

МЕДИЦИНСКИЕ И ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

В.Р. Тесленко, Ю.А. Тюков, А.И. Пластовец

Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

Формирование здорового образа жизни среди школьников должно строиться, прежде всего, на профилактике вредных привычек, и в первую очередь курения табака, поскольку другие вредные привычки начинают формироваться позже и имеют более узкий круг потребителей. Только комплекс общественно-семейных мероприятий, направленных на противодействие вредным привычкам или более узко на отказ от курения могут способствовать формированию и распространению здорового образа жизни среди школьников.

Ключевые слова: образ жизни, курение, профилактика.

Опыт реализации различных профилактических программ, предназначенных для детской и подростковой аудитории, показал их низкую эффективность, что связано с использованием устаревших форм и методов и, что не менее важно, примером курящих родителей. Это нивелирует любые школьные или общественные антитабачные и антиалкогольные мероприятия [2, 3].

Разработке комплекса мероприятий по основным направлениям формирования здорового образа жизни должна предшествовать оценка уровня профессиональной подготовки специалистов, в чьи функциональные обязанности входит работа по санитарно-гигиеническому обучению и воспитанию организованных контингентов детей и подростков, т. е. педагогов и педиатров.

Исследование уровня профессиональной подготовки учителей и медицинских работников по вопросам санитарно-гигиенического обучения и воспитания, в том числе по проблеме здорового образа жизни, показало, что 90,0 % учителей городских и 96,5 % сельских школ имеют стаж работы более пяти лет. Среди медицинских работников доля специалистов со стажем менее пяти лет 95,0 % и 91,5 % соответственно. Продолжительный профессиональный стаж свидетельствует о том, что работник должен был овладеть приёмами и навыками воспитательной работы и в том числе по санитарно-гигиеническому обучению [1].

Вместе с тем, стаж работы более 20 лет (64,5 % педагогов городских и 61,0 % сельских школ, а также 62,0 % врачей городских и 65,5 % сельских лечебно-профилактических) свидетельствует о том, что обследованные не получили современных, полных и системных знаний о здоровом образе жизни, так как данная тема не входила в учебную программу вузов до конца 80-х годов.

У 5,5 % педагогов городских и 15,5 % сельских школ, а также у 12,5 % врачей городских и 12,0 % сельских ЛПУ, чей стаж находится в пределах от 16 до 20 лет также могут быть пробелы

по данным знаниям, поскольку вопросы здорового образа жизни только начинали внедряться в вузовскую программу обучения на момент окончания ими учебных заведений.

Доля же респондентов, имевших возможность получить системные знания о здоровом образе жизни, во всех четырёх совокупностях невелика и не превышает пятой части от обследованного контингента.

В этих условиях особую значимость приобретают тематические циклы повышения квалификации по методике гигиенического обучения или здоровому образу жизни. Однако подобные циклы повышения квалификации прошли лишь отдельные медицинские работники (2,5 % врачей городских и 1,5 % сельских ЛПУ).

Для педагогов обеих обследованных территорий – Карталинского городского округа и Нагайбакского муниципального района подобные циклы отсутствовали полностью, а необходимые знания могли быть получены на единичных лекциях, посвящённых какой-либо проблеме: курению, пьянству и т. д., в циклах общего усовершенствования (17,5 % учителей сельских и 25,5 % городских школ).

Таким образом, у большинства обследованных знания о пропаганде здорового образа жизни и современных методах санитарно-гигиенического обучения нельзя признать результатом профессионального академического образования, так как они являются разрозненными и несистемными представлениями.

В вопросе противодействия курению табака большое значение имеют антитабачные традиции учителей и медицинских работников, которые сформированы у представителей старшего поколения. Более 80,0 % обследованных учителей и 72,0 % медицинских работников, из которых две трети старше 40 лет, чьё детство и юность пришлись на тот период, когда женское курение порицалось в обществе, имеют устойчивые антита-

Проблемы здравоохранения

котинные традиции. При этом курящие учителя (20,0 %) в школе не курят. Зато 27,5 % курящих медицинских работников имеют привычку курить в лечебно-профилактических учреждениях.

Важнейшей задачей санитарно-просветительской работы по здоровому образу жизни следует считать обучение населения принципам его формирования, о которых по субъективной оценке самих респондентов имеют полное представление лишь каждый второй из учителей городских и 45,0 % учителей сельских школ, а также половина медицинских работников обследованных территорий. Несмотря на низкую осведомлённость в вопросах методики формирования навыков здорового образа жизни школьников, 38,0 % педагогов не контактируют с медицинскими работниками по этой проблеме.

Для выяснения действительного уровня санитарной грамотности по вопросам здорового образа жизни респондентам был предложен открытый вопрос анкеты, который предлагал перечисление основных элементов здорового образа жизни.

Результаты исследования продемонстрировали то, что лишь 13,2 % учителей городских и 9,5 % сельских школ, а также 28,0 % врачей городских и 22,5 % сельских ЛПУ имеют полное представление о содержании здорового образа жизни, что составляет небольшую часть из тех, кто считает себя компетентным в данном вопросе. Обращает на себя внимание тот факт, что исчерпывающие знания по данному вопросу продемонстрировали только врачи центров здоровья. Ещё 9,5 % городских и 9,5 % сельских педагогов и 14,0 % городских и 12,5 % сельских педиатров затрудняются с определением хотя бы одного элемента здорового образа жизни. Более половины респондентов всех четырёх контингентов не могут воспроизвести и половины элементов здорового образа жизни. У оставшихся респондентов имеются представления лишь об одном элементе здорового образа жизни, чаще всего об отказе от вредных привычек. Причём в этой группе респондентов педагогов в четыре раза больше, чем медицинских работников.

В целом, несмотря на относительное превосходство более осведомлённых по данной проблеме медицинских работников, уровень грамотности по здоровому образу жизни следует считать недостаточным для проведения эффективного воспитания. Необходимо отметить, что специалисты, проживающие в городских округах, не имеют преимуществ в оценке здорового образа жизни перед своими коллегами в муниципальных районах.

При исследовании взаимосвязи длительности педагогического стажа и наличия исчерпывающих знаний элементов здорового образа жизни выявлена сильная прямая корреляционная зависимость ($r = +0,74 \pm 0,06$), но только для респондентов, имеющих стаж работы от 11 до 15 лет. Ни один

педагог с меньшим или большим стажем не имеет исчерпывающего представления по данному вопросу.

Исследование взаимосвязи продолжительности медицинского стажа и наличия исчерпывающих знаний элементов здорового образа жизни у врачей выявило слабую прямую корреляционную зависимость ($r = +0,4 \pm 0,06$). В среде медицинских работников лица с полной осведомлённостью в данном вопросе распределялись по всей вероятности вследствие их личных интересов и опыта, вне явной зависимости от стажа работы.

Более 62 % педагогов, которые работают в контакте с медицинскими работниками по вопросам формирования здорового образа жизни и в частности противодействия вредным привычкам школьников, отдают предпочтение традиционным аудиторным методикам воспитания. Однако предпочтения у педагогов городских и сельских школ различаются.

Так педагоги городских школ чаще прибегают к беседам с учениками на темы здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, в том числе курения табака (50,0 %); классным часам по проблеме курения школьников (25,0 %); тематическим диспутам (10,0 %); родительским собраниям (8,0 %) и в малой степени (по 2,0 %) выставкам и посещениям на дому. Всего 1,0 % учителей используют собственные аргументы в пользу отказа от курения, несмотря на то, что некурящие педагоги составляют большинство.

Оставшиеся городские учителя под различными предлогами уклоняются от проведения мероприятий по профилактике вредных привычек среди школьников. Набор форм санитарно-гигиенического обучения у педагогов сельских школ значительно уже. Главное место в нём занимают лекции приглашенных специалистов (чаще всего тех же врачей), далее идут беседы с учениками на темы здорового образа жизни, отказа от вредных привычек (35,0 %), третье место занимают низкие по эффективности анкеты по вопросам здорового образа жизни (10,0 %) и реже всего педагоги прибегают к помощи родительских собраний.

Таким образом, используется типичный традиционный набор форм санитарно-гигиенического обучения, доказавший свою полную беспомощность в противодействии всем вредным привычкам, в том числе курению. Отсутствуют индивидуально ориентированные мероприятия по противодействию развитию вредных привычек.

Медицинские работники в проводимых мероприятиях по формированию здорового образа жизни среди школьников используют в основном также аудиторные, коллективные формы работы, являющиеся малоэффективными для решения данной проблемы. Особенности их работы следующие: во-первых, в арсенале отмечается существенно меньший набор форм работы по санитарно-

гигиеническому обучению, чем у педагогов; во-вторых, отмечается превалирование лекций (80,0 %) над другими формами санитарно-гигиенического просвещения; в-третьих, беседы, в основном проводимые в лечебно-профилактических учреждениях на приёме у врача, кстати, это единственная индивидуальная форма воздействия на курящего школьника.

Естественно, что формирование здорового образа жизни школьников невозможно без привлечения к этой работе их родителей. Однако тесный контакт с семьями своих учеников отмечается только в 40,9 % случаев у педагогов городских и у 38,9 % сельских школ. 28,1 % и 21,2 % учителей соответственно имеют несистематические контакты с родителями своих учеников. Чаще всего эти контакты происходят после дисциплинарных нарушений со стороны школьников. Оставшаяся часть педагогов ведёт себя пассивно, дожидаясь, когда к ним обратятся родители сами, и в результате могут вообще отсутствовать даже единичные контакты с семьями учащихся.

В проведении работы по противодействию курению вклад медицинских работников можно было бы считать более высоким, чем педагогов, так 71,0 % врачей городских и 65,5 % сельских ЛПУ обсуждают проблему курения и с родителями школьников. Однако участие педиатров в обсуждении вопросов курения снижается с переходом школьника из класса в класс, поскольку старшеклассники редко приходят на приём к врачу с родителями. Поэтому в периоды, когда доля курящих школьников возрастает, тесного контакта врача и родителей по вопросам отношения к табакокурению не возникает.

Невысокая степень участия большинства работников системы образования и здравоохранения в проведении мероприятий по санитарно-гигиеническому обучению и воспитанию здорового образа жизни следует расценивать как резерв в решении данного вопроса.

Несмотря на всё высказанное, отмечается высокая заинтересованность педагогических работников в освоении новых эффективных форм противодействию вредным привычкам, так 95,5 % врачей городских и 96,0 % сельских ЛПУ убеждены в необходимости проведения подобной работы в школе. Каждый десятый педагог сельских школ и 12,5 % учителей городских школ предлагают передать эти функции медицинским работникам или возлагают надежды на введение нового предмета, а значит новой учебной программы и издание учебника.

По мнению одного из трёх опрошенных педиатров сельских и 25,5 % городских ЛПУ санитарно-гигиеническая работа по противодействию курению слабо поддерживается территориальной администрацией.

Анализ рекомендаций по улучшению работы

в вопросах формирования семейных антитабачных установок при существующем уровне компетенции и самооценки медицинских работников дали достаточно спорные результаты. В 30,0 % ответов предлагается выход в увеличении количества лекций, т. е. предпочтение образовательной формы работы вместо воспитательных форм. В 5,0 % рекомендаций предлагают формировать у школьников навыки здорового образа жизни и столько же – изменять взгляды детей на курение, не осознавая, что это есть цель работы, в то время как речь идёт о средствах её достижения, и 2,0 % ответивших указывают на возможность отказа от курения с улучшением бытовых условий.

Только 53,0 % предложений могут считаться конструктивными. Так, в 13,0 % из них говорится, что необходимы беседы специалистов по лечению табачной зависимости у школьников. Для усиления наглядности антитабачной пропаганды 10,0 % рекомендуют приобретение видеоматериалов на эту тему, 5,0 % возлагают надежды на возвращение в школьную программу курса валеологии и 2,0 % отдают предпочтение новой специальной литературе. Лишь 18,0 % видят то, что альтернативой курению является спорт и для этого необходимо улучшение материальной базы спортивных секций и школ.

Работа по эффективному противодействию негативным особенностям, мешающих формированию здорового образа жизни, и в частности антитабачных установок в семьях школьников, а также выявленные недостатки профессиональной подготовки педагогов и педиатров в данном вопросе могут быть устранены с помощью комплекса первоочередных мероприятий:

1) передача функций отделений медицинской профилактики муниципальным центрам здоровья и развёртывание на их базе учебно-методического отделений;

2) для обеспечения территориальной доступности центров здоровья открыть на базе офисов врачей общей практики мини-центры и создать «Мобильный центр здоровья» муниципального района;

3) направление наркологов городского округа и муниципального района на цикл общего усовершенствования по лечению табачной зависимости;

4) переориентирование посетителей центров здоровья на посещение центра с членами семьи, и в случае, когда курящий член семьи хочет избавиться от вредной привычки, заменяем индивидуальный «Паспорт здоровья» на «Паспорт здоровья семьи»;

5) продолжение индивидуально ориентированной работы медицинских работников первичного звена здравоохранения со школьниками по формированию антитабачных установок.

Первоочередные задачи совершенствования

Проблемы здравоохранения

педагогического направления в формировании и воспитании здорового образа жизни:

1) тематические циклы повышения квалификации педагогов школ, преподавателей физкультуры и тренеров по вопросам формирования здорового образа жизни, семейных антитабачных установок;

2) тестирование школьников для выяснения мотивов курения и степени никотиновой зависимости и формирование целевых групп для выбора стадии никотиновой зависимости и выбора модели оказания антиникотиновой терапии;

3) индивидуальная работа с каждым курящим школьником и его родителями.

Закономерно, что реализация названных мероприятий требует дополнительных усилий и финансовой поддержки со стороны администраций муниципальных образований, что выражается в принятии профилактических программ, организационной и координирующей помощи. В целом

весь комплекс мероприятий муниципальной администрации представляется как отдельное направление формирования здорового образа жизни школьников.

Литература

1. *Вторичная профилактика курения среди подростков – важный путь снижения частоты курения среди взрослого населения / А.А. Александров, М.Б. Котова, В.Б. Розанов и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – № 6. – С. 36–38.*

2. *Шафигов, М.М. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака / М.М. Шафигов. – Женева, 2003. – 20 с.*

3. *Шафигов, М.М. Проблемы санитарно-гигиенического воспитания антиникотиновых традиций сельских школьников / М.М. Шафигов // Здравоохранение на путях его устойчивого развития. – Челябинск, 2006. – С. 227–232.*

Поступила в редакцию 23 сентября 2012 г.