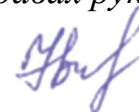


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Бирюкова Наталья Викторовна

**Интегративная модель формирования культуры здоровья
подростков на этапе предпрофессионального медицинского
образования**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Хальфин Руслан Альбертович

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	21
1.1. Методологические подходы к оценке культуры здоровья	21
1.2. Нормативные правовые акты охраны здоровья подростков в Российской Федерации	29
1.3. Современные проблемы состояния здоровья подростков в России и за рубежом	43
1.4. Предпрофессиональное медицинское образование в России и зарубежом	54
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	66
2.1. Характеристика базы исследования	66
2.2. Методика и этапы исследования	72
2.3. Статистическая обработка данных и определение их достоверности	86
ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАТЫ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ПРЕДПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	93
3.1. Социально-гигиеническая характеристика подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	93
3.2. Распространенность факторов риска нарушения здоровья и отклонений в состоянии здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и их родителей по данным опроса	99
3.3. Характеристика заболеваемости по данным обращаемости подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	110
3.4. Интегративная оценка состояния культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	114

ГЛАВА 4. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ПРЕДПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	129
4.1. Характеристика заболеваемости по данным обращаемости подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с учетом уровня культуры здоровья	129
4.2. Качество жизни подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	135
4.3. Взаимосвязь культуры здоровья с жизнедеятельностью у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	142
ГЛАВА 5. РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДУНИВЕРСАРИЕВ В ФОРМИРОВАНИИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ	148
5.1. Характеристика факторов, влияющих на формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	148
5.2. Значимость факторов в формировании культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	165
ГЛАВА 6. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО- ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ПРЕДПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	176
6.1. Программа и комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	176
6.2. SWOT – анализ программы формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	180

6.3. Разработка методики интегративной оценки состояния культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	194
6.4. Эффективность внедрения программы медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	203
6.5. Оценка раскрытия потенциала культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	214
6.6. Динамика состояния культуры здоровья выпускников школ, профессионально ориентированных к медицине, в ходе обучения в медицинском вузе	222
6.7. Экономическая эффективность внедрения предложений по совершенствованию организации мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	247
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	256
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	261
ВЫВОДЫ	263
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	268
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	272
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	273
ПРИЛОЖЕНИЕ А	334
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	350
ПРИЛОЖЕНИЕ В	367
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	370
ПРИЛОЖЕНИЕ Д	380
ПРИЛОЖЕНИЕ Е	419

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В Российской Федерации вопросы кадрового обеспечения здравоохранения являются одной из приоритетных организационных проблем, требующих безотлагательного и комплексного решения, что в целом соответствует мировым тенденциям в медицинской отрасли (Зудин А.Б., 2017; Александрова О.Ю. и соавт., 2020; Линденбратен А.Л. и соавт., 2022; Бескаравайная Т., 2024).

Доказательством актуальности и значимости данной проблемы является то, что кадровая политика в медицинской области является объектом пристального внимания высших органов власти страны. Так, Министерством здравоохранения РФ разработан проект Стратегии развития медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2025 года, работа по ликвидации проблемных вопросов в медицинском образовании и сложившегося дефицита медицинских кадров осуществляется в ходе реализации Национального проекта «Здравоохранение» (2019–2024 гг.) в который входит проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

О важности разработки данного направления также свидетельствует увеличение числа работ, выполненных в последние годы, по проблемам обеспечения медицинскими кадрами отрасли здравоохранения (Касимовская Н.А., 2023; Коробкова О.К., 2023; Шепелева О.М. и соавт., 2024; Снегирева Ю.Ю., 2023; Канева Д.А. и соавт., 2024).

При этом указанная проблема рассматривается с учетом разных аспектов: с позиции мотивации, выбора и адаптации учащейся молодежи к будущей трудовой деятельности в области медицины (Шаповалова И.С. и соавт., 2023; Ельцов А.В. и соавт., 2024; Романова Т.Е. и соавт.); удержания кадров в отрасли (Кожуханов С.М. и соавт., 2020; Сенченко А.Ю. и соавт., 2024); улучшение условий труда

медицинских работников (Карамова Л.М. и соавт., 2021; Обухова О.В. и соавт., 2024); совершенствования непрерывного медицинского образования (Снегирева Ю.Ю., 2021, 2023; Мирошниченко А.Г. и соавт., 2022); повышения качества предоставляемых услуг в области здравоохранения (Исаенкова Е.А. и соавт., 2023; Мушников Д.Л. и соавт., 2024; Русских Т.Н. и соавт., 2024); управления кадровыми ресурсами (Клепач А.Н. и соавт., 2023, Манерова О.А. и соавт., 2020); организационных юридических и экономических вопросов (Давыдович А.Р. и соавт., 2022; Соболев К.Э. и соавт., 2023; Дулич Л.М. и соавт., 2024 и др.).

Многие исследователи указывают, что среди медицинских работников распространены факторы нездорового образа жизни, невнимательного отношения к собственному здоровью (Труфанова Н.Л. и соавт., 2018; Аленицкая М.В. и соавт., 2023; Набережная Ж.Б. и соавт., 2023; Поволоцкая Н.В. и соавт., 2023 и др.).

Однако именно медицинские работники призваны быть в этих вопросах образцом, референтной группой для своих пациентов. Это определяет необходимость формирования культуры здоровья медицинских работников на всех этапах профессионального становления, в том числе на предпрофессиональном.

Формирование кадров системы здравоохранения начинается на уровне предпрофессиональной подготовки через реализацию концепции «Школа – Университет – Клиника». В качестве обязательного условия эффективной и продолжительной трудовой деятельности выступает не только осознанный выбор медицинской профессии молодых людей, но и их состояния здоровья. Сегодняшние подростки составляют важный трудовой и интеллектуальный потенциал государства и общества.

Учитывая высокую социальную значимость, детальное исследование здоровья подростков становится одной из главных задач в системе здравоохранения нашей страны (Абаскалова Н.П., 2001; Решетников В.А. и соавт., 2023).

Необходимо отметить определенную недостаточность исследований, включающих изучение аспектов процесса формирования у молодежи, ориентированной на медицинское образование, мотивации к сохранению здоровья и роли культуры здоровья в его сохранении на этапе предпрофессионального образования.

Обобщение опыта и проведенный анализ показывает необходимость разработки универсальной и адекватной, стоящим задачам, системы медико-социальных мероприятий, а также методики и механизма мониторинга культуры здоровья подростков, обладающих высоким адаптивным потенциалом и возможностью модифицироваться под любые группы подростков.

Таким образом, для улучшения организации формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования необходим углубленный научный поиск нестандартных подходов к этим проблемам.

Степень разработанности темы исследования

Теоретико-методическую базу исследования составили фундаментальные работы Апанасенко Г.Л., 1985; Зайцева Г.К., 1998; Абаскаловой Н.П., 2021; Антоновой Е. В., 2011 и др.

В современной научной литературе рассматриваются различные аспекты кадрового обеспечения в здравоохранении, такие как организационные (Линденбрaten А.Л. , 2022; Парфенов О.Г. и соавт., 2022; Клепач А.Н., 2023; Маньшина А.В., 2023; Решетников В.А. и соавт., 2023, Тимурзиева А.Б., 2024, Манерова О.А и соавт., 2024 и др.), экономические, демографические, профессиональные и медико-социальные (Хальфин Р.А., 2020, 2023; Пивень ДВ., 2022; Касимовская Н.А., 2023; Соболев К.Э., 2023; Волнухин А.В., 2024 и др.).

Принципы формирования профессиональной культуры, в том числе и культуры здоровья, медицинских работников на до- и последипломном этапах их

профессионального развития затрагивали следующие авторы: Пацеева А.Г., 2014; Абакарова Э.Г. и соавт., 2023; Набережная Ж.Б. и соавт., 2023, в том числе – в ее этическом аспекте (Дамулин И.В. и соавт., 2020; Ibragimov D. et al., 2023; Омеличкин О.В., 2024).

Вопросам культуры сохранения собственного здоровья студентов медицинских вузов и медицинских работников посвящены работы Улановой Н.Н. и соавт., 2015; Армашевской О.В. и соавт., 2023; Поволоцкой Н.В. и соавт., 2023; Канакиной Т. А. и соавт., 2024.

Изучению феномена культуры здоровья подростков посвящены труды наших соотечественников: Трещевой О.Л., 2003; Сорокина И.А. и соавт., 2004; Кожановым В.В., 2006; Гаркуши Н.С., 2007; Бондина В.И. и соавт., 2018; Галкина К.А., 2023; Токарев А.Ю., 2024 и др.

Отдельные труды рассматривают факторы риска состоянию здоровья подростков. Так работы Сетко Н.П. с соавт., 2005; Кучмы В.Р. с соавт., 2017; Ardic A & Erdogan S., 2017 и др., рассматривают проблему с позиции влияния факторов школьного обучения.

Влиянию микро- и макросоциальной среды посвящены исследования Garro L.C., 2000; Волокитиной Т.В., 2002; Журавлевой М.С. и Сетко Н.П., 2009; Свиридовой Т.В. и соавт., 2023 и др.

С позиции медико-социальных и медико-биологических факторов природы затрагивают проблему здоровья подрастающего поколения Мартыненко А.В., 1988; Отравенко Е.В. 2008; Ибрагимова Е.М. и соавт. 2013; Баранов А.А. и соавт, 2014; Patton G.C. et al., 2016; Liu L. et al., 2022 и др.

Однако, анализ литературы показал, что выполненные исследования оставляют открытым вопрос формирования и объективной оценки культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

Цель и задачи исследования

Научно обосновать и разработать интегративную модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

Цель исследования определила следующие задачи исследования.

1. Изучить распространенность факторов риска нарушения здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

2. Дать характеристику условий и факторов формирования культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

3. Разработать и научно обосновать комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, оценить его эффективность.

4. Разработать методику интегративной оценки и оценить состояние культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

5. Предложить научно обоснованную систему мониторинга оценки эффективности комплекса мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

Научная новизна

Проведено комплексное изучение условий формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования:

- установлена распространенность факторов риска нарушения здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования;

- выявлены особенности знаний, представлений, установок, мотивации, образцов в культуре здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и установлены социально-гигиенические факторы, возникающие со стороны медицинской, социальной и образовательной среды, определяющие готовность подростков к формированию высокого уровня культуры здоровья. Определён вклад культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования на уровень их заболеваемости и успешность обучения;

- научно обоснован, разработан комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и оценена его эффективность;

- предложена методика интегративной оценки культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования;

- установлены факторы, определяющие формирование мотивационных установок у подростков на формирование культуры здоровья и факторы, определяющие эффективность коррекции исходного уровня культуры здоровья, разработана стратегия управления этими факторами и тактика ее реализации.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные данные об установках и их влиянии на подростков, обучающихся в образовательных учреждениях, реализующих медицинское предпрофессиональное образование, при формировании культуры здоровья, могут явиться основой стратегического планирования контингента обучающихся в организациях высшего профессионального образования, осуществляющих подготовку специалистов в области медицины, с целью развития высокой культуры здоровья будущих работников сферы здравоохранения.

Результаты исследования, доказывающие различие социально-гигиенических характеристик, образа жизни, сформированности культуры здоровья у лиц, планирующих и не планирующих поступление в образовательную организацию высшего профессионального образования, осуществляющую подготовку врачебных кадров в системе здравоохранения, могут быть использованы при создании системы регулярного мониторинга культуры здоровья и факторов, его определяющих.

Установленные данные о степени и характере влияния культуры здоровья подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования на уровень их заболеваемости и успешность обучения могут стать основой для формирования целевых образовательных программ, а также межсекторальных программ государственно-частного партнерства.

Результаты диссертационного исследования могут быть использованы на этапе предпрофессионального медицинского образования, при разработке программ, учебных курсов, спецкурсов, проектно-исследовательской деятельности, учебно-производственных практик, учебно-методических пособий для использования их при формировании культуры здоровья подростков, как будущих специалистов в области медицины и здравоохранения.

Разработанный, в ходе диссертационного исследования, комплекс медико-социально-образовательных мероприятий, обеспечивающих формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, основывается на учете условий и факторов, оказывающих влияние на формирование культуры здоровья среди подростков. Он позволит повысить точность прогнозирования и планирования финансовых затрат на этапе получения ими высшего образования в медицинских вузах. В частности, повышение уровня здоровья будущих медицинских работников снижает риск их болезней, что позволяет экономить на лечении и обеспечивать более стабильный кадровый потенциал. А также будет способствовать обеспечению медицинских

организаций мотивированным и готовым, к эффективной и продолжительной будущей трудовой деятельности в области медицины, персоналом.

Предложенная методика интегративной оценки культуры здоровья будет способствовать научно обоснованному, целенаправленному и систематическому воздействию на подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, с целью выработки у них норм поведения, обеспечивающих высокий уровень культуры здоровья, с целью повышения профессионально-личностной культуры будущих медицинских работников.

По результатам проведенного исследования создана «База данных мониторинга социокультурных факторов здоровья и здравоохранения», получено Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2024622210 (дата государственной регистрации в Реестре баз данных 22 мая 2024 г.).

Методология и методы исследования

План и программа исследования опирались на использование комплекса методов: библиографический, информационный и семантический поиск, аналитический, выкопировка данных из первичной документации, социологический (анкетный опрос), статистический, моделирования, SWOT-анализа.

Для выявления достоверных различий между изучаемыми признаками, проверки нормальности распределения и других математических и статистических расчётов был использован набор функций программ Excel (Microsoft Office® Excel® 2019, Microsoft Corporation, USA) и Statistics 23/0 (IBM Corporation, USA). Количественные данные представлены с указанием абсолютных значений и процентных долей. Для проверки достоверности разницы средних между изучаемыми показателям был использован «критерий Стьюдента» (в отсутствии нормального распределения – Манна-Уитни). Для изучения силы и направления взаимосвязи между изучаемыми параметрами применяли метод

ранговой корреляции Спирмена. Статистическую значимость различий качественных признаков проводился с использованием Критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса. Анализ колебаний в ряду динамики заболеваемости проведен с использованием расчета автокорреляции уровней временного ряда. Уровень значимости был установлен как $p < 0,05$. Прогностическая значимость факторов определялась методом нормированных интенсивных показателей (НИП) и весового индекса [319].

Положения, выносимые на защиту

1. Распространенность факторов риска нарушения здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования свидетельствует о необходимости разработки дифференцированных подходов к реализации и оценки эффективности медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков.

2. Качественный мониторинг эффективности комплекса мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, базируется на интегративной оценке состояния культуры здоровья, в основе которой лежит учет условий и факторов ее формирования – основных компонентов поведения подростков по отношению к собственному здоровью: физического; психического; социального и духовного.

3. Эффективная реализация модели формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования основывается на комплексе медико-социально-образовательных мероприятий, включающих в себя: оценку ключевых факторов и рисков, образовательного процесса, быта и отдыха, оказывающих влияние на культуру здоровья среди подростков; определение начального и конечного уровней культуры здоровья у подростков при их поступлении и окончании образовательной организации (Прединверсария), путем проведения мониторинга состояния культуры здоровья,

включая анализ общего самочувствия, распространенности хронических и актуальных заболеваний, повседневных привычек, условий жизни, а также уровня вовлеченности в учебные и физические активности; выявление принципиальных потребностей в контексте пропаганды здорового образа жизни среди молодежи; реализацию программ медицинского, оздоровительного и психолого-педагогического направления, нацеленных на формирование у подростков понимания важности здорового образа жизни; стимулирование сотрудничества с родительской общественностью в целях повышения осведомленности и направленности на здоровый образ жизни в рамках семейных ценностей.

4. Состояние культуры здоровья подростков, закончивших обучение в общеобразовательных организациях, реализующих предпрофессиональное образование в области медицины и получающих высшее образование в области здравоохранения, характеризуется высоким уровнем, выражающимся в меньшей заболеваемости по сравнению со студентами, являющимися выпускниками непрофильных школ.

