраны материнства и детства. - 1978. - № 2. -С. 62-66.

121. Хрущев СВ. Врачебный контроль за физическим воспитанием школь¬ников.- М: Медицина, 1980.- 223с.

122. Чекалова Н.Г, Силкин Ю.Р., Матвеева Н.А., Кузьмичев Ю.Г. Функциональные резервы организма детей и подростков. Методы исследования и оценки. - Н-Новгород: 2010.

123. Шарапова О.В., Корсунский А.А., Никольская Л.А., Конова С.Р. О проекте Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2004. - Т. 49. - №5. - С. 6-11.

124. Шарапова О.В., Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А. Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2004.- №1.- с.56-60.

125. Щеплягина Л.А. Факторы риска и формирования здоровья детей // Российский педиатрический журнал. - 2002. - № 2. - С 4-6. 180.

126. Ямпольская Ю.А. Изменения в силовых возможностях подростков в последние десятилетия (по данным кистевой динамометрии) // Здоровье и физическое воспитание детей и подростков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - М., 2003.- С. 167-168.

127. Ямпольская Ю.А. Оценка физического развития подрастающего поколения и еѐ место в диспансеризации детского населения // Здоровье населения и среда обитания. Информационный бюллетень. - 2003. - № 1. - С. 6-11.

128. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие в исследованиях НИИ гигиены детей и подростков. Подходы к стандартизации исследований и оценки. Физическое развитие детей и подростков во второй половине XX века // Актовая речь. - М., 2003.

129. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие и функциональные возможности подростков 15-17 лет, обучающихся в школе и профессиональном училище. Педиатрия. – 2007. - том 86(5). – с. 69-72.
130. Abelin Th . Positive indicators in health promotion and protection |//Wld Hlth stat. Rep. 1989. Vol. 39. №4 P 353-364.
131. American academy of pediatrics, committee on sports medicine and fitness, committee on school health. Physical fitness and activity in schools //Pediatrics. - 2000. - Vol. 105.-№5.-P. 1156-1157.
132. Andersen L.B. Tracking of risk factors for coronary heart disease from adolescence to young adulthood with special emphasis on physical activity and fitness. A longitudinal study //Dan. Med. Bull. - 1996. - Vol. 43. -№ 5. - P. 407-418.
133. Berntson G.G., Bigger J.T., Eckberg D.L. et al. Heart rate variability: origins, methods and interpretative caveats.//Psychophysiology 1997; 34: 632-648
134. Blair M Taking a population perspective on child health26 November 2005 BMJ (Medline) 129.
135. Blumberg S.J., Halfon N., Olson L.M. The national survey of early childhood health//Pediatrics-2004.-Vol. 113.-№ 6.-P. 1899-1906.
136. Bonny A.E., Britto M.T., Klostermann B.K. et al. School disconnectedness: identifying adolescents at risk //Pediatrics - 2000. - Vol. 106. - № 5. - P. 1017-1021.
137. Booth M.L., Okely O.D., Chey T., Bauman A. The reliability and validity of the physical activity guestions in the W1IO health behaviour in schoolchild- ren (HBSC) survey: a population study. /Br. J. Sports Med. – 2001. – 35. - 263¬267.
138. Brill P.A., Macera C.A., Davis D.R. et al. Muscular strength and physical function //Med. Sci. Sports. Exerc. - 2000. - Vol. 32. - № 2. - P. 412-416.
139. Claytor R.P., Cox R.H., Howley E.T., Lawler K.A., Lawler J.E. Aerobic power and cardiovascular response to stress //J. Appl. Physiol. - 1988. - Vol. 65.-№.3.-P. 1416-1423.

140. Duggan C. Nutrition in pediatrics. Питание в педиатрии: научные основы, клинические применения : basic science, clinical applications / C. Duggan, J. B. Watkins, W. A. Walker. - 3nd ed. - Hamilton : B.C. Decker Inc,2008. - 924 p. : ill. -Bibliogr. at the end of chapters. -Index: p. 889-923. Педиатрия). - Библиогр.: с. 219-222.

141. Frisk M. School achievement and school adaptation in children in relation to CNS development as assessed by a complex reaction time measured on school entry -a follow-up //Acta Paediatr. - 1993. - Vol. 82. - № 9. - P. 777¬782.

142. Guerra S., Ribeiro J.C., Costa R. Relationship between cardiorespiratory fitness, body composition and blood pressure in school children //J. Sports. Med. Phys. Fitness. - 2002. - Vol. 42. -№ 2. - P. 207-213.

143. Hasselstrom H., Hansen S.E., Froberg K., Andersen L.B. Physical fitness and physical activity during adolescence as predictors of cardiovascular disease risk in young adulthood. Danish youth and sports study. An eight-year follow-up study //Int. J. Sports. Med. - 2002. - Vol. 23.-№ l.-P. 27-31.

144. Janz K.F., Dawson J.D., Mahoney L.T. Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the muscatine study //Med. Sci. Sports. Exerc. - 2000. - Vol. 32. - № 7.-P. 1250-1257.

145. Koomen H.M., Hoeksma J.B. Regulation of emotional security by children after entry to special and regular kindergarten classes //Psychol. Rep. - 2003. - Vol. 93. - № 3. - Pt. 2. - P. 1319-1334.

146. Lefevre J., Philippaerts R., Delvaux I.C. et al. Relation between cardiovascu¬lar risk factors at adult age, and physical activity during youth and adult¬hood: the Teuven longitudinal study on lifestyle, fitness and health //Int. J. Sports. Med. - 2002. - Vol. 23. - № 1. - P. 32-38.

147. Mahan L.K. Krause`s food nutrition therapy [Текст] = Лечебное питание Краузе / L. K. Mahan, S. Escott-Stump. - 12 th ed. - St. Louis : Saunders Elsevier, 2008. - ill. - Bibliogr. at the end of chapters. - Index: p. 1305-1352.

148. Philip Graham Mental health must be» centre stage» in child welfare on 26 November2005 BMJ(pubmed) 132.
149. Samet J.M. Risk assessment and child health //Pediatrics - 2004. - Vol. 113. - № 4. - P. 952-956.
150. Snyderman R., Williams R.S. Prospective medicine: the next health care transformation//Acad. Med.-2003.-Vol. 78.-№ 1 l.-P. 1079-1084.
151. Twisk J.W., Kemper H.C., van Mechelen W. Tracking of activity and fit¬ ness and the relationship with cardiovascular disease risk factors //Med. Sci. Sports. Exerc. - 2000. - Vol. 32. -№8.-P. 1455-1461.

Приложение 1

«Утверждаю»
Директор ДОУ

_____
«___»_____2013 г.

Сестринская модель

профилактических мероприятий
в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей

2013 г.

П А С П О Р Т

сестринской модели профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей

Ответственный исполнитель программы	Частное ДОУ Муниципальное ДОУ
Цель модели	Повышение эффективности краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей в условиях летнего загородного оздоровительного учреждения.
Задачи модели	1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья детей. 2. Повышение эффективности работы медицинского персонала летнего загородного оздоровительного учреждения. 3. Разработка и реализация обучающей программы для медицинских сестер. 4. Разработка и реализация мероприятий по формированию ЗОЖ детей. 5. Оптимизация двигательной активности и питания детей в летнем загородном оздоровительном учреждении. 6. Повышение уровня здоровья детей (оценка ФРО).
Целевые индикаторы и показатели модели	1. Выраженный оздоровительный эффект, процент. 2. Уровень функциональных резервов организма детей, процент. 3. Жалобы на состояние здоровья, случаев на 100 детей. 4. Информированность по здоровому образу жизни, процент.
Этапы и сроки реализации модели	1 этап: май каждого календарного года. 2 этап: 1-2 день смены. 3 этап: 3-20 день смены. 4 этап: 20-21 день смены.
Объемы финансирования	Не предусмотрено
Ожидаемые результаты реализации модели	1. Выраженный оздоровительный эффект, 65 %. 2. Уровень функциональных резервов организма детей: доля неудовлетворительных результатов координаторных проб, 30%; доля неудовлетворительных результатов проб Штанге, 30%; доля неудовлетворительных результатов проб Генчи, 15%; доля неудовлетворительных оценок ФРО, 17%. 3. Жалобы на состояние здоровья, 20 случаев на 100 детей. 4. Информированность по здоровому образу жизни, 100 %.

План мероприятий («дорожная карта»)
ДОБО «Ласточка» и ДОЦ «Водопрь»
по реализации сестринской модели профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей

1. Основные направления

Одной из приоритетных задач государственной политики в области развития и совершенствования системы здравоохранения и концепции национальной безопасности является охрана и укрепление здоровья детей и подростков. В последнее десятилетие выявлена тенденция ухудшения состояния здоровья детей и подростков в России. Причин сложившейся ситуации несколько, и многие из них связаны с образом и условиями жизни в семье и школе: неполноценное питание, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе. Объем учебных программ, их информативная насыщенность часто не соответствуют функционально-возрастным возможностям школьников. До 80% учеников постоянно или периодически испытывают учебный стресс. Всѐ это в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности, оказывает негативное воздействие на развивающийся организм. Дефицит двигательной активности уже в младших классах составляет 35–40%, а среди старшеклассников – 75–85 процентов. К концу учебного года возрастает число школьников, с выраженным утомлением, напряжением психоэмоциональной сферы, истощением адаптационных резервов организма, уменьшение физической активности, что требует проведения оздоровительных мероприятий в летний период. Результаты исследования показали значительное неблагополучие в состоянии здоровья детей, поступающих в ДОБО Ласточка.

Детская оздоровительная база отдыха обладает необходимыми ресурсами для направленного оздоровления отдыхающих учащихся, проведения профилактических мероприятий, гигиенического обучения и воспитания,

формирования здоровьесберегающего поведения. Важнейшим ресурсом обеспечения качества медицинской помощи в детской оздоровительной базе отдыха является выполнение профилактических мероприятий сестринским персоналом.

Целью реализации «дорожной карты» является повышение эффективности краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей в условиях летнего загородного оздоровительного учреждения.

2. Основные задачи

Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья детей. Повышение эффективности работы медицинского персонала детской оздоровительной базы отдыха. Разработка и реализация обучающей программы для медицинских сестер. Разработка и реализация мероприятий по формированию ЗОЖ детей.

Оптимизация двигательной активности и питания детей в условиях летнего загородного краткосрочного отдыха. Повышение уровня здоровья детей (по динамике показателей ФРО).

3. Ожидаемые результаты

Улучшение состояния здоровья детей: снижение заболеваемости, улучшение показателей функциональных резервов организма и уровня физического развития.

Разработка и реализация плана мероприятий по повышению двигательной активности детей и подростков.

Разработка меню питания детей с учетом состояния здоровья и физической активности.

Разработка и внедрение цикла занятий с детьми и подростками по формированию здорового образа жизни.

Создание информационной среды ДОБО «Ласточка» по формированию ЗОЖ.

Формирование позитивного отношения детей к здоровому образу жизни

и навыков осознанного здоровьесберегающего поведения, что в свою очередь будет способствовать снижению заболеваемости детей.

Разработка шкалы оценки эффективности краткосрочного летнего оздоровительного отдыха.

4. Мероприятия по реализации сестринской модели профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей

№ п/п	Мероприятия	Ответственные исполнители	Сроки реализации	Ожидаемый результат (показатели)
1.	Формирование рабочей группы по разработке и реализации сестринской программы профилактических мероприятий в условиях краткосрочного летнего оздоровительного отдыха детей	Директор ДОБО «Ласточка» Директор ДОЦ «Водопрь»	Май, 2013	Утверждение состава рабочей группы
2.	Анализ действующих нормативных правовых актов, регулирующих вопросы организации летнего отдыха детей в летних оздоровительных учреждениях	Рабочая группа		Аналитическая справка
3.	Подготовка обучающей программы для медицинских сестер по формированию ЗОЖ у детей и подростков	Рабочая группа	Май 2013	Методические рекомендации
4.	Разработка плана культурно-досуговых мероприятий по формированию здоровьесберегающего поведения детей и подростков («Знаю и могу»)	Рабочая группа	Май 2013	План мероприятий
5.	Разработка плана спортивных мероприятий для детей и подростков различных групп здоровья («Спорт»)	Рабочая группа	Май 2013	План спортивных мероприятий
6.	Разработка курса лекций и практических занятий по формированию ЗОЖ у детей и подростков («Буду	Рабочая группа	Май 2013	Методические рекомендации

	здоровым»)			
7.	Подготовка бесед для встреч с родителями «Семья»	Медицинская сестра-координатор	Май 2013	Методические рекомендации – 2 темы
8.	Разработка примерного 14 дневного меню	Медицинская сестра по диетпитанию, шеф-повар	Май 2013	14-дневное меню, утвержденное органом Роспотребнадзора
9.	Анализ медицинских справок детей и подростков, прибывающих в ДОБО Оценка физического развития Оценка ФРО	Медицинская сестра	1-2 день каждой смены	Журнал медицинского осмотра детей
10.	Анализ состояния здоровья детей и здоровья, определение группы здоровья, определение групп для занятия физической культурой, назначение индивидуальных профилактических и оздоровительных мероприятий	Врач, медицинская сестра	1-2 день каждой смены	Журнал медицинского осмотра детей, карта здоровья ребенка
11.	Корректировка примерного 14 дневного меню с учетом врачебных рекомендаций	Медицинская сестра по диетпитанию	1-2 день каждой смены	Меню-раскладки
12.	Анкетирование детей «Самочувствие и жалобы»	Медицинская сестра	1-2 день каждой смены	Аналитическая справка
13.	Проведение рабочего совещания по реализации планов «Знаю и могу», «Спорт», «Буду здоровым»	Рабочая группа	2 день каждой смены	План работы на смену
14.	Реализация плана «Знаю и могу»	Медицинская сестра-координатор, вожатые, воспитатели	3-20 день каждой смены.	Отметка о выполнении
15.	Реализация плана «Спорт»	Медицинская сестра-координатор, вожатые, воспитатели, физкультурные работники	3-20 день каждой смены.	Отметка о выполнении
16	Реализация плана «Буду здоровым»	Медицинская сестра-координатор	3-20 день каждой смены.	Отметка о выполнении, анкета

				«обратной связи»
17.	Реализация индивидуальных оздоровительных мероприятий	Медицинская сестра-координатор	3-20 день каждой смены.	Профилактический листок
18.	Проведение встреч с родителями – беседы «Семья»	Медицинская сестра-координатор	3-20 день каждой смены.	Отметка о выполнении, анкета «обратной связи»
19.	Оценка физического развития и ФРО	Медицинская сестра, врач	20-21 день смены	Журнал медицинского осмотра детей. Медицинская справка на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь Ф №079/у.
20.	Анкетирование детей «Самочувствие и жалобы»	Медицинская сестра	20-21 день каждой смены	Аналитическая справка
21.	Оценка эффективности выполнения программы	Медицинская сестра-координатор	20-21 день каждой смены	Аналитическая справка

Приложение 2

Должностная инструкция медицинской сестры - координатора в детском загородном оздоровительном учреждении

I. Общие положения

1. Медицинская сестра-координатор по специальности «сестринское дело» относится к категории руководителей.

2. На должность медицинской сестры-координатора назначается лицо, имеющее высшее сестринское медицинское образование.

3. Назначение на должность медицинской сестры-координатора и освобождение от нее производится приказом руководителя учреждения.

4. Медицинская сестра-координатор должна знать:

4.1. Законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты по вопросам охраны здоровья детей.

4.2. Теоретические и организационные основы санитарно-эпидемиологической службы.

4.3. Правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

4.4. Порядок составления графиков работы и расстановки среднего и младшего медицинского персонала.

4.5.Технологии проведения просветительской работы среди детей и подростков и мотивацию их к ведению ЗОЖ.

4.6. Основы гигиенической подготовки воспитанников.

5. Медицинская сестра-координатор подчиняется непосредственно руководителю учреждения.

6. На время отсутствия медицинской сестры-координатора (отпуск, болезнь, пр.) ее обязанности исполняет лицо, назначенное приказом руководителя учреждения.

II. Должностные обязанности

Медицинская сестра – координатор детского загородного оздоровительного учреждения:

1.Обеспечивает организацию труда среднего и младшего медицинского персонала.

2. Проводит обучение медицинских сестер по реализации сестринской программы профилактических мероприятий.

3. Осуществляет планирование профилактических и оздоровительных мероприятий.

4. Обеспечивает организацию проведения профилактических и оздоровительных мероприятий для конкретной смены.

5. Проводит коррекцию деятельности медицинских работников в зависимости от изменяющихся условий пребывания детей в учреждении.

6. Обследует детей в начале заезда и по его завершению по специально разработанному алгоритму.

7. Контролирует выполнение сестринской программы профилактических мероприятий и оценивает ее результативность.

8. Заполняет специально разработанную справку, отражающую результаты обследования с рекомендациями для родителей, включающую организацию питания, двигательную активность и гигиенические процедуры.

III. Права

Медицинская сестра-координатор детского загородного оздоровительного учреждения имеет право:

1. Участвовать в разработке и согласовании программы профилактических и оздоровительных мероприятий для детей, находящихся в загородных стационарных учреждениях отдыха, с врачами, педагогами, физкультурными работниками и проводить обучение медицинских сестер принципам осуществления сестринской программы профилактических мероприятий.

2. Вносить на рассмотрение руководства детского загородного оздоровительного учреждения предложения по совершенствованию качества профилактических и оздоровительных мероприятий отдыхающим детям.

3. Требовать от руководства детского загородного оздоровительного учреждения оказания содействия в исполнении своих должностных обязанностей и прав.

6. Принимать участие в работе совещаний, конференций, секций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к профессиональной компетенции.

IV. Ответственность

Медицинская сестра-координатор несет ответственность:

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией - в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности - в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

3. За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.