5. Сущностное содержание культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, представляет собой единство медико-образовательной деятельности и модели поведения, отражающей образ жизни подростков, проявляющееся в степени формирования представления о здоровье и здоровом образе жизни и осознании основных возможностей собственного организма, понимании и принятии ответственности за состояние собственного здоровья, а также уровне знаний о способах улучшения и сохранения здоровья, развития навыков психофизиологической саморегуляции и самоконтроля, способности отказа от вредных привычек.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные разработки диссертационного исследования соответствуют пунктам паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье,

организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки):

п. 3. Исследование теоретических и практических проблем охраны здоровья населения, определение закономерностей формирования популяционного и группового здоровья;

п. 8. Изучение роли социально-гигиенических факторов в формировании здоровья отдельных однородных групп населения с целью разработки оздоровительных программ и мероприятий по совершенствованию профилактического направления системы здравоохранения;

п. 9. Образ жизни отдельных групп населения и его значение в формировании здоровья населения. Изучение качества жизни и здоровья, определение критериев оценки качества жизни. Разработка профилактических программ оздоровления населения с использованием рекомендаций по здоровому образу жизни.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов исследования обеспечивается использованием совокупности валидных методов исследования, адекватных поставленным целям и задачам. Научные положения, выводы и рекомендации подтверждаются использованием достоверных информационно-аналитических источников, оригинальных источников официальной статистики, отечественных и международных баз данных по исследуемой проблеме. Репрезентативность данных обеспечивается адекватным расчетом необходимого размера выборки подростков и их родителей (законных представителей), значительным объемом собранной информации и базы статистических данных. Обработка результатов диссертационного исследования осуществлялась методами биостатистики с использованием пакета статистических программ.

Основные выводы исследования прошли должную апробацию в процессе исследовательской работы, проводимой непосредственно автором как в

Ресурсном центре «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» Сеченовского Университета, так и в его филиалах в городах: Брянск, Магадан, Петропавловск-Камчатск, Калуга, Сыктывкар.

Результаты исследования по совершенствованию медико-организационной технологии формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования внедрены в деятельность Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также используются в учебном процессе ведущих медицинских вузов России.

Результаты исследования отражены в научных статья и докладах на конференциях различного уровня: XII международная научно-практическая конференция, тема выступления «Формирование мотивации здоровьесберегающих и профессиональных ориентиров у подростков в современном образовательном пространстве», (Россия, г. Воронеж, 2020 г.); VI Всероссийская научно-практическая конференция «Антропные образовательные технологии в сфере физической культуры» (Россия, г. Нижний Новгород, 30–31 марта 2020 г.); Мининский университет тема выступления «Здоровьесберегающая образовательная среда как основа формирования профессиональных качеств педагога в системе повышения квалификации», Мининский университет (Россия, 2020 г.); Первая открытая конференция и круглый стол на тему «Формирование профессионально важных личностных качеств будущего врача. Педагогические аспекты в медицине» тема «Современный подросток в контексте будущей профессии, проблемы сохранения здоровья» (Россия, г. Москва, 10 декабря 2021 г.); XXXI Всероссийская научно-практическая конференция, тема выступления «Заболевания, передающиеся половым путем, среди подростков», Южный университет. (Россия, г. Ростов-на-Дону, 2021 г.); IV Международный симпозиум психологов «Специфика девиантного поведения студенческой молодежи» (Россия, г. Рязань, 2022 г.); III Всероссийский симпозиум психологов с международным участием, посвященного 30-летию со дня образования

психологического факультета Академии ФСИН России «Формирование здоровьесбережения у подростков с девиантным поведением», (Россия, г. Рязань, 2022 г.); I Международная Ассамблея Российской академии образования (Россия, г. Москва, 18-21 апреля 2022 г.); Стратегическая сессия «Развитие профильного и предпрофессионального образования», Выступление на президиуме Российской академии образования, тема выступления «Реализация предпрофессионального образования в Ресурсном центре «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» Сеченовского Университета»; (Россия, г. Москва, 24 марта 2022 г.); XXV Международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке», (Россия, г. Москва, 16-17 декабря 2023 г.); 2-й Национальный конгресс с международным участием «национальное здравоохранение – 2023», (Россия, г. Москва, 1-2 декабря 2023 г.); конференция «Предпрофессионального образования – ключевой фактор развития кадрового потенциала системы здравоохранения» ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, (Россия, г. Ростов-на-Дону, 19 октября 2023 г.); XXIV Международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке» (Россия, г. Москва, 17-18 декабря 2022 г.); конференция «Неделя технологий укрепления общественного здоровья», (Россия, г. Москва, 20-24 мая 2024 г.); конференция «Культура здоровьесбережения – залог здоровья нации», (Россия, г. Москва, 25 апреля 2024 г.); III Международная Ассамблея Российской академии образования, тема выступления на Открытом расширенное заседание бюро Отделения профессионального образования РАО и Научного совета по развитию профессионального образования и обучения «Профессиональное самоопределение в системе «среднее предпрофессиональное – высшее образование»: исследовательский подход», (Россия, г. Москва, 16-19 апреля 2024 г.); Фестиваль инновационных площадок Российской академии образования 28 февраля 2024 года г. Москва.

Апробация на заседании заседания Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый Московский государственный

медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) от 31 октября 2024 г. Протокол №13.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработана методика исследования, проведено пилотное исследование, разработан дизайн, этапы работы, организовано и проведено исследование в соответствии с запланированными этапами (100%). Проведен поиск, анализ и систематизация сведений, опубликованных в отечественной и зарубежной научной литературе в области изучаемого вопроса, изучены нормативные правовые акты и статистические отчеты, оформлен обзор литературы (100%). Автором самостоятельно проведен анализ культуры здоровья подростков, выявлены проблемные аспекты (95%), на основании чего автор лично разработал анкеты для профессионально-ориентированных подростков, планирующих поступление в образовательные организации высшего профессионального образования, осуществляющие подготовку врачебных кадров в системе здравоохранения, а также их родителей (95%). Самостоятельно, с использованием валидных авторских опросников осуществлен сбор и анализ материалов диссертационного исследования, его последующая статистическая обработка и формулирование на их основании выводов и предложений (90 %). Анализ, представление полученных данных, определение теоретических положений, обобщающих сведения, оформление заключения с выводами и практическими рекомендациями выполнено лично автором (99%).

Автором предложена и апробирована модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования на этапе их подготовки в процессе обучения в старших классах, доказана ее эффективность и предложен механизм интегральной оценки состояния культуры здоровья (98%).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в деятельность Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва), Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России) (г. Москва), Министерства здравоохранения Омской области (г. Омск), Министерства здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск), Министерства здравоохранения Ростовской области (г. Ростов-на-Дону), Комитета здравоохранения Волгоградской области (г. Волгоград).

Результаты исследования внедрены в учебный процесс ФГБОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГАОУ ВО «Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета, Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета (Приложение А).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 53 печатных работы, в том числе 10 статей в журналах, включенных в Перечень научных рецензируемых изданий

Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук; 4 статей в изданиях, индексируемых в международных базах (Scopus); 25 - иные публикации; 1 монография, 1 учебное пособие, 9 публикаций в сборниках материалов российских и международных конференций, получено 3 свидетельства о регистрации базы данных.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 420 страницах компьютерного текста, содержит 6 глав, введение, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, состоящий из 428 источника, из которых 328 отечественных, 100 зарубежных, 46 нормативных правовых актов, 5 приложений. Диссертация иллюстрирована 27 рисунками, 2 схемами и 76 таблицами.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Методологические подходы к оценке культуры здоровья

Методологические основы оценки культуры здоровья подростков.

Одним из ключевых направлений стратегии национального развития является забота о здоровье молодого поколения, что обусловлено неоспоримым влиянием этого аспекта на все сферы социальной жизни и функционирование государства. Состояние здоровья молодых людей оказывает прямое воздействие не только на их способность к обучению и усвоению новых знаний, но и на их способности адекватно встраиваться в социальную жизнь. Это обуславливает актуальность рассматриваемой проблемы оценки культуры здоровья, в связи с чем, ранее нами проведено «комплексное изучение культуры здоровья подростков» [49].

Безусловно, данная междисциплинарная научная проблема имеет ряд специфических аспектов. Отчасти они обусловлены сложностью объекта исследования и его принадлежностью одновременно нескольким традиционным областям знания: медицине, физиологии человека, возрастной психологии, педагогике [119, 41, 52]. Раскрытие феномена культуры здоровья целесообразно начать с историко-генезисного анализа, соотнести подходы к формированию у молодежи осознанного отношения к своему здоровью, сформулировать рабочее определение исследуемого феномена. Раскрывая метод оценки культуры здоровья подростков, необходимо акцентировать внимание на корректном процессе выбора оценочных параметров и процедурах измерения, что также использовано ранее в авторской методике [37, 161, 207].

Краткий историогенез проблемы культуры здоровья подростков.

Государственная и образовательная политика в области здоровьесбережения в

различные исторические периоды имела различную направленность. В работе Н.А. Агаджаняна и др. [4] отмечается, что «...в древности» культ здорового тела неразрывно связывался со здоровьем духа. Во времена раннего христианства и средних веков вопросы физических способностей, качеств и умений уходят на второй план, оставляя в центре внимания духовные и интеллектуальные способности, что нанесло существенный ущерб здоровью населения. В эпоху Возрождения противовесом приходским и монастырским католическим становятся школы, создаваемые общинами для детей членов определенной конфессии. В их деятельности значительное внимание уделялось индивидуальности и здоровью учащихся» [4].

Значительный вклад в развитие направления по формированию здоровой личности внес Я.А. Коменский [138], антрополог И.Г. Песталоцци [207], И.Ф. Герbart [74], ученые, выявляющие условия и средства организации образовательной деятельности, которые способны служить реализации целей здоровьесберегающей коррекции поведения и сознания обучающихся.

В ракурсе рассматриваемой проблемы, необходимо акцентировать внимание и на выводах выдающегося учёного В.М. Бехтерева, исследования выдающегося врача и педагога Н.И. Пирогова, философа и педагога П.Ф. Каптерева, которые отмечали прямую зависимость проблемы сохранения и укрепления здоровья от условий учёбы подростка [27], [127].

В послевоенное время, в СССР, широко распространились труды М.В. Антроповой [14], Т.И. Андроновой [12], В.П. Казначеева [126] и др., в которых ученые описывали условия формирования оздоравливающей атмосферы в школьных учебных заведениях.

Различным аспектам данной проблематики посвящено множество работ учёных: А.В. Мартыненко и соавт. [167], Г. К. Зайцев [107], О.Л. Трещева [288], А.А. Злотников [113], Т. Казакова [125]; Э. Егорова [99], С. Зарецкая [109], Бирюкова Н.А. [28], Е.М. Старикова [275], N. Gopalkrishnan [364], I.I. Heath [367], С. Helman [368], D. Udayakumar et al. [419], A. Vashisht [397], F.M. Singh [409] и др.

Тем не менее, данные медицинских обследований уверенно показывают, что повышения уровня культуры здоровья подростков не наблюдается, и сохранение такой тенденции несёт в себе серьёзную опасность для системы образования и общества в целом. Несмотря на обширный перечень исследований по интересующей нас тематике, есть основания предполагать, что теоретическая разработка оценки уровня сформированности у подростков культуры здоровья на сегодняшний день недостаточна.

Аспект исследования – культура здоровья подростков. Анализ научной литературы по проблеме диссертационного исследования приводит к выводу о том, что понятие «культура здоровья человека» базируется на включении здоровья в перечень высших человеческих ценностей.

Интересующий нас феномен представлен в работе О.А. Ахвердовой и В.А. Магина [20] как: «...интегративное личностное образование, включающее когнитивно-мотивационный, эмоциональный и когнитивно-волевой компоненты, которые отражают объем знаний из области здорового образа жизни, эмоциональную устойчивость, активность и комплекс волевых качеств, обуславливающих способность выполнить все здоровьесберегающие методики. Предлагаемый ракурс культуры здоровья наряду со знаниями в этой сфере предполагает активную деятельность школьника с оптимальным двигательным режимом, личной гигиеной, отказом от употребления алкоголя, курения и психоактивных веществ, разумным режимом питания, учёбы и отдыха» [20, с. 178].

В работе В.В. Кожанова [135] культура здоровья получает комплексный статус и включает эмоционально-ценностное отношение школьника к собственному здоровью, приобщенность к здоровому образу жизни, а также компоненты валеологического мышления.

В контексте изучаемой проблематики интересна и работа О.Л. Трещёвой [288]: в ней культура здоровья подростка получает триадное представление:

мотивационно-личностный, когнитивный и деятельностный её компоненты выстраиваются в логике содержательного и структурного единства.

Авторы современных исследований по проблемам культуры здоровья не обходят вниманием и философские работы, в которых обсуждается единство телесной и душевной составляющих человеческого здоровья [159, 162, 164, 242].

Анализ научных источников по здоровьесберегающей тематике свидетельствует также и о том, что различными авторами было опубликовано большое количество результатов исследований по тематике технологий оздоровления: 1) социо-психолого-педагогической направленности [72, 73, 78, 105, 185, 273, 362]; 2) мотивации к повышению уровня культуры здоровья через физкультурную деятельности [101, 288, 323, 328, 378]; 3) раннего развития здоровой личности [92, 100, 313, 129, 155]; 4) воспитания у подростков культуры здоровья и ее саморазвития [128, 136, 7, 320, 326].

Ряд исследований [152, 285, 303, 270, 367, 398, 370, 404, 389] обосновывает необходимость серьёзного содержательного переосмысления и реформирования технологий обеспечения, адекватного запросам современного социума, образовательно-оздоровительного уровня физического воспитания подростков.

Особо следует отметить работы, в которых анализируется формирование культуры здоровья в зависимости от внешнего стресса. Как отмечают И.И. Брехман, Н.А. Агаджанян и другие исследователи, любые виды стресса вызывают реакцию всех систем организма и являются факторами риска развития заболеваний (психических, невротических расстройств, сердечно-сосудистых, эндокринно-метаболических, аутоиммунных и др.) [4, 60, 103, 238, 276, 339].

В условиях токсического загрязнения атмосферы и окружающей среды в целом, и ввиду особенностей нервной системы подростков у них могут возникать различные психоэмоциональные расстройства. Исследования в этой области показывают, что доля подростков, у которых выявляют психические заболевания и расстройства достигает более 50% [316].

В психоэмоциональных состояниях, являющихся ответной реакцией на стрессорное воздействие окружающей среды, особо отмечается тревога – это достоверно доказывают результаты исследований [85, 132, 339, 392], показывающие широкое распространение тревожности среди подростков. Это инициирует реакции дезадаптации, развивающиеся на фоне различных соматических нарушений [172, 241].

Всё перечисленное свидетельствует об актуальности теоретической и практической разработки проблемы формирования и оценки культуры здоровья подростков, как осознанного поведения по отношению к собственному здоровью.

Оценочные параметры культуры здоровья подростков. Приступая к раскрытию темы оценочных параметров культуры здоровья подростков можно отметить два важных аспекта: а) оценка наличного состояния, подразумевающая определение выбранных параметров в текущий момент времени; б) оценка возможности управления уровнем культуры здоровья. Всё это закономерно опосредует обращение к методологическим критериям корректности метода научного наблюдения, которое в первом приближении разделяется на непосредственное (инструментированное лишь органами чувств наблюдателя) и инструментально нагруженное различными техническими средствами.

Как любое другое, наблюдение в области изучения культуры здоровья предполагает получение значимой информации об объекте, адекватно отображающей его состояние и способной быть подвергнутой теоретическому осмыслению с последующим выдвижением тех или иных гипотез, проектов, направленных на изменение выявленного параметра и т.п. Планируя исследование, необходимо как можно более конкретно сформулировать цель предполагаемого эксперимента, выбрать репрезентативную совокупность участников (с тем чтобы полученные результаты можно было корректно обобщить на более широкий круг лиц), обосновать параметры, которые предстоит выявить, а также определить необходимый инструментарий и условия организации наблюдения, позволяющие получить результат в режиме

минимального влияния внешних помех. К последнему следует добавить необходимость исключения или минимизации влияния используемого инструмента на поведение исследуемого объекта в процессе наблюдения – такое влияние неизбежно снижает ценность и достоверность получаемого результата [177].

Частным случаем наблюдения является известный в науковедении метод обследования, направленный на качественное и количественное фиксирование выбранных заранее параметров и характеристик объекта.

В сфере культуры здоровья подростков известны различные типы обследований: а) пилотажные (пробные) обследования, позволяющие осуществить сбор первичной информации и апробировать предполагаемую для полноценного обследования методику и инструментарий, внести корректировки в такие сегменты программы, которые проявили те или иные сбои; б) комплексные и модульные обследования, задействующие либо один аспект (срез) изучаемого объекта, либо сразу несколько; в) открытые и скрытые обследования; во втором случае исследуемый объект подвергается оценочным процедурам, ничего о них не зная; однако, применительно к культуре здоровья «скрытая камера» невольно опосредует массу этических проблем, например, из области медицинской тайны и законности вмешательства в личную сферу человека; г) полевые или лабораторные обследования; в нашем случае это обследование какого-либо свойства или параметра из области культуры здоровья в естественных условиях образовательного процесса (не выделяя объект из среды) или (в противоположность только что указанному) в искусственных, когда группа подростков приглашается в лабораторию, извещается о предполагаемых исследовательских акциях и участвует в них. Предложенную типологию необходимо дополнить по двум последним пунктам смешанными обследованиями: часть процедур можно произвести в режиме «скрытой камеры», а другую – в открытом; часть методик реализовать в полевом (естественном) формате, остальные в лабораторном.

Конструируя программу обследования на содержательном поле оценки культуры здоровья подростков необходимо помнить о трёх важных обстоятельствах. Первое связано с выбором количественного параметра для оценки интересующего их свойства или качества. Второе важное обстоятельство, связано с влиянием на результат посторонних факторов. К ним могут относиться как посторонние физические воздействия на изучаемый живой объект, так и масса психологических факторов – это неизбежно в обсуждаемом случае, когда подвергаемый различным физиолого-медицинским обследованиям подросток может проявить непредсказуемую реакцию. Третье обстоятельство, на которое следует обратить внимание – интерсубъективность. Методика оценки конкретного качества, и выбранный параметр, и последовательность действий, отображённые в исследовании, должны быть воспроизводимы.

При изучении культуры здоровья исследователь часто получает качественную информацию, описывающую признаки, характеризующие некоторое состояние объекта (пол, профессия, диагноз), которые не могут быть измерены количественно. Придание этим данным количественной определённости призвано быть настолько корректным (с точки зрения замысла, методик его реализации, инструментальной точности, возможности интерпретирования), чтобы у исследователя и у пользователей полученного им результата имелась возможность на основе полученных значений параметров присвоить объектам исследования качественную определённую.

В сфере научной методологии ратифицирована и применяется шкала отношений как весьма эффективный инструментарий, способный предоставлять точную оценку степени, в которой определённое числовое значение измеряемого параметра исследовательского объекта превосходит или уступает установленному стандартному эталону.

Для области культуры здоровья на этой шкале отображается множество параметров: масса тела (дефицит массы), рост сидя и стоя, объём грудной клетки, суточные энергозатраты здорового (с конкретным отклонением от нормы или

медицинским диагнозом) подростка в МДж, энергетический рацион питания для различных категорий подростков в Ккал и др. [122, 120].

В методологии научного познания известна также шкала интервалов, однако, применяется она довольно редко. К нашей проблематике из таких шкал может быть отнесена шкала рангов. В медицине для оценки состояния здоровья пациента примером таких шкал является ранжирование интегрального показателя состояния центральной нервной системы (например, степень стабильности сенсомоторных реакций обследуемого индивида на внешние импульсные световые раздражители различной длительности и частоты воздействия) и шкала наименований, используемая для того, чтобы отличить один объект от другого: например, пол подростка (мужской или женский), показатель здоровья (практически здоров, нездоров).

Методологи признают возможность перехода от одной шкалы к другой: на основании шкалы отношений измеренная масса тела в выборочной совокупности обследуемых подростков может быть отнесена на шкале рангов к классу избыточной, существенно избыточной (ожирение), в пределах границ нормы, существенно ниже нормы (дефицит веса).

Описанный метод обследования различных компонентов культуры подростков неизбежно сопряжён с такими методами как опрос, анкетирование, тестирование. При всех широко известных недостатках этих методов они достаточно широко используются и предоставляют ценную информацию [37, 46, 42, 54, 151].

При это нельзя не отметить ряд важных в плане достоверности и информативности методологических требований, предъявляемых к опросам и анкетированию: желательность нахождения исследователя и опрашиваемого подростка наедине (при опросе), без участия посторонних лиц, чёткость формулировки вопросов, отсутствие у отвечающего возможности видеть вопросы, следующие за тем, на который он отвечает в фиксированный момент времени; кратковременность опроса (для избегания утомляемости опрашиваемого),

отсутствием подсказок и других воздействий на участника опроса со стороны его организатора за исключением нейтрального по отношению к характеру ответа разъяснения и уточнения того, о чём спрашивается.

Также следует добавить требование соответствия содержания анкеты целям её использования, при формулировке вопросов закрытого типа предлагать в перечне возможных ответов как можно более полный набор, конечно, включающий варианты: затрудняюсь ответить, не желаю обнародовать моё мнение, для ответа требуются важные дополнительные входные данные и т.п.

1.2. Нормативные правовые акты охраны здоровья подростков в Российской Федерации

Нормативное правовое обеспечение здоровья детей охватывает несколько уровней: международный (глобальный), федеральный, региональный, муниципальный и локальный. Федеральные законы конкретизируются на региональном, муниципальном и локальном уровне нормативными актами, являющимися инструментами регулирования деятельности, при этом они не должны противоречить федеральным.

Особенности правового статуса подростков на глобальном уровне. На международном уровне основным документом, призванным обеспечивать выполнение странами-участниками обязательств по заботе и своевременному оказанию медицинской помощи является «Конвенция о правах ребенка» (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН от 20.11.1989, вступила в силу для СССР 15.09.1990 г.) Конвенция обязывает государства-участников признать право ребенка на защиту его от работы, представляющей опасность или приносящей ущерб здоровью (Ст. 32) [139].

Перед принятием Конвенции о правах ребенка был выполнен важный предшествующий шаг – провозглашена Декларация прав ребенка, утвержденная

резолюцией Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 20 ноября 1959 года [89].

Принятие Цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» в области устойчивого развития (ЦУР, Приняты ООН в 2015 году на период до 2030 года), предполагает организацию глобальных усилий в области общественного здравоохранения в плане улучшения здоровья миллионов людей, увеличении ожидаемой продолжительности жизни и сокращении наиболее распространенных причин смерти, связанных с детской и материнской смертностью [228].

Совместно с ЮНИСЕФ (United Nations International Children's Emergency Fund) Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выступила с инициативой по пересмотру руководства в области политики и программ по охране здоровья детей и подростков в течение первых 18 лет жизни и предложила ряд научно обоснованных мероприятий, которые могут улучшить состояние здоровья детей.

В Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030) представлена дорожная карта по снижению смертности женщин, детей и подростков к 2030 году и оказанию им всесторонней помощи в реализации их способностей и прав на здоровье в любых условиях. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг.) акцентирует внимание на то, что укрепление здоровья подростков является важным фактором в достижении ЦУР [75].

В рамках процесса, начатого с принятием ЦУР и Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030), принято Руководство по осуществлению Глобальных ускоренных действий в интересах здоровья подростков (АА-НА!). Данное Руководство разработано при участии ООН, ЮНЭЙДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу), Всемирного банка и других международных и общественных организаций, академических учреждений, правительств стран и, что важно, при участии молодежи [76].

В 2014 году, в докладе ВОЗ «Здоровье подростков мира» (Женева) на Всемирной ассамблеи здравоохранения был сделан акцент на вопросах по проблеме доступности подросткам в возрасте 10-19 лет медико-санитарной помощи. В результате масштабной работы ВОЗ и ЮНЭЙДС, были разработаны 8 глобальных стандартов и 79 критериев для их оценки, призванные служить ориентирами, по которым можно оценивать качество медицинской помощи, предоставляемой подросткам [299, 374, 417].

Основные принципы охраны здоровья подростков на федеральном уровне. На федеральном уровне правовые аспекты охраны здоровья подростков регулируются Конституцией Российской Федерации и федеральными законами, кодексами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации, а также различными актами министерств и ведомств.

Государство берет на себя ответственность за создание условий, способствующих развитию детей и обеспечения их физического здоровья. Так, в соответствии со ст. 67.1 Конституции Российской Федерации: «Дети являются важнейшим приоритетом государственной политики России» [140].

При этом государственная система здравоохранения Российской Федерации представляет собой целостное образование, что зафиксировано на нормативном правовом уровне [195, 251].

Семейный кодекс Российской Федерации (от 29.12.1995 N 223-ФЗ, ред. от 31.07.2023) в главах 11 и 12 рассматривает права ребенка и обязанности родителей по созданию безопасной среды для несовершеннолетних (родители несут ответственность и обязаны заботиться о здоровье, физическом и ином развитии своих детей) [263].

Однако Е.Н. Богданова с соавторами [57] отмечают, что активность родителей в формировании у детей навыков здорового образа жизни является крайне низкой, особенно в неблагополучных семьях. Данной проблеме было уделено внимание при принятии резолюции XXIV Конгресса педиатров России

(3-5 марта 2023 г. Москва), в которой участники обратились к Государственной Думе Российской Федерации и Министерству здравоохранения Российской Федерации с предложением о внесении изменений в Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (от 17.09.1988 № 157-ФЗ, ред. от 02.07.2021), предусмотрев в нем меры по усилению ответственности родителей (за отказ от прививок) и недобросовестных медицинских работников (выступающих против вакцинации или рекомендующих необоснованный отвод от прививок) [246].

Остро стоит на сегодняшний день и вопрос профилактики туберкулеза. Часть общества выступает против ограничения их детей в правах в связи с отсутствием у них соответствующих прививок. Однако, как указывают О.А. Иванова [117], В.Г. Гюлумян [86], недоверие к вакцинации зачастую связана с проблемой получения доступной и достоверной информации об эффективности, безопасности и возможных рисках при применении используемых препаратов.

Необходимо отметить, что отсутствие обследования на исключение туберкулезной инфекции у несовершеннолетнего не является причиной и основанием для отказа ему в образовательных и иных услугах, а лишь ограничивает его контакты с здоровыми детьми, предполагая, при этом, альтернативные формы получения образования в соответствии с Федеральным Законом «Об образовании в Российской Федерации» [193].

Вопросы охраны здоровья обучающихся, затрагиваются и в Трудовом кодексе Российской Федерации (от 30.12.2001 N 197-ФЗ). Так, в соответствии с законом, подростки, достигшие возраста 15 лет, могут допускаться к выполнению легкого труда не причиняющего вреда их здоровью. При этом лица, не достигшие возраста 18 лет не должны допускаться к работе в ночное время (Ст. 96) и сверхурочно (Ст. 99). Введен запрет на привлечение к труду лиц в возрасте до 18 лет, выполнение которого может причинить вред их здоровью (Ст. 265) [199, 290].

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (от 30.12.2001 N 195-ФЗ) регулирует ответственность за нарушение санитарно-

эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей (Ст. 6.7), требований к защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью (Ст. 6.17) и других аспектов касающихся защиты здоровья несовершеннолетних [134].

Последовательная реализация государственной политики в интересах детей отражается и в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21.11.2011 N 323-ФЗ). В котором делается упор на признание государством охраны здоровья детей, как одного из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей, независимо от их семейного и социального благополучия [195].

Указанная норма коррелирует с положением Федерального закона от 24.07.1998 N 124-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», гарантируя оказание медицинской бесплатной всесторонней помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения (ст. 10) [196].

Ключевой нормативный правовой акт, регулирующий сферу образования в РФ, Федеральный закон № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года «Об образовании в Российской Федерации», заложил основу для валеологического подхода к образовательному процессу, который охватывает ответственность учебных заведений «за создание адекватных условий, способствующих защите и укреплению здоровья учащихся, включая мониторинг здоровья обучающихся, реализацию всесторонних мер по гигиене и профилактике, учебные и воспитательные мероприятия в области охраны здоровья, следование законодательству по санитарии и эпидемиологии, документирование и анализ несчастных случаев с участием учащихся в образовательной среде, а также предоставление возможностей для обучения в медицинских и санаторных учреждениях при необходимости» [193].

Признание ключевой роли физической активности подростков в укреплении здоровья и предотвращении негативных привычек и заболеваний отмечено в

Федеральном Законе «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (Ст. 6) [192].

Допуск обучающихся к занятиям физической культурой осуществляется на основании профилактических медицинских осмотров, осуществляемых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья (часть 7, введена Федеральным законом от 13.06.2023 N 256-ФЗ).

Ученые подчеркивают, что потенциал учебного учреждения в области предотвращения, поддержания и укрепления здоровья несовершеннолетних зависят не только от уровня медицинской, но и от психолого-педагогической и социальной помощи [303, 83, 163, 231, 306].

Данный факт учтен в Федеральном Законе «Об образовании в Российской Федерации»: в соответствии со ст. 42 закона, центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи призваны обеспечить обучающихся соответствующим консультированием, коррекционно-развивающими и компенсирующими занятиями, а также реабилитационными и иными медицинскими мероприятиями, позволяющим школьникам определиться в выборе и получении профессии и обеспечить их социальную адаптацию [193, 287].

Как отмечается Д. И. Зелинской [112], особо стоит проблема вовлечения в образовательно-воспитательный процесс детей с ограниченными возможностями здоровья. С точки зрения Е.Н. Богдановой [58], в следствии того, что разработка и внедрение в практику образовательных стандартов происходит без участия специалистов-медиков, задачи, которые ставит Минпросвещения России в сфере образования, не всегда достигают намеченной цели, а порой и негативно влияют на состояние здоровья подрастающего поколения.

В образовательной сфере с Законом «Об образовании в Российской Федерации» перекликается Федеральный Закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Нормативный правовой акт устанавливает правовые основы в сфере

гигиенического образования и повышения осведомленности граждан, а также в области санитарно-эпидемиологического просвещения общества и активного продвижения принципов здорового образа жизни в образовательных организациях (Ст. 36) [191].

С точки зрения охраны здоровья много опасностей для подростков несет в себе употребление табака и никотинсодержащих продуктов. Принятый Федеральный Закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23.02.2013 N 15-ФЗ направлен на предотвращение негативного воздействия табачного дыма и снижение потребления табачной продукции, и имеет большое значение для охраны здоровья подростков, так как на протяжении последних лет отмечается повышение распространенности курения среди детей и подростков [197, 124, 359].

Однако, появляются новые виды токсикомании, которые имеют особую социальную значимость, так как касаются детей и подростков и зачастую приводят к летальному исходу. В связи с этим, ученые врачи и юристы справедливо поднимают вопрос о внесении изменений в законодательство Российской Федерации в целях решения вопроса, связанного с употреблением несовершеннолетними товаров, содержащих сжиженный углеводородный газ. Б.П. Целинский с коллегами [312] указывает, что проблема распространения сниффинга среди детей и подростков требует принятия срочных мер.

Увеличение алкоголизации несовершеннолетних создает для России реальную угрозу [258, 261]. Одной из мерой борьбы с доступностью алкоголя является запрет на розничную продажу продукции, содержащей алкоголь, в местах, находящихся в непосредственной близости к организациям осуществляющих обучение несовершеннолетних [98, 186].

Подзаконные нормативные правовые акты в области охраны здоровья подростков. В Российской Федерации в 1995 г. впервые был принят Национальный план действий в интересах детей, рассчитанный на период до 2000

г. [Указ от 14 сентября 1995 г. N 942)]. В последующем, с целью реализации последовательной государственной политики в интересах детей была принята Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [Указ от 9 октября 2007 г. N 1351], определяющая в качестве основных задач и направлений такие как: реализация комплекса превентивных мер, направленных на скорейшее обнаружение любых отклонений в здоровье, что предусматривает не только лечебные, но и диагностические и профилактические меры.

Особо в Концепции уделено внимание развитию системы оказания медицинской помощи в образовательных организациях, а также созданию в них условий для формирования мотивации у подростков ведения здорового образа жизни и занятием физической культурой [141].

Для оказания медицинской помощи несовершеннолетним в школах организуются отделения организации медицинской помощи, открытие которых устанавливается Положением об отделении организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях [232].

Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним регламентируется Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (от 5 ноября 2013 г. № 822н). Настоящий документ устанавливает перечень, правила, а также гарантии осуществления медицинской помощи несовершеннолетним на период обучения и воспитания в образовательных организациях [233].

Справедливо отмечено В.К. Юрьевым с соавторами [328] и И.С. Цыбульской с соавторами [110], что регулярный мониторинг здоровья подрастающего поколения, оценка наличия или тенденции к возникновению отклонений в физическом развитии имеет важное значение. Правила проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа

2017 г. N 514н, и наряду с выявлением патологических состояний, заболеваний и факторов риска развития зависимости от немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, предусматривают оценку физического и полового развития подростка, уровень развития интеллекта и психического состояния [188].

В условиях совершенствования государственной политики в сфере защиты детства признание государством своих обязательств перед детьми стало объявление в Российской Федерации Десятилетия детства и утверждение плана его реализации на период с 2018-2027 годы, что еще раз стало доказательством значимости проблемы в масштабах страны [194, 227].

В перечень данных, характеризующих ход выполнения мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства входит широкий спектр показателей, касающихся здоровья детей в возрасте от 0 до 17 лет. Необходимо отметить, что в программе уделено внимание охвату детей, привитых против инфекционных заболеваний, регулярному профилактическому осмотру и стимулированию несовершеннолетних к занятиям физической культурой, спортом [265].

Кучма В.Р. выражает убеждение в том, что реализация целей, поставленных в рамках национального проекта «Десятилетие детства», который продлится до 2027 года, в значительной степени будет зависеть от эффективного внедрения и использования последних научных достижений в области профилактической медицины для защиты и повышения уровня здоровья детского и подросткового населения [153, 307].

На развитие и усовершенствование детского здравоохранения в Российской Федерации направлено выполнение мероприятий в рамках федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» (федеральный проект «Детское здравоохранение» в рамках национального проекта «Здравоохранение») [302].

Принятие 6 июня 2019 года Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена Указом Президента от 06.06.2019, №254) отражает стремление государства к совершенствованию и развитию отрасли здравоохранения. В соответствии со Стратегией, наряду с созданием условий для повышения доступности и качества медицинской помощи, выделяется – формирование системы мотивации граждан, особенно детей, к ведению здорового образа жизни [278].

Среди наиболее важных результатов реализации Стратегии предполагается достижение следующих: «...сокращение распространенности потребления табака детским населением до 10%; увеличение доли посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями до 51,5%» [202].

Государство в лице Правительства и Президента Российской Федерации понимают всю важность деятельности общеобразовательных организаций и их значение обеспечение безопасных условий пребывания подростков в школах. Президент Российской Федерации Владимир Путин в процессе оглашения Послания Федеральному Собранию Российской Федерации 21 февраля 2023 года представил большую программу обновления школ, а также поручил Правительству внести коррективы в нормативную базу для организации закупок санитарных автомобилей с комплектом диагностического оборудования, для обеспечения, в том числе качественного профилактического осмотра непосредственно в школах [234].

Подтверждение приоритетности курса на обеспечение безопасных условий пребывания детей в школах прозвучало в речи Председателя Правительства Российской Федерации на совещании с вице-премьерами 7 августа 2023 года. Михаил Мишустин отметил, что: «Дети должны не только получать все необходимые знания, но и заниматься в удобных, современных, хорошо оборудованных помещениях» [205].

Указом Президента Российской Федерации определены цели развития страны на период до 2030 года с перспективой до 2036 года, в том числе и

основные направления государственной политики в рамках национального проекта «Молодежь и дети» [295].

Бороться с проблемой возникновения и распространения инфекционных болезней среди населения Российской Федерации призваны разработанные санитарные правила и нормы «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (СанПиН 3.3686–21), которые неукоснительно должны соблюдаться во всех образовательно-воспитательных и организациях оздоровления и отдыха детей. Отдельно регламентируются требования к выявлению туберкулеза у детей (до 14 лет включительно) и отмечается, что дети, которым не проводилась туберкулинодиагностика, допускаются в дошкольные организации, связанные с обучением, воспитанием, отдыхом и оздоровлением лишь при условии заключения врача-фтизиатра о том, что данное заболевание у них отсутствует.

С целью более раннего обнаружения фактов заболевания туберкулезом, для детей от 15 до 18 лет, наряду с плановой ежегодной туберкулинодиагностикой, показан флюорографический осмотр [189, 201].

Медперсонал общеобразовательных учреждений несет ответственность за ежедневный мониторинг и обеспечение строгого соблюдения норм и предписаний, установленных Санитарными правилами СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» [260].

Непосредственное отношение к охране здоровья подростков имеют гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и безвредности для человека факторов среды обитания. Так, СанПиН 1.2.3685-21 содержит строго регламентированные нормативы площадей образовательных организаций, указания на продолжительность проветривания учебных помещений и рекреаций, определяет продолжительность использования электронных средств обучения, а также устанавливает запрет печати учебных изданий, которые могут привести к ухудшению условий чтения [200].

Немаловажное значение в обеспечении здоровья подростков играет организация питания. В соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами СанПиН 2.3/2.4.3590-20 при комплектовании рациона питания и меню в учреждениях образования необходимо строго соблюдать установленные правила, направленные на обеспечение качественного и сбалансированного питания учащихся и питьевого режима. Особое внимание уделяется разработке индивидуальных меню для детей, которым по медицинским показаниям требуется специализированное питание [259].

Правовое регулирование в области наиболее актуальных угроз здоровью подростков. Школа является конкурентной средой, в которой всегда происходит сравнение детей и выстраивание определенной иерархии, что способствует развитию тревожности и агрессии у детей. Специалисты в области права утверждают, что проблема буллинга юридически недостаточно обеспечена, и практически невозможно законно наказать за травлю в школе самого агрессора, но можно привлечь к ответственности родителей и администрацию учебного заведения [3, 56].

В соответствии с положениями Концепции, направленной на развитие механизмов предотвращения безнадзорности и нарушений закона среди несовершеннолетних до 2025 года, выделяется акцент на серьезную проблему буллинга. В Концепции предусмотрены мероприятия и меры по раннему выявлению и профилактике: алкоголизма, табакокурения, потребления наркотических и психотропных веществ и их аналогов, токсикомании и sniffing, суицидального поведения и других опасных для жизни и здоровья действий [243].

С целью профилактики жестокого обращения и насилия в отношении несовершеннолетних в 2020 году разработаны рекомендации по межведомственному взаимодействию между образовательными организациями и органами внутренних дел [226].

Аналогичные рекомендации по профилактике в среде подростков суицидального поведения разработаны в 2021 году Минпросвещением России [249].

Экстремальное поведение подростка может иметь серьезные последствия для его здоровья, вплоть до инвалидизации. В Письме Минобрнауки России от 24 мая 2017 г. N 07-2732 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по профилактике зацепинга среди несовершеннолетних») даны практические советы по профилактике экстремального поведения несовершеннолетних (зацепинг, трейнсерфинг) [225].

В соответствии с Федеральной образовательной программой среднего общего образования в Федеральную рабочую программу по учебному предмету «Основы безопасности жизнедеятельности» включены разделы по изучению: «... явных и скрытых опасностей современных развлечений молодежи (зацепинг, ружинг, диггерство, паркур, селфи); основных мер безопасности для паркура и селфи; как не стать жертвой информационной войны» [236].

Полноценное, сбалансированное питание является важнейшим условием формирования культуры здорового питания и профилактикой недостаточного питания и ожирения, особенно в подростковом периоде развития. Институтом возрастной физиологии РАО в рамках реализации мероприятий национального проекта «Образование» разработаны методические рекомендации «Формирование культуры здорового питания обучающихся, воспитанников», которые доведены до руководителей образовательных учреждений для использования в практической работе в письме Минобрнауки России от 12.04.2012 N 06-731 [224].

С 2019 года статья 37 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» ужесточила требования к рациону питания подростков, определив, что он должен быть разнообразным, сбалансированным по всем незаменимым и заменимым пищевым факторам, соответствовать лечебным показаниям и режиму питания [203].

Приказом Роспотребнадзора «Об утверждении обучающих (просветительских) программ по вопросам здорового питания» утверждена

программа, затрагивающая решение проблем по вопросам здорового питания для детей школьного возраста, в которой обозначены цели по формированию у обучающихся осознанной потребности в здоровом питании как основном элементе здорового образа жизни [237].

В современных условиях акцент основных угроз нарушения репродуктивного здоровья подростков сместился с традиционных медицинских причин заболеваний на образ жизни – раннее начало половой жизни, пренебрежение методами контрацепции, употребление алкоголя, наркотиков, курение [305].

Особую роль в профилактике нарушений репродуктивного здоровья подростков играют организации здравоохранения. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»» от 20 октября 2020 г. N 1130н: «первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним оказывается в детской поликлинике, женской консультации (с учетом дифференциации по возрасту), Центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и других медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии»» [235].

Резюмируя сказанное выше, необходимо отметить, что в современной России и ее субъектах право ребенка на охрану здоровья реализуется при сотрудничестве различных ведомств, что хорошо прослеживается в основных принципах, заложенных в законодательство в области охраны здоровья.

Благодаря планомерной и обширной законодательной работе организация охраны здоровья подростков в последние годы претерпела серьезные изменения, коснувшиеся не только развития материально-технической базы и лекарственного обеспечения, но и комплексного понимания философии подростковой медицины.

1.3. Современные проблемы состояния здоровья подростков в России и за рубежом

Развитие общества определяется уровнем здоровья подрастающего поколения. Инвестиции в здоровье и благополучие подростков приносят пользу не только сегодня, а закладывают фундамент здоровья нации на десятилетия вперед. В целом оказывая значимое влияние не только на здоровье, но и определяя культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал государства.

Анализ имеющихся данных о здоровье подростков показывает, что наряду с общими тенденциями, профили их здоровья сильно отличаются не только между странами, но и внутри стран [80, 379, 272].

Отмечается, что в настоящее время необходимо рассматривать здоровье подростков не только с позиции репродуктивного здоровья и проблемы распространения ВИЧ, но и уделять внимание болезням, связанным с бедностью (дефицит и неполноценное питание, инфекционные заболевания), травмам, полученным в результате несчастных случаев и полученным в результате насилия, неинфекционным заболеваниям (хронические органические заболевания, расстройства психики, а также расстройства, связанные с употреблением веществ, оказывающих воздействие на нервную систему), навыкам поддержания собственного здоровья и здоровых отношений, преодоления стрессовых ситуаций, а также иные риски для здоровья [29, 43, 53, 31, 50, 157, 149, 363, 358, 397].

Возрастная категория подростков представляет собой период перехода от детства к совершеннолетию, маркируемый наступлением половой зрелости, которая в свою очередь инициируется комплексом гормональных трансформаций.

Для девочек наступление менархе – главный признак физиологических и анатомических процессов полового созревания, а также возраст менархе является

крайне чувствительным индикатором, показывающим направление изменения состояния здоровья в популяции человека [380].

Как отмечают отечественные и зарубежные исследователи, возраст наступления менархе в среднем 12,4 года и обычно наступает в возрасте 10-16 лет, при этом возраст наступления начала менструации снижается и что на него влияют генетика, социально-экономические и климатические условия, физические нагрузки, общее состояние здоровья, состояние питания, а также размер семьи [63, 209, 382, 384].

У юношей, в отличие от девушек, ярко выраженных психофизиологических изменений, свидетельствующих о половом созревании нет, изменения происходят более плавно, за определенный период времени и становятся заметными примерно в 13–14 лет. При этом исследователи также отмечают тенденцию к более раннему началу полового созревания у мальчиков [335, 346].

Таким образом начало половой зрелости может отклоняться на 4–5 лет от среднего возраста и период полового созревания длится 2–4 года. Поэтому сложно однозначно определить сроки начала подросткового возраста [324].

В соответствии с возрастной периодизацией, предлагаемой Д. Б. Элькониным [325], подростковый возраст делится на два периода: 12–14 лет – младший подростковый и 15–17 лет – старший или ранняя юность. Э. Шпрангер предлагал рассматривать подростковый возраст в зависимости от пола и выделял границы 13–19 лет для девушек и 14–21 для юношей [321].

Фонд Организации Объединённых Наций в области народонаселения, предлагает использовать следующую градацию возраста для отнесения к категории подростков: ранний подростковый возраст – 10–14 лет; поздний подростковый возраст – 15–19 лет [309].

В России верхняя граница подросткового возраста совпадает с возрастом достижения совершеннолетия – 18 лет. Некоторые демографические показатели ограничивают возрастными рамками от 10 до 14 лет и от 15 до 19 лет [240].

По данным Организации Объединенных Наций (ООН) число подростков в возрасте от 11 до 18 составляет 1,05 млрд ($\approx 13\%$ от всего населения мира) [420].

На 1 января 2023 года в России, в соответствии с данными переписи населения, доля подростков в возрасте от 10 до 14 лет составила 6,13% (8,97 млн), а в возрасте от 15 до 18 – 4,17% (6,11 млн) от всего населения (146,4 млн.) [314].

Подростковый возраст является наиболее сложным, как с точки зрения становления личности, так и с позиции становления будущего здоровья.

Отсутствие навыков справляться с различными жизненными ситуациями может нарушить процесс психофизиологической адаптации и социализации, что в последующем проявится в отклонении от общепринятых норм поведения, вредными привычками [154, 175, 176, 183, 255, 266, 267, 266].

За последние годы среди наиболее значимых особенностей психофизиологического становления подростков можно выделить изменения сексуальных отношений и форм поведения. Согласно статистическим данным в России за последние пять лет количество вступивших в брак юношей до 18 лет увеличилось по сравнению с предыдущим периодом (2015-2017 гг.) с 0,38 до 1,13%, среди девушек до 18 лет, наоборот, число браков снизилось с 1,24 до 1,19%. При этом средний возраст матери при рождении первого ребенка с 1994 по 2022 гг. увеличился с 15,59 до 26,75 лет. За 2022 год отмечено 3732 случая прерываний беременности у несовершеннолетних, в том числе 215 в возрасте от 0 до 14 лет, что значительно меньше по сравнению с 2016 г. (7463 случаев) [68].

Доступные данные свидетельствуют о высоких уровнях ранней подростковой фертильности (6 и более рождений на 1000 девочек) в Западной и Центральной Африке и одной стране Азии (Бангладеш) по сравнению с другими регионами мира [421].

Высокая подвижность психических и гормональных процессов, отсутствие бытовых навыков, неумение ориентироваться в незнакомой среде в этот возрастной период определяет не только риски существенных изменений со

стороны внутренних органов и систем (развитие функциональной и(или) хронической патологии), но повышает риски подростковой смерти.

Уровень подростковой смертности довольно сильно отличается по всему миру. В 2021 году, согласно данным ООН, смертность среди подростков в возрасте от 10 до 18 лет составила в мире 1,4%, в России – 0,21%, в странах Африки – 4,4%, в странах Азии – 1%, в Восточной Европе – 0,17%, в Северной Америке – 0,36% (от общего числа смертей обоего пола вместе взятые). При этом в возрастной группе 10–14 лет смертность ниже, чем в возрасте 15–18 лет [420, 391].

Масштабные исследования по оценке причин смерти детей в возрасте 5–19 лет по возрастно-половым группам и географическим регионам показывают, что в мировом масштабе ведущими причинами смертности являются: дорожно-транспортный травматизм; новообразования; малярия; утопление; диарея; членовредительство; инфекционные заболевания; нарушения питания; ранние роды; вооруженные конфликты самоубийства. Однако в разных регионах степень влияния перечисленных причин на уровень смертности существенно различаются. При этом авторами отмечается общее снижение в 2000–2019 годах смертности от упомянутых причин, за исключением насильственной смертности [315, 316, 427, 411, 365, 414, 388, 383, 350, 399, 403].

В ряду причин, приводящих к смерти в подростковом возрасте необходимо пристальное внимание обратить на самоубийства, так как более двух третей из них совершают в возрасте 15–17 лет. Отмечается и рост числа смертей от употребления психотропных веществ, насильственных действий в подростковой среде, рискованных для жизни форм поведения. Что говорит о том, что здоровье подростков зачастую определяется социальными и психологическими аспектами [273, 169].

По данным UNICEF (Детский фонд ООН) на декабрь 2023 г. среди 4,4 миллиона случаев смерти от COVID-19, 0,4% (более 17 400) произошли среди детей и подростков в возрасте до 20 лет, из которых 53 % пришлось на подростков

в возрасте 10–19 лет. Отмечается, что данные указывают на то, что подростковая смертность от заболевания COVID-19 не столь существенная, однако есть опасения, что косвенные последствия пандемии для смертности в этой возрастной группе могут быть более значительными [344].

По данным ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, картина и динамика онкологических заболеваний у подростков в России соответствует таковым в мире. При этом отмечается, что нехватка знаний в области специфики фармакотерапии злокачественных новообразований у подростков и биологии опухолей, недостаток специалистов в области психологического сопровождения онкологических пациентов-подростков нередко приводят к снижению эффективности терапии [150].

Известно, что иммунопрофилактика является одним из надежных способов сохранения здоровья подрастающего поколения. Всемирная организация здравоохранения оценила отказ от вакцинации одной из 10 главных угроз человечеству [412].

Но даже несмотря на повсеместное внедрение регулярных мер по вакцинопрофилактике в мире за последние несколько лет отмечается рост заболеваемости подростков и детей, что является показателем снижения коллективного иммунитета [206, 206, 168, 345, 349].

Распространение вируса папилломы человека (ВПЧ) остается глобальной проблемой для здравоохранения, и многие исследователи склоняются к тому, что усилия должны быть сосредоточены, в первую очередь, на информировании родителей о связи между ВПЧ и раком шейки матки. Исследователи, отмечают, что вакцинация в школах оказалась наиболее эффективным методом для максимального охвата девочек в пределах рекомендованного ВОЗ возрастного диапазона (9-13 лет) [307, 281, 306, 406, 377, 356].

Однако, как отмечается в обновленных рекомендациях ВОЗ по графику вакцинации против ВПЧ, в период 2019–2021 гг. охват первой дозой вакцинации против ВПЧ в мире снизился на 25-15% [66].

В России внедрено 12 региональных программ вакцинации против ВПЧ. Мероприятия в рамках программ иммунизации реализованы в Санкт-Петербурге, Ханты-Мансийском автономном округе, Московской области и других регионах, в трех из которых прививка против ВПЧ включена в региональные календари профилактических прививок [145, 327].

Результат опроса К.Е. Моисеевой и соавт., родителей г. Санкт-Петербурга, показал, что большинство из них (80%) знают и уверены в важности иммунопрофилактики, однако около 7% детей не получили профилактических прививок в рамках календаря прививок, а треть были вакцинированы не в полном объеме [179].

В мире продолжает существовать риск заболеваемости подростков туберкулезом. Обзор, проведенный группой ученых по заказу ВОЗ, выявил, что туберкулез оказывает комплексное негативное воздействие на подростков, которое сохраняется даже после успешного лечения [393].

В настоящее время эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации по туберкулезу среди подростков характеризуется положительной динамикой [6].

Большее внимание необходимо уделять профилактике и раннему выявлению заболеваний, связанных с органами дыхания: за период с 2018 по 2022 отмечен рост таковых на 1,7% [111]. При этом некоторые исследователи отмечают, что по таким заболеваниям как хронический бронхит и бронхиальная астма у детского населения в 2020–2022 г. имела тенденцию к снижению [95].

Усугубляет ситуацию с заболеваниями органов дыхания новомодное увлечение подростков – вейпы (электронные сигареты), распространение ложного мнения о безвредности электронных курительных устройств привело к тому, что их часто стали использовать дети и подростки [71].

В целом, по результатам исследований А.А. Баранова и соавт., С.Р. Коновой и соавт., наиболее значимым в структуре заболеваемости подростков-подростков, отмечается рост болезней, обусловленных образом жизни (спектр заболеваний опорно-двигательного аппарата, болезни органов зрения и пищеварения)

[255, 240]. Исследователи подчеркивают, что причина развития многих отклонений в здоровье подрастающего поколения – нарушение режима сна и отдыха, неограниченное использование различных электронных устройств (сотовые телефоны, планшеты), питания, усугубляется ситуация неправильно подобранными обувью, одеждой и школьной сумкой, гиподинамия [255, 23, 240, 404, 357, 389].

Как отмечает Л.Д. Галеева и соавт., гиподинамия подростков, связанная с увеличением нагрузки в школе, а также активного пользования гаджетами приводит к изменениям опорно-двигательного аппарата, нарушению развития, снижению иммунитета. В связи с этим авторы относят гиподинамию к глобальным проблемам [70].

Наряду с физиологическими проблемами, лишняя масса тела в подростковом возрасте может стать причиной буллинга, заниженной самооценки и депрессии [244, 323].

Как показывают наблюдения лишь каждый пятый ребенок в возрасте от 5 до 17 лет занимается физическими упражнениями, рекомендованными для улучшения здоровья, к тому же с возрастом уровень физической активности у подростков снижается [398, 375].

В ходе международного исследования HBSC (Health behaviour in school-aged children – «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»), проводимого под эгидой ВОЗ, выявлено, что в период с 2002 по 2014 г. показатель ожирения увеличился в 16 из 27 стран и областей, при этом на фоне постепенного повышения во всех странах, в таких странах как Латвия, Польша, Российская Федерация, Эстония к 2014 году был отмечен существенный скачок с исходно низких показателей 2002 года [147, 148, 160, 230, 415].

Оценка уровня физической активности в рамках исследования HBSC (2013–2014 гг.) показывает возрастание количества подростков всех возрастных групп, проводящих свободное время в физической активности не менее 60 минут в день на 3-9% по сравнению с предыдущими исследованиями. При этом, как и прежде

мальчики остаются более активными по сравнению с девочками того же возраста [184].

Исследования показывают высокий процент (в среднем 11-21,5%) подростков, подвергающихся буллингу в школе, увеличилась и доля, подвергающихся киберзапугиванию: примерно 15–16% подростков обоего пола. С 2018 года данный показатель вырос в среднем на 3% [273, 410, 391].

Подростки отмечают свое негативное отношение к педагогам в 12% случаях, при этом почти 50% отмечают ощущение заботы со стороны учителей. Установлено, что в неудовлетворительном психологическом состоянии подростки чаще травмируются и испытывают трудности в общении [169].

Данные, исследований HBSC показывают, что в период с 2018 по 2022 год уровень физических драк среди мальчиков снизился, но несколько увеличился среди девочек 11 и 13 лет [329].

О проблеме расстройства пищевого поведения отмечают как отечественные, так и зарубежные исследователи. Е.В. Антонова и другие исследователи отмечают, что частой проблемой подросткового возраста является пищевые отклонения (булемия, анорексия и др.) [1, 13]. L. Nail и D. Le Grange утверждают, что таковые являются серьезными психическими заболеваниями, которые обычно развиваются в подростковом или юношеском возрасте [366].

При этом данные полученные R. Korosov и соавт., V. Ruchkin и соавт., свидетельствуют о связи между гневом, агрессией и симптомами булимии [272, 342, 347].

Дети-инвалиды представляют собой весьма специфическую группу населения. Проблема инвалидности подростков является не только семейной, но и государственной. Изучая проблему подростковой инвалидности Р.Н. Терлецкая и соавт., С.А. Ананьин и соавт. установили, что в структуре детской инвалидности 20,6% приходится на долю подростков и неуклонно растет. При этом в половом соотношении преобладают мальчики. Лидирующими причинами общей инвалидности, по оценкам исследователей, у подростков стали: расстройства

поведения, психические отклонения, заболевания нервной и эндокринной систем, а также врождённые аномалии [11, 283].

По отчетам ЮНИСЕФ в настоящее время в мире насчитывается около 240 миллионов детей-инвалидов. Как отмечается большинство детей имеет одно функциональное нарушение, при этом психосоциальные нарушения преобладают и зачастую сочетаются с иными формами нарушения здоровья [93].

Как в России, так и за рубежом у врачей вызывает озабоченность проблемы выявления, профилактики и лечения как врожденных пороков развития позвоночника, так и деформаций у пациентов с идиопатическим юношеским сколиозом. Достоверные статистические данные о степени распространённости заболеванием пороков развития позвоночника в национальном масштабе практически отсутствуют, но специалисты отмечают стабильную заболеваемость по данному нарушению среди детей и подростков, что значительно ухудшает функцию легких с повышенным риском заболеваемости и ранней смертности [19, 245, 339, 384, 352, 396].

Раннее выявление и эффективное лечение сколиоза может замедлить или остановить прогрессирование искривления, тем самым улучшая качество жизни во взрослом возрасте. При этом исследователи отмечают отсутствие в мировом сообществе единого мнения на необходимость такого скрининга [156]. Если, некоторые страны (Франция, Германия, Австрия, Канада, Израиль, Польша, Испания Норвегия, и Великобритания) отказались от практики проведения национального скрининга подростков на сколиоз, то в ряде стран (Япония, Греция, Южная Корея, Гонконг, Малайзия, часть штатов США) диагностика подростков проводится в национальных масштабах [418].

Об окончании пандемии COVID-19 было объявлено 5 мая 2023 года, однако новая коронавирусная инфекция продолжает оставаться актуальной проблемой как для России, так и для всего мира. Специалистами ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, и ФГБУ «Российская академия образования» в 2020–2022 гг. проведено

исследование медико-социальных последствий COVID-19 у детей. Ученые отмечают, что несмотря на то, что основные показатели функционального состояния подростков остались неизменными, отмечалось ухудшение аппетита, снижение физической активности и работоспособности [169].

Необходимо отметить, что государством предпринимаются меры, направленные на профилактику и снижение рисков, связанных с условиями воспитания и обучения подростков. Об этом свидетельствует тот факт, что число реализованных управленческих актов, направленных на ключевые области поддержания санитарно-эпидемиологической безопасности населения Российской Федерации в 2022 году, в этой сфере составило 18,24% [191, 341, 342, 346].

Однако, Л.П. Чичериным и соавт. и другими исследователями показывается, что оздоровительные лагеря, детские площадки, туристические походы и иные формы активного проведения досуга подростков не организованы должным образом, а поэтому небезопасны для подростков о чем свидетельствует печальная статистика травматизма подростков [315, 316].

О проблемах травматизма подростков в летних лагерях США отмечают и Е.Е. Yard и соавт., например, авторы отмечают, что большинство зарегистрированных случаев травм связаны с порезами (царапинами), за ними следуют переломы и растяжения связок [373].

Активные социальные процессы, происходящие в современной России, увеличивают долю подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и понижают для них возможность получения медицинской и социальной помощи. Отдельные исследователи указывают на то, что примерно каждый пятый ребенок в Российской Федерации сталкивается с серьезными жизненными трудностями [240].

Как отмечает С.А. Гусейнов и соавт., с подростками необходимо целенаправленно проводить просветительскую работу в области санитарии и гигиены для выработки у них привычки вести здоровый образ жизни, что защитит

их в дальнейшем от рисков нарушения здоровья и будет иметь решающее значение при формировании здоровья населения страны в целом [84, 341].

О положительном влиянии санитарного просвещения на физическое и психическое здоровье подростков доказывают результаты программы по санитарному просвещению, реализуемых зарубежом. Например, с 2000 г. в лагере для беженцев Мехеба в Замбии, реализуется программа, связанная с предотвращением распространения ВИЧ, и в настоящее время число ВИЧ-инфицированных в лагере беженцев намного ниже, чем в прилегающих районах Замбии [401].

Аналогичные результаты показала программа по санитарному просвещению подростков Таиланда. В исследовании участвовали 267 девочек из шести школ, в том числе больные педикулезом. После двух месяцев работы в группе, в которой проводилась просветительская деятельность отмечено снижение уровня зараженности с 59% до 44%. Частота новых случаев в экспериментальной группе почти в два раза была ниже, чем в контрольной [354].

План мероприятий Десятилетия детства [296], утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 января 2021 года, нацеленный на укрепление и защиту здоровья детей; улучшение качества и доступности медицинской помощи детям; совершенствование системы питания обучающихся в образовательных организациях и др. позволил достигнуть положительных результатов. Отчеты Росстата свидетельствуют о положительной тенденции в снижении заболеваемости и смертности детей всех возрастов от всех причин.

Можно отметить снижение заболеваемости за период с 2018 по 2022 гг. среди детей до 14 лет более чем на 13% по некоторым инфекционным и паразитарным болезням; более 20% – по болезням крови, кроветворных органов и отдельным нарушениям, вовлекающим иммунный механизм; чуть менее 5% по заболеваниям, связанным с эндокринной системой, расстройством питания, нарушениями обмена веществ; более 10% по заболеваниям нервной системы; от

10 до 27% по заболеваниям органа зрения и его придаточного аппарата; уха и сосцевидного отростка; костно-мышечной системы и соединительной ткани; системы кровообращения; органов пищеварения; кожи и подкожной клетчатки; мочеполовой системы [111].

Таким образом, здоровье подростков является многофакторным феноменом и в подавляющих случаях является социально-управляемым. Для анализа возможных рисков для здоровья подростков и разработки эффективной системы раннего выявления возможных нарушений, необходимо вести регулярные мониторинговые наблюдения социально-психологических факторов и изучать поведение и фиксировать текущее состояние здоровья подростков в ходе ежегодных профилактических медицинских осмотров.

1.4. Предпрофессиональное медицинское образование в России и зарубежом

Вопросы профессионального самоопределения связаны с одной стороны, с личными потребностями и возможностями, с другой – с общественным запросом и уровнем развития науки и технологии, а в условиях современного, стремительно развивающегося научно-производственного кластера, – с непрерывным образованием [216].

Роль медицины постоянно растет, появившиеся научно обоснованные технологии (молекулярно-биологические, клеточные, тканевые, инженерные и др.) позволяют излечивать заболевания, которые ранее считались неизлечимыми. Поэтому в основе улучшения здоровья и безопасности пациентов, в конечном итоге, лежит качественное обучение медицинских работников на всех уровнях образования [353].

Последние годы в России, как и во всем мире активно развивается профильное и предпрофессиональное обучение на уровне старшей школы. Осуществление предпрофильного образования закрепляется законодательно. В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в

Российской Федерации (п. 25, ст. 2; ст. 66, ч. 4; ст. 67, ч. 5) в школах допускается формирование предпрофильных классов [193]. При этом образовательный процесс не ограничивается стенами школы и «классическими» учебными предметами, учащиеся имеют возможность включаться в профориентационные проекты, реализуемые «Роскосмосом», Университетом Иннополис, компанией РОСНАНО и других организаций, а также проекты предпрофессионального образования: инженерного, медицинского, IT-классов и других [5].

Медицинские кадры являются значимой частью государственной политики в области здравоохранения, которые позволяют обеспечить медицинскими услугами население и достигнуть одну из целей устойчивого развития (ЦУР 3), включающей обеспечение здорового образа жизни и благополучия для всех в любом возрасте, что и определяет кадровую политику как одну из приоритетных в развитии здравоохранения [118, 149, 219, 247, 317].

Отмечается, что по расчетам ВОЗ, в перспективе, только за счет развития систем первичной медицинской помощи можно существенно снизить смертность и повысить продолжительность жизни к 2030 году более чем на 3,5 года [61].

Необходимо отметить, что важной причиной отсутствия прогресса в предоставлении медицинских услуг является не только низкая эффективность расходов на здравоохранение, но и отсутствие медицинских специалистов. Известно, что в настоящее время система здравоохранения испытывает дефицит кадров. По данным Минздрава России на 2019 года укомплектованность участковыми терапевтами составляет 81,0%, педиатрами – 89,6%, в 2023 году потребность во врачах составляла 29 тысяч, а в средних медицинских работниках – 63 тысячи. Несмотря на то, что темпы роста финансирования, выделяемого на здравоохранение, ежегодно увеличиваются, потребность в кадрах остается актуальной во всем мире [173, 369].

Бескаравайная Т. отмечает, что уровень обеспечения медицинскими кадрами падает в России на протяжении последних двух лет. В течение 2022 года из государственных медицинских учреждений уволились по разным причинам 9,7

тыс. врачей и 38,9 тыс. работников среднего медицинского персонала. При этом 2,4% врачей и 4,3% работников среднего медицинского персонала полностью ушли из системы здравоохранения [26].

В то же время 30% выпускников медицинских вузов не планируют свою профессиональную деятельность в здравоохранении, и большая часть выпускников выбирает специальности, в которых нет недостатка [8].

Как отмечает Касимовская Н.А., Тюков Ю.А. и соавторы, непосредственно на базовом уровне получения образования в высшем учебном заведении складывается ситуация потери будущих медицинских кадров [130, 293]. Ранее, Заляев А.Р. и другие исследователи также отметили, что уже на этапе обучения студенты, интерны, ординаторы задумываются о смене профессии – таковых оказалось от 32 до 38,9% опрошенных [108, 116].

Аналогичные исследования среди студентов медицинских высших учебных заведений показали, что, около 10–15% первокурсников, обучающихся в высших медицинских учебных заведениях не имеют представления о содержании и условиях будущей работы [96].

Исключительное значение в политике обеспечения кадрами системы здравоохранения обретают вопросы профессионального соответствия, в том числе профессиональной ответственности, отбора и подготовки медицинских работников [300, 91, 166].

Как уже было отмечено нами выше, вопросы обеспечения медицинской отрасли профессиональными кадрами являются объектом пристального внимания высших органов власти страны. Так, Министерством здравоохранения Российской Федерации разработан проект Стратегии развития медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2025 года, работа по ликвидации проблемных вопросов в медицинском образовании и сложившегося дефицита медицинских кадров осуществляется в ходе реализации Национального проекта «Здравоохранение» (2019–2024 гг.) в который входит

проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» [220, 279].

Необходимо отметить, что медицинское образование состоит не только из высшего звена. Мирошниченко А.Г. с соавторами справедливо отмечают, что высшее медицинское образование является лишь одним из множества элементов действующей в нашем государстве системы непрерывной профессиональной подготовки работников здравоохранения. При этом довузовская часть системной подготовки кадров медицинской отрасли является базовой – целенаправленно ориентирующей подростков на будущую врачебную профессиональную деятельность [175].

Анализ российской практики профориентационной работы среди подростков на медицинские профессии свидетельствует о том, что данная работа, чаще всего, осуществляется в процессе обучения подростков в классах естественно-научного или химико-биологического профиля. Однако, данные образовательные программы не отражают всех аспектов и тонкостей медицинской деятельности [175].

Долгое время основной работой по профориентации подростков являлись индивидуальные и групповые профориентационные беседы, однако как показывает опыт, такая работа не является эффективной [55, 90, 94, 131, 301].

Для каждого этапа непрерывного медицинского образования роль профориентационной работы приобретает особое значение, поскольку в случае отбора лучших из числа мотивированных абитуриентов будут обеспечены лучшие исходные данные для учебного процесса. Данные обстоятельства указывают на значимость изучения факторов обеспечивающих формирование профессиональной направленности на медицинские специальности [130, 10].

Практикоориентированность с возможностью построения индивидуальной образовательной траектории является лучшим вариантом профилизации подрастающего поколения [142, 254].

Переход на профильное образование в России проходил в рамках реализации Федеральной целевой программы развития образования. Так в 18 июля 2002 года в России была принята «Концепция профильного обучения на старшей ступени общего образования». В соответствии с концепцией, основная цель обновления старшего звена образования состоит в расширении возможности обеспечения непрерывности между общим и профессиональным образованием и обеспечение эффективной подготовки подростков к освоению программ высшего профессионального образования [181, 198].

Однако, необходимо отметить, что без учета индивидуальных особенностей психики, наклонностей и способностей, выбирая профиль обучения, школьники ориентируются исключительно на предметы, интересные ему для дальнейшего изучения, при этом не имея представления о связанных с ними профессиях [16].

Наряду с профильным обучением активно развивается предпрофессиональное, которое наряду с углубленным изучением отдельных предметов реализует практико-ориентированные курсы, которые знакомят будущих выпускников с будущей профессией.

Гужова В.В. с соавторами, описывая систему работы школы в сфере профилизации интересов обучающихся, отмечает, что профессиональное просвещение должно начинаться уже на этапе младшего звена, продолжаться в предпрофильной подготовке на уровне основной школы и завершаться профильным и предпрофессиональным обучением в старших классах [82].

Важным направлением предпрофильной и предпрофессиональной подготовки обучающихся старших классов в области здравоохранения, является «проектно-исследовательская деятельность в области медицины» [33]. При этом отмечается, что наиболее перспективным направлением развития проектов на медицинскую тематику, является использование на условиях анонимности реальных данных, собранных практикующими врачами. Именно такие работы вызывают наибольшую заинтересованность у учащихся [33, 69, 185].

Особенный интерес у подростков и их родителей вызывают формы обучения, реализуемые школами в партнерстве с вузами и предприятиями. Проект «Школа – университет – клиника» активно развивается в Москве, Саратове, Воронеже, Екатеринбурге, Санкт-Петербурге. Выпускники предуниверсариев в последующем выборе профессии более осознанно делают выбор, так как уже хорошо представляют себе специфику обучения в медицинском университете и осознают сложность будущей профессии [59, 143].

Так по данным агентства RAEX, рейтинг лучших учебных заведений России по конкурентоспособности выпускников в сфере «Медицина» за период с 2019 по 2023 год возглавляет Медицинский Сеченовский Предуниверсарий [248].

Как отмечает ректор ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Глыбочко П.В., Предуниверсарий реализует принцип непрерывности школьного и высшего образования, осуществляя образовательную деятельность в формате приближенному к университетскому. Такая интеграция школьного и высшего образования в области медицины способствует выявлению и поддержке подростков способных не только успешно осваивать сложные университетские программы, но и участвовать в научно-исследовательской деятельности [77].

Профессиональную заинтересованность выпускников предуниверсариев отмечает и Каграманян И.Н. с соавторами, Тюнина О.И. и соавторы. Как указывают исследователи, ежегодно более 85% выпускников продолжает обучение по медицинскому направлению [123, 294].

Наряду с Предуниверсариями, в стране широко развивается сеть специализированных классов медицинской направленности, каникулярные «Школы медицины», малые медицинские академии и др., где обучающиеся знакомятся с особенностями и спецификой профессии врача, расширяют знания о специализациях и структуре врачебной деятельности, об особенностях обучения в медицинских вузах [217, 286, 311].

В России на сегодняшний день имеется почти десятилетний опыт по созданию и функционированию медицинских классов. С 2015 года реализуется проект «Медицинский класс в Московской школе».

Трапезниковой И.В. с соавторами отмечается, что в Белгородской области реализуется программа «Обеспечение системы здравоохранения Белгородской области медицинскими кадрами» на 2021-2030 годы, в рамках которой с 2021 года классы медицинской направленности сформированы в 24 общеобразовательных учебных заведениях области [286].

Проект «Медицинские классы», реализуемый в городе Тюмени, способствует увеличению количества общеобразовательных учреждений региона, оснащённых медицинскими классами [311].

Реализация предпрофессионального (профильного) образования, основанного на принципах дифференциации и индивидуализации с ориентацией на эффективную социализацию и адаптацию в соответствии со способностями обучающихся и потребностями общества, имеет многолетнюю историю не только в России, но и за рубежом [282, 180].

В США предпрофильное обучение (*specialized education*) организовано на последних этапах обучения в школе (высшая (старшая) школа (*high school*) с девятого по двенадцатый класс). Анализируя опыт по интеграции программ медицинского образования в школьную систему, стоит выделить разработку и внедрение внеурочной программы, известной как "менторство в области медицины" (*MIM After School Program*) проводимой в средних школах Нью-Йорка. Основной целью программы является усиление знаний по биологии человека и мотивация молодежи из неблагополучных семей к осуществлению карьеры в сфере здравоохранения. Второстепенная цель – заключается в повышении медицинской грамотности учащихся и их знаний о здоровом образе жизни [106, 332].

Не только медицинские высшие учебные заведения в США внедряют комплексные программы, направленные на предпрофессиональную подготовку

учащихся старших классов и колледжей в области медицины. Так, описывается 11-недельная многопрофильная программа наставничества для старшеклассников из городских районов Reach One Each One на базе больниц [371].

Необходимо отметить, что практика наставничества в области предпрофессиональной подготовки в области здравоохранения довольно широко распространена и в Соединенных Штатах Америки [338].

Интересен опыт Американского колледжа медицины образа жизни (American College of Lifestyle Medicine, ACLM), сотрудники которого сотрудничают с колледжами, организовывая рабочие группы, реализуют различные проекты в области медицины образа жизни. Медицина образа жизни – новое и активно развивающееся направление. Отмечается, что изучение медицины образа жизни является необходимой основой не только для санитарного просвещения населения, но может принести пользу медицинскому работнику на любом этапе его образования [351].

Участие академических медицинских центров в работе с населением в области предпрофессионального медицинского образования повышает осведомленность подростков о важности медицинской профессии. В 2008 году студенты Медицинского колледжа Университета штата Пенсильвания в Херши (Pennsylvania State University College of Medicine in Hershey, PA), впервые начали предлагать старшеклассникам семестровый курс под названием PULSE, чтобы пробудить интерес подростков к медицине [386].

Департамент спортивной науки и оздоровительного образования штата Огайо (Department of Sport Science and Wellness Education, SSWE) и Программа технической подготовки в области спортивного здравоохранения (Athletic Health Care Technical Preparation, Tech Prep, АНСТР) Университета Акрона (UA) успешно развивают сотрудничество между профессорско-преподавательским составом, медицинскими работниками, студентами-медиками и старшеклассниками, предоставляя старшеклассникам практический опыт, а студентам – возможности для наставничества и исследований [330].

В систему школьного образования Китая активно внедряется сотрудничество с ведущими университетами и научно-исследовательскими институтами с целью выявления талантливой молодежи и ее развития. Например, средняя школа № 2 Восточно-Китайского педагогического университета (NHSECNU) реализуют программу обучения молодых талантов в области науки и технологических инноваций, организованную Китайской ассоциацией науки и технологий и Министерством здравоохранения. Благодаря этой программе учащиеся могут проводить исследования под руководством ведущих ученых [376, 381, 424].

Для решения проблемы нехватки и удержания медицинских работников в сельских и отдаленных поселениях, в некоторых канадских медицинских учебных организациях предпринимаются усилия по увеличению числа принятых сельских студентов. Как отмечают авторы, среди студентов, получающих высшее медицинское образование сельских выпускников гораздо меньше, так как в сельских общинах, как правило, меньше профессионалов, способных поддержать выпускников школ в выборе медицинской профессии [331, 400].

Для предпрофессиональной ориентации сельской молодежи в области здравоохранения при финансировании Объединенного постоянного комитета по вопросам сельского хозяйства (Joint Standing Committee on Rural Issues, British Columbia), была разработана онлайн-программа наставничества, которая объединила сельскую молодежь (с 7 по 11 класс профессиональной направленности) в Британской Колумбии со студентами-медиками-сверстниками под названием Rural eMentoring BC (ReMBC). Целью программы было формирование позитивного отношения сельской учащейся молодежи к карьере сельского медицинского работника [400, 405, 333].

Предпрофессиональное обучение в медицинской области в Великобритании начинается с pre-med track, образовательной программы, направленной на подготовку подростков к сдаче экзаменов для поступления в медицинскую школу [395].

В школьной системе Германии с самого начала школьники распределяются по различным образовательным траекториям. В седьмом классе гимназисты могут выбрать одну из специализаций и прицельно готовиться к поступлению в вуз, 30 % мест для будущих врачей предоставляются выпускникам с наивысшими оценками [146, 170].

В отличие от многих стран, ученики старших классов во Франции имеют право сразу поступать в медицинскую школу. Это первый шаг к тому, чтобы стать врачом во Франции [81].

В Норвегии требованиями для поступления в медицинские вузы является окончание средней школы с дополнительными естественнонаучными предметами (математика, физика, химия) [361].

Во всем мире растет доля обучающихся, выбирающих обучение по профильной программе. Наличие профилей в средних школах во всех развитых странах мира является обязательным [214, 308, 322].

На основании проведенного литературного анализа можно констатировать, что развитие предпрофессионального образования в России, в основном, соответствует мировым тенденциям. Главное отличие Российского предпрофессионального образования заключается в углубленном изучении профильных дисциплин на обязательном базовом уровне в соответствии с общим учебным планом, при этом предпрофессиональное медицинское образование в системе непрерывной образовательной траектории «школа-университет-клиника» представлено в России в полной мере.

Резюме к главе 1

Таким образом, анализ литературных источников показал, что для решения вопросов кадрового дефицита и повышения качества предоставляемых медицинских услуг в здравоохранении требуется уделять внимание факторам формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального

медицинского образования, что расширит возможность дальнейшей социализации учащихся, обеспечит преемственность медицинского образованием, позволит выпускникам успешнее адаптироваться при освоении программ высшего профессионального образования, сохранив при этом собственное здоровье для того чтобы своим поведением подкреплять соблюдение здорового образа жизни у будущих пациентов.

Анализ публикаций отечественных и международных научных исследований выявил, что среди подростков наблюдается широкое распространение различных факторов, представляющих угрозу для их здоровья. При этом, крайне недостаточно комплексных исследований по изучению современного состояния культуры здоровья старших подростков, выбравших в качестве своей будущей профессиональной деятельности медицину, что ограничивает возможность разработки научно-обоснованных мероприятий по ее формированию. Выявлено, что для оценки уровня культуры здоровья с медицинских позиций на сегодняшний день существует определенный дефицит интегративных подходов и методов, которые могли бы позволить оценить, изучаемый феномен с учетом всего его многообразия.

Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, является элементом нового и активно развивающегося направления – медицина образа жизни. Отмечается, что формирование культуры здоровья является необходимой основой не только для санитарного просвещения населения, но может принести пользу медицинскому работнику на любом этапе его образования. Доказано, что обучение будущих медицинских работников в условиях, способствующих формированию культуры здоровья, повышает в дальнейшем качество предоставляемых услуг в области оказания медицинской помощи. Предпрофессиональное обучение будущих медицинских работников в рамках медицинских предпрофессиональных образовательных программ имеет первостепенное значение из-за междисциплинарного характера культуры здоровья.

Обобщение опыта и проведённый анализ показывает необходимость разработки комплекса медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков и универсальной и адекватной системы оценки культуры здоровья подростков, обладающей высоким адаптивным потенциалом и возможностью модифицироваться под индивидуальные особенности подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы исследования

Реализация поставленной цели и задач исследования требуют формирования комплексной программы, в основе которой положен системный подход, позволяющий рассматривать проблему подготовки кадров здравоохранения с позиции сочетанного влияния различных факторов, одним из которых, как показал анализ литературы, является состояние здоровья будущих работников здравоохранения – профессионально-ориентированных подростков. Другим подходом, положенным в основу программы исследования, стал метод, позволяющий рассматривать формирование кадрового ресурса в динамике: от появления ориентационной установки подростков на медицинскую профессию до начала трудовой деятельности.

Поскольку установлено, что необходимым условием успешной адаптации при освоении программ высшего профессионального образования, сохранив при этом собственное здоровье для того, чтобы своим поведением подкреплять соблюдение здорового образа жизни у будущих пациентов профессионально-ориентированных подростков в области медицины, является наличие личностного высокого уровня культуры здоровья, то на изучение условий его формирования и направлена программа исследования.

Систематизация данных, полученных учеными и собственный опыт, по изучению культуры здоровья подростков, показывает необходимость разработки комплексного исследовательского подхода, включающего: «...мониторинговые показатели для оценки качества формирования культуры здоровья, выявления актуальных проблемных аспектов в организации мероприятий по ее формированию, осуществлении динамического контроля за эффективностью их

реализации на этапе предпрофессионального медицинского образования и до начала трудовой деятельности» [52].

При этом под «культурой здоровья» понималось: «определенный образ жизнедеятельности индивидуума, связанный с профилактикой заболеваний и укреплением состояния здоровья» [52]. В общем смысле культура здоровья отражает комплекс знаний и компетенций человека, позволяющий удовлетворить его личные потребности в области здравоохранения.

Под профессионально-ориентированными школьниками в области медицины понимались подростки, обучающиеся в 10-11 классах по образовательным программам предпрофессиональной медицинской направленности.

Объект исследования: подростки, обучающиеся на уровне предпрофессионального медицинского образования, родители/законные представители подростков, студенты медицинского университета.

Единицей наблюдения является: подросток, планирующий поступление в образовательную организацию высшего профессионального образования, осуществляющую подготовку врачебных кадров в системе здравоохранения, обучающийся на этапе предпрофессионального медицинского образования; родитель/законный представитель подростка; студент медицинского университета, проходивший предпрофессиональную подготовку; студент медицинского университета, не проходивший предпрофессиональную подготовку.

Предмет исследования: интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

Дизайн исследования: выборочное (простое повторное) опросное описательное исследование. С учетом минимального порога числа участников

исследования выборочная совокупность составила: 1600 подростков; 1528 родителей (законных представителей).

Выборочная совокупность складывалась исходя из данных численности подростков, обучающихся по программам предпрофессионального обучения медицинской направленности в период с 2019-2024 гг. в целом по изучаемым образовательным учреждениям возрасте от 15 до 18 лет, что обеспечивало единство генеральной совокупности и сопоставимость групп исследования по уровню учебной нагрузки и объединяло общей профессиональной направленностью на связь будущего с медицинской деятельностью. Генеральная совокупность составила 4697 чел.

В период с 2019 по 2021 год проходила разработка оценочного инструментария для диагностики культуры здоровья подростков на уровне их предпрофессиональной подготовки. Разработанная анкета ежегодно апробировалась и совершенствовалась для обеспечения полноты и глубины понимания изучаемого феномена: проводилось предварительное тестирование, по результатам которого вносились необходимые корректировки с последующим повторным тестированием, что позволило создать авторскую методику социально-гигиенического исследования культуры здоровья подростков. Анализ позволил, в конечном итоге, разработать интегративную модель формирования и мониторинга культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, которая в 2022-2024 гг. прошла окончательную апробацию: сентябрь 2022 г. – входное анкетирование; период 2022-2023 и 2023-2024 уч.г. – проведение мероприятий по формированию культуры здоровья; апрель-май 2024 г. – итоговое анкетирование.

Анкетированию предшествовал этап сбора информации о заболеваемости и распространенности факторов риска нарушения здоровья у подростков. Сбор анамнеза проходил путем анализа медицинской документации включавшей: бланки формы 112/у (История развития ребенка); справки 26/у (Карта ребенка

ДДУ, школы); карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 г. № 514, форма № 030-ПО/у-17). Аналогичный сбор статистических данных о заболеваемости проведен после проведенных формирующих мероприятий.

В дополнение к основному исследованию в работу включены данные о заболеваемости студентов 2 и 6 курса ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), поступивших на обучение после окончания Ресурсного центра «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва) (n=388), из которых 82 – студенты 2 курса (участвовали в мероприятиях по формированию культуры здоровья) и 306 – студенты 6 курса (не участвовавшие в мероприятиях по формированию культуры), и студентов, не обучавшихся в нем (n=1339) за период их обучения.

При планировании программы исследования опирались на использование следующих **методов исследования**: библиографический, информационный и семантический поиск, аналитический, экспертный, выкопировка данных из первичной документации, социологический (анкетный опрос), статистический, моделирования, SWOT-анализа.

База исследования – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва), Ресурсный центр «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва) и филиалы: Государственное автономное общеобразовательное учреждение «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий Брянской области» (г. Брянск); МАОУ «Лицей № 14 им. А. К. Болдырева» Сеченовский Предуниверсарий Магаданская обл., (г. Магадан); Ресурсный центр «Сеченовский Предуниверсарий» (г. Калуга Калужской области); МАОУ «Средняя школа №33

с углублённым изучением отдельных предметов» «Медицинский предуниверсарий им. И.М. Сеченова Камчатского края» (г. Петропавловск-Камчатский); «Коми республиканский лицей при Сыктывкарском государственном университете» Медицинский Сеченовский Предуниверсарий (г. Сыктывкар) (Рисунок 1).

Все подразделения Сеченовского Университета являются площадками в области научных исследований в сфере здравоохранения, в том числе исследований направленных на решение проблем дефицита и качества кадрового резерва медицинской отрасли на пути реализации важного звена в системе непрерывной образовательной траектории «предуниверсарий – вуз – клиника».

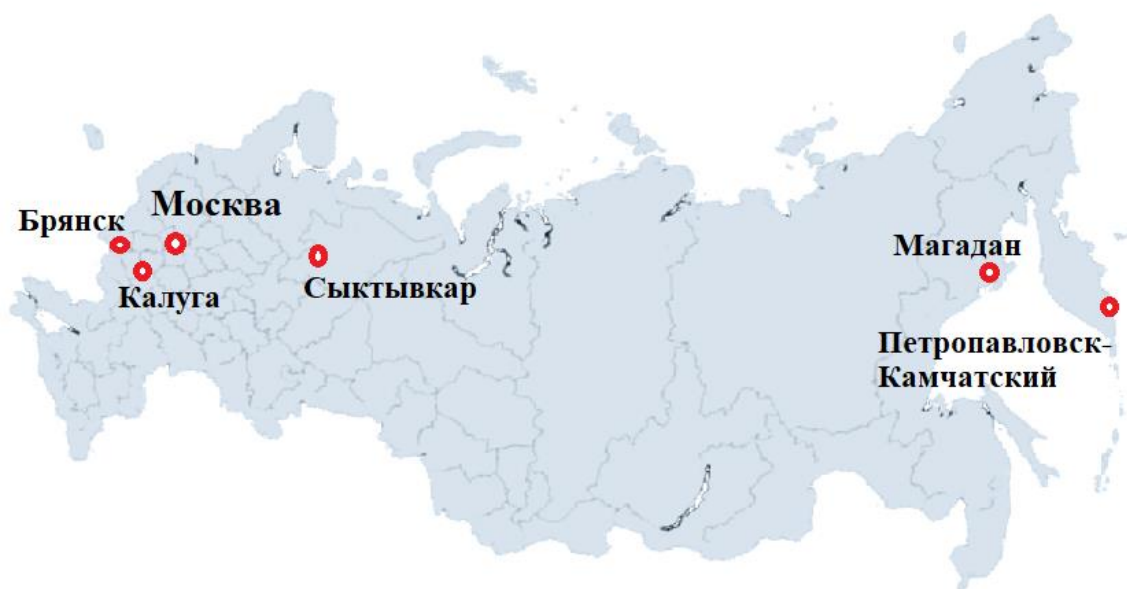


Рисунок 1 – География базы исследования

Особенностью профильного обучения в учебных заведениях, явившихся базой исследования, является углубленное изучение отдельных предметов и введение альтернативных курсов по специальности.

Профильное обучение помогает молодому поколению самоопределиться в выборе будущей профессии с учетом интересов и способностей, позволяет учащимся выбрать осознанно конкретную приоритетную область для более глубокого изучения.

Учащиеся 10-11 классов Предуниверсариев имеют возможность сочетать обучение по программам основного общего и среднего общего образования с вузовской системой занятий. Занятия по профильным предметам (биология, химия) проводятся с применением инновационных образовательных технологий с раскрытием творческого потенциала обучающихся путем внедрения в образовательный процесс научно-практической работы.

Таким образом, наряду с обязательной общеобразовательной программой в Предуниверсариях каждый обучающийся имеет возможность активно заниматься научными проектами в биологических и химических лабораториях, оснащенных современным оборудованием, получать практические навыки по программе ранней профессиональной ориентации и профильной медицинской подготовки учащихся «Шаг в медицину». Курс подразумевает использование фантомных и симуляционных технологий по уходу и активному взаимодействию с больными, а также отработку действий и первой помощи в чрезвычайных ситуациях.

К проведению лекций, мастер-классов привлекаются ведущие специалисты в различных областях медицины, профессорско-преподавательский состав профильных кафедр медицинских университетов (общей биологии, общей генетики и паразитологии, кафедры общей и аналитической химии, кафедры ботаники и др.).

За период исследования (2019-2024 гг.) в образовательных учреждениях, явившихся базой исследования, обучалось 4697 подростков.

По данным ЕМИСС обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях (человек на 10 тыс. населения), на август 2024 г. в областях, где расположены базы исследования,

составляет менее 58 на 10 тыс. населения. Особенно остро проблема дефицита кадров стоит в Брянской, Калужской областях и республике Коми.

Обеспеченность населения средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, также в большинстве регионов (Брянской, Курской, Калужской областях и Москве) ниже 100 на 10 тыс. населения и имеет тенденцию к снижению.

2.2. Методика и этапы исследования

Исследование в рамках диссертационной работы одобрено решением ЛЭК ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол №16-24 от 20.06.2024) и выполнено в рамках соглашения о сотрудничестве Сеченовского Университета с Правительством Брянской, Магаданской, Калужской области, Камчатского края, Республики Коми (Приложение Б).

Исследование выполнялось в пять этапов, программа исследования, задачи этапов, методы, источники информации и объем наблюдений представлены в таблице 1, дизайн исследования на рисунке 2.

Критерии включения подростков в исследование:

1. Наличие письменного информированного согласия респондентов на участие в исследовании.
2. Возраст 15 лет и старше.
3. Пол мужской и женский.
4. Обучающиеся предпрофессионального медицинского образования.

Критерии невключения подростков в исследование:

1. Возраст 0-15 лет.

Критерии исключения респондентов из исследования:

1. Отказ респондентов от дальнейшего участия в исследовании.

Критерии включения родителей (законных представителей) в исследование:

1. Наличие письменного информированного согласия респондентов на участие в исследовании.
2. Пол мужской и женский.
3. Наличие ребенка, обучающегося на этапе предпрофессионального медицинского образования в возрасте от 15 до 18 лет.

Критерии невключения родителей (законных представителей) в исследование:

1. Возраст до 19 лет.

Критерии исключения респондентов из исследования:

1. Отказ респондентов от дальнейшего участия в исследовании.

Критерии включения студентов в исследование:

1. Студенты, обучающиеся на 2 и 5-6 курсах по программам специалитета на период 2024 г.
2. Пол мужской и женский.

Критерии невключения студентов в исследование:

1. Иностраный гражданин
2. Наличие перерыва в обучении.

Критерии исключения респондентов из исследования:

1. Отказ респондентов от дальнейшего участия в исследовании.

Все участники исследования были уведомлены о его добровольном характере. Им было разъяснено, что они вправе отказаться от участия в любой момент и не отвечать на вопросы, которые могут посягать на их права как личности и гражданина.

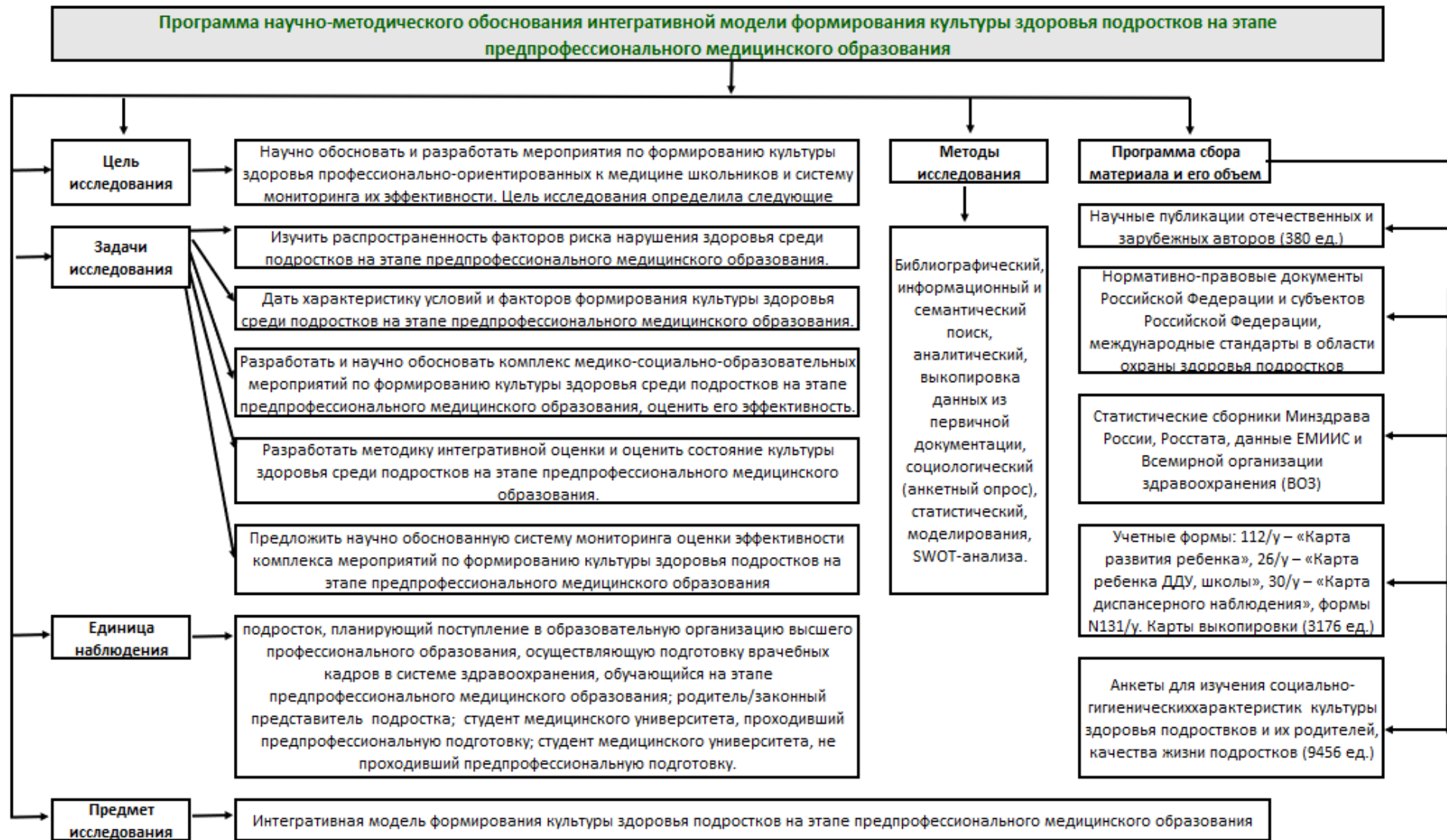


Рисунок 2 – Дизайн-схема исследования

На первом этапе (2019-2021 гг.) был проведен теоретический анализ и обработка зарубежных и отечественных публикаций и нормативных правовых документов по изучаемой тематике с целью выявления противоречий в науке и практике в области формирования культуры здоровья подростков, профессионально ориентированных к медицине.

Результаты анализа определили необходимость более глубокого изучения факторов и условий формирования культуры здоровья подростков, разнообразие подходов к ее оценке, поиска и разработки новых усовершенствованных методов процедуры оценки и мониторинга культуры здоровья подростков с учетом их профессиональной направленности.

Определен план (Таблица 1) и дизайн исследования (Рисунок 2).

На *втором* этапе исследования (сентябрь – октябрь 2022 г.) выявлялись: социально-гигиеническая характеристика; степень распространенности факторов риска нарушения здоровья в среде подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, семейно-бытовые условия и уровни культуры здоровья обучающихся в 10-11 классах и их родителей.

Проведено сплошное исследование в 10-11 классах Предуниверсария Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва) и филиалах городов: Брянск, Магадан, Калуга, Петропавловск-Камчатский, Сыктывкар.

На основе анализа результатов опроса проведено распределение подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по возрасту, полу и месту учебы; факторам, повлиявшим на выбор будущей медицинской профессии; уровню и характеру образования родителей; социально-экономическим условиям жизни.

Определена характеристика образа жизни и состояния здоровья подростков по наличию вредных привычек и факторов риска здоровью; самооценке здоровья; наличию хронических заболеваний, степени активности в отношении сохранения собственного здоровья и выбору способа оздоровления.

Таблица 1 – Программа исследования

№	Этапы исследования	Задачи исследования	Методы исследования и анализа данных	Источники информации и объем наблюдений
1	Аналитический обзор отечественного и международного опыта формирования культуры здоровья подростков.	Изучить распространенность факторов риска нарушения здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.	Аналитический, библиографический информационный и семантический поиск	307 отечественных и 94 зарубежных литературных научных источников и нормативных правовых документов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, международные стандарты в области охраны здоровья индивида, из электронных баз данных (eLibrary.ru, PubMed, онлайн-библиотеки Wiley, Google Scholar, ВАК РФ, консультант+); статистические сборники Минздрава России, Росстата, данные ЕМИСС и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

Продолжение Таблицы 1

№	Этапы исследования	Задачи исследования	Методы исследования и анализа данных	Источники информации и объем наблюдений
2	<p>Определение социальных детерминат культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования</p>	<p>Дать характеристику условий и факторов формирования культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.</p>	<p>Социологический (анкетный опрос), статистический, документальный, выкопировки из медицинской документации</p>	<p>Комплексная анкета «Социально-гигиеническое исследование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»; комплексная анкета «Социально-гигиеническое исследование культуры здоровья родителей»; учетные формы: 112/у – «Карта развития ребенка», 26/у – «Карта ребенка ДДУ, школы», карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, форма № 030-ПО/у-17. Изучены данные профосмотров 1600 подростков, обработано 3200 анкет учащихся и 3056 анкет родителей (законных представителей)</p>

Продолжение Таблицы 1

№	Этапы исследования	Задачи исследования	Методы исследования и анализа данных	Источники информации и объем наблюдений
3	Оценка состояния здоровья и распространенности факторов риска заболеваний среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования	Разработать и научно обосновать комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, оценить его эффективность.	Аналитический, социологический (анкетный опрос), статистический	Результаты предыдущих этапов исследования; опросник SF-36 ("SF-36 Health Status Survey"), бланки ответов, подростков (n=1600)
4	Определение роли факторов образовательной среды медицинских предуниверсариев в формировании культуры здоровья подростков	Разработать методику интегративной оценки и оценить состояние культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.	Аналитический, социологический, (анкетный опрос), статистический	Результаты предыдущих этапов исследования

Продолжение Таблицы 1

№	Этапы исследования	Задачи исследования	Методы исследования и анализа данных	Источники информации и объем наблюдений
5	Разработка интегративной модели формирования культуры здоровья школьников на этапе предпрофессионального медицинского образования	Предложить научно обоснованную систему мониторинга оценки эффективности комплекса мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.	Аналитический, статистический моделирования, SWOT-анализа	Результаты предыдущих этапов исследования; бланки ответов, подростков (n=1600); данные выкопировки первичной медицинской документации: учетной формы N131/у, студентов, обучающихся по программам специалитета: лечебное дело; педиатрия; стоматология; медико-профилактическое дело (n=1576).

На основании анализа распространенности факторов риска нарушения здоровья среди подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования и изучения опыта определения предикторов, оказывающих влияние на формирование культуры здоровья среди подростков в рамках их предпрофессионального медицинского обучения, был разработан уникальный метод интегративного анализа текущего состояния культуры здоровья данной возрастной группы. Основой для этого метода послужил всесторонний опросник, составленный для проведения социально-гигиенического изучения уровня культуры здоровья подростков на данном этапе их образовательного пути. Дополнительно была создана аналогичная анкета для родителей, что позволило выявить связь между культурой здоровья учащихся и семейным воспитанием [53].

В результате этот комплексный подход дал возможность определить ключевые факторы, способствующие формированию и развитию здорового образа жизни среди подростков в преддверии их профессиональной карьеры в медицинской сфере.

На основе анализа нормативных документов и научной литературы, экспертных мнений и результатов опроса определены 13 параметров культуры здоровья профессионально-ориентированных подростков и разработано по две анкеты для подростков, и их родителей (Приложение Г).

Анкета 1 для подростков включала вопросы, распределенные по 3 блокам: социально-гигиеническая характеристика (14 вопросов); ваше здоровье (10 вопросов); культура здоровья (требовалась оценка 13 параметров по 6 позициям).

Анкета 1 для родителей включала вопросы, распределенных по блокам, аналогичным в анкете для подростков: социально-гигиеническая характеристика (7 вопросов); ваше здоровье (9 вопросов); культура здоровья (требовалась оценка 13 параметров по 6 позициям).

В рамках раздела «Социально-гигиеническая характеристика» был включен ряд вопросов, предназначенных для комплексного анализа различных аспектов личности респондентов. Эти вопросы предусматривали оценку демографических параметров, таких как пол, возраст и уровень образовательной подготовки участников. Кроме того, особое внимание было уделено изучению мотивационных факторов, которые повлияли на решение человека посвятить свою карьеру медицинской сфере. В дополнение, в этот блок включены вопросы, направленные на оценку социально-экономических условий, в которых проживают участники исследования, для выявления возможного влияния этих условий на их здоровый образ жизни и профессиональный выбор. Эта интеграция разноплановых вопросов обеспечивает всестороннее понимание социальных и гигиенических аспектов, оказывающих влияние на формирование профессионального пути в сфере здравоохранения.

С помощью вопросов, включенных в блок «Ваше здоровье» анализировали самооценку собственного здоровья респондентов по таким параметрам как: общая оценка; имеющиеся жалобы на состояние здоровья и наличие хронических заболеваний или инвалидности; частота острых заболеваний; активность в охране собственного здоровья; предпочтительные способы оздоровления и источники получения знаний о сохранении здоровья.

Определены 13 параметров культуры здоровья профессионально-ориентированных подростков, включенные блок «Культура здоровья школьника». Оценивались параметры по ответам на вопросы, раскрывающие следующие аспекты, изучаемого феномена, а именно культура: получения информации о здоровье и его сохранении; правовой грамотности в сфере сохранения здоровья; саморазвития в отношении сохранения здоровья; здорового быта; личной гигиены; питания; отдыха; учебной деятельности;

общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья; физической активности; предупреждения заболеваний; отношения к вредным привычкам; отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье [53]. При этом выявлялись ограничивающие и способствующие формированию культуры здоровья факторы.

Анкета 2 как для подростков, так и родителей включала 2 дополнительных вопроса для определения уровней элементов культуры здоровья: профилактической (оценка значимости вторичной профилактики, предупреждения развития заболеваний и их осложнений, степень владения методами профилактики заболеваний) и медицинской (оценка осознания необходимости согласования вопросов, связанных с личным здоровьем с врачом, и соблюдения его рекомендаций).

При анкетировании, для всех реализованных в рамках диссертационной работы опросов, критериями отбраковки заполненных анкет стали: невозможность анализа анкетных данных в силу ее повреждения; шаблонность ответов в открытых вопросах; отсутствие ответов на 10% и более вопросов.

Изучение общей заболеваемости производилось на основании фиксированных, в соответствующей медицинской документации, сведений по обращаемости и по результатам профилактических осмотров. Сведения о частоте, поводе обращений, хронической патологии, прохождении медосмотров получали из информации, имеющейся в учетной форме 112/у (Карта развития ребенка). Из учетной формы 26/у (Карта ребенка ДДУ, школы) брались сведения об обращении к врачу, прививках, результатах осмотра. Определение классов заболеваний осуществлялось с использованием Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) [171].

В ходе исследования был определен интегральный индекс культуры здоровья у подростков, обучающихся в системе предпрофессионального медицинского образования. Индекс сформирован на основе анализа уровня компетентности учащихся в области здоровья, а также их установок, отношений, мотивации и стремления к формированию и реализации принципов здорового образа жизни. При этом учитывались ориентиры, которыми школьники руководствовались при формировании отдельных аспектов культуры здоровья, а также фактическое состояние их здоровья.

Шкала для определения уровня сформированности культуры здоровья подростков определялась на основе суммы значений, переведенных в баллы, набранных по каждому показателю, что позволило распределить подростков по группам: первая группа – с низким уровнем культуры здоровья; вторая группа – со средним уровнем культуры здоровья; третья группа – с высоким уровнем культуры здоровья [53].

Оценка степени сформированности культуры здоровья основывалась на данных из двух блоков: субъективного (социологическое исследование) и объективного (оценка состояния здоровья на основании выкопировки из первичной медицинской документации).

Изучены данные 1600 профосмотров подростков, обработано 3200 анкет учащихся и 3056 анкет родителей (законных представителей).

На *третьем* этапе (ноябрь 2022 г.) осуществлялась работа по реализации задачи по изучению взаимосвязи уровня культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с состоянием их здоровья, качеством жизни, успешностью в учебе и уровнем культуры их родителей.

Дополнительно проведен опрос подростков с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey» [408]. В опроснике 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал: «Физическое функционирование» (PF); «Ролевое

функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP); «Интенсивность боли» (BP); «Общее состояние здоровья» (GH); «Жизненная активность» (VT); «Социальное функционирование» (SF); «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE); «Психическое здоровье» (PH). Диапазон показателей шкал от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье, результаты представляются в виде оценок в баллах (чем выше оценка, тем более высокий уровень качества жизни). Шкалы формируют показатели душевного и физического благополучия.

Проведен сравнительный анализ между состоянием культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, состоянием их здоровья, качеством жизни, успешностью в учебе и уровнем культуры родителей для определения тесноты, направления и статистической значимости корреляционной связи между изучаемыми признаками.

На *четвёртом* этапе исследования (декабрь 2022 г.) дана характеристика факторов, определяющих культуру здоровья подростков, профессионально ориентированных на медицину, проведена оценка их вклада в формирование культуры здоровья подростков, которая осуществлялась на основе результатов опроса по таким факторам как: материальные, информационные, жилищные, отношения с родителями, физические ограничения в здоровье, хорошее здоровье, занятость, нагрузка, отсутствие интереса, мотивированность, лень, особенности личности, волевой характер, религиозные убеждения, вера, привычки, пример для подражания, неорганизованность, организованность, недостаток знаний. Комплексная оценка факторов и степень их влияния на респондента осуществлялась методом ранжирования, наименьшее значение ранга (1) означало наибольшую значимость фактора. Для анализа использованы

результаты анкетирования подростков, проведенного на предыдущих этапах исследования.

На *пятом* этапе исследования разрабатывался комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и система мониторинга оценки эффективности предлагаемого комплекса мероприятий с проведением SWOT-анализа.

Реализация медико-организационных мероприятий повышения уровня культуры здоровья профессионально-ориентированных подростков осуществлялась в период 2022-2023 и 2023–2024 учебных годов по следующим блокам: информационный; образ жизни; социально-психологический.

Результативность внедрения предложений и практических рекомендаций по формированию культуры здоровья подростков рассчитывалась исходя из показателей динамики потенциала культуры здоровья подростков.

Оценивалась динамика состояния здоровья выпускников школ профессионально-ориентированных к медицине в ходе обучения в медицинском вузе на примере подростков, завершивших обучение в Предуниверсарии, обучающихся в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России в сравнительном аспекте со студентами не являющимися выпускниками Предуниверсария. Данный анализ направлен на проверку гипотезы о том, что ученики, исходно нацеленные на медицинское образование, имеют высокий уровень культуры здоровья, и не нуждаются в дополнительных мероприятиях по их формированию.

Реальные показатели состояния здоровья были получены на основании выкопировки из первичной медицинской документации: учетной формы N 131/у за период 2018-2024 гг. Исследование проводилось сплошным

методом. Анализировались данные студентов 5 и 6 курса: 155 выпускников и 1132 студентов не выпускников Предуниверсария, непрерывно обучающихся с момента поступления до 2024 г. по программам специалитета: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело».

Также, в 2024 году проведено одномоментное сплошное исследование уровня заболеваемости студентов 2 курса Института Клинической Медицины имени Н.В. Склифосовского Сеченовского Университета за их период обучения в вузе.

Студенты 2 курса, выпускники Предуниверсария подвергались оцениванию, так как они частично участвовали в эксперименте (выпуск 2023 гг.). Анализировались данные студентов 2 курсов, непрерывно обучающихся с момента поступления до 2024 г.: 82 выпускников Сеченовского Предуниверсария (Москва), поступивших на обучение в ИКМ в 2023 году (после годового участия в мероприятиях по формированию культуры здоровья) и 207 студентов, не являющихся выпускниками Предуниверсария, обучающихся по специальности высшего образования «лечебное дело».

Экономическая эффективность от повышения уровня культуры здоровья проводили путем расчета предотвращенного экономического ущерба от заболеваемости. Экономические потери, опосредованные заболеваемостью подростков, складывались из расходов на оказание стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

2.3. Статистическая обработка данных и определение их достоверности

Объем выборочной совокупности основывался на данных численности подростков, обучающихся по программе предпрофессионального обучения медицинской направленности за период с 2019 по 2024 гг. в образовательных учреждениях, являющихся базой исследования, и составила 4697 чел.

Для расчета необходимого объема выборки использовалась формула:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)N}{\Delta^2 N + z^2 p(1-p)}$$

где n – рассчитанный объем выборки; N – объем генеральной совокупности (в нашем случае 4697); p – вероятность события (принята 0,5); Δ – предельно допустимая ошибка (в нашем случае принято за 5%, что допускается для исследований в медицинской социологии). С учетом 5% ошибки, 95% доверительного уровня и заданной мощности критерия 85% критические значения z составило 1,960 [137].

В качестве генеральной совокупности принята совокупность подростков, обучающихся по программам предпрофессионального обучения медицинской направленности за период наблюдений, соответственно объем выборочной совокупности в соответствии с расчетом:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5(1 - 0,5) * 4697}{0,05^2 * 4697 + 1,96^2 * 0,5(1 - 0,5)} \approx 355$$

Так как исследовано несколько признаков, в качестве генеральной совокупности принято решение задать объем, рассчитанный исходя из главного признака – общность обучения по программам медицинской направленности, что обеспечивало сопоставимость групп исследования по уровню учебной нагрузки и объединяло общей профессиональной направленностью на связь будущего с медицинской деятельностью. Расчеты показали, что в исследование необходимо было включить результаты анкетирования не менее 355 респондентов.

Для расчета репрезентативности выборки использовали формулу А.М. Меркова:

$$\Delta = t \sqrt{\frac{\sigma^2}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)},$$

где: N - генеральная совокупность; n – выборка; Δ - мера точности; t - доверительный коэффициент (в нашем исследовании t=2, что соответствует вероятности 0,954); σ^2 - дисперсия выборочной совокупности (принята за 0,25, допуская, что вычисленная величина средней ошибки будет максимальной).

Необходимый объем выборочной совокупности дополнительно оценивался по методике К.А. Отдельновой [211]. Согласно рекомендациям и таблице К.А. Отдельновой, определяющей минимальный размер выборки, для проведения исследований с высокой точностью при уровне значимости $p = 0,05$ необходим объем выборки не менее 400 наблюдений. С учетом минимального порога числа участников исследования для повышения степени достоверности результатов предусмотрено увеличение выборки до 1678 подростков, что позволяет считать ее репрезентативной и отражающей свойства генеральной совокупности.

По школам-участникам исследования было разосланы приглашения с формами индивидуальных согласий для родителей (законных представителей) и подростков. Начали и завершили анкетирование 1678 подростков. Анализу подвергли данные 1600 респондентов, так как 78 анкет содержали некорректные ответы или были оформлены с нарушением требований.

Расчет показал, что при $N = 4637$, $n = 1600$:

$$\Delta = \sqrt{\frac{0,25^2}{1600} \left(1 - \frac{1600}{4637}\right)} = 0,005$$

Таким образом, ошибка в исследовании не будет превышать 0,5%, что соответствует повышенной надежности результатов (допускается ошибка в 3%).

Доверительный интервал для генерального среднего (далее ДИ) рассчитывался по формуле:

$$\left(\bar{x} - t_{kp} \cdot \frac{s}{\sqrt{n}} \cdot \sqrt{1 - \frac{n}{N}}; \bar{x} + t_{kp} \cdot \frac{s}{\sqrt{n}} \cdot \sqrt{1 - \frac{n}{N}}\right)$$

или

$$\left(\bar{x} - t_{kp} \cdot \frac{s}{\sqrt{n}} \cdot \sqrt{1 - \frac{d}{100}}; \bar{x} + t_{kp} \cdot \frac{s}{\sqrt{n}} \cdot \sqrt{1 - \frac{d}{100}}\right)$$

где d - процент выборки.

При $n > 30$ определяем значение t_{kp} по таблицам функции Лапласа, при $n \leq 30$ – определяем значение t_{kp} по таблице распределения Стьюдента.

Объем выборочной совокупности студентов 5-6 курсов, не являющихся выпускниками Предуниверсария, поступивших в 2018-2019 гг. на обучение в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, для оценки динамики состояния их здоровья в ходе обучения в медицинском вузе составил:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5(1 - 0,5) * 11723}{0,05^2 * 11723 + 1,96^2 * 0,5(1 - 0,5)} \approx 372$$

В качестве генеральной совокупности принято решение задать объем, рассчитанный исходя из общей численности студентов, обучающихся по программам специалитета «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», без учета иностранных студентов, в 2024 г., которая составила 11723 человек.

Для повышения степени достоверности результатов предусмотрено увеличение выборки до 1132 чел. Ошибка репрезентативности $\Delta=0,0067$, что соответствует повышенной надежности результатов.

Объем выборочной совокупности студентов 5 и 6 курсов выпускников Предуниверсария (Москва), поступивших на обучение в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России для оценки динамики состояния их здоровья в ходе обучения в медицинском вузе не

рассчитывался, так как проведенное сплошное обследование предполагало изучение каждого из членов интересующей совокупности.

Аналогично сплошным методом были изучены данные студентов 2 курса выпускников Предуниверсария (Москва), а также не являющихся выпускниками Предуниверсария, обучающихся по программе специалитета «лечебное дело».

Для оценки уровня распространённости факторов в среде подростков использовалось ранжирование, наиболее встречаемым факторам присваивался наименьший ранг (1), что означало его наибольшую частоту встречаемости в группе респондентов. Оценка факторов и степень их влияния на респондента осуществлялась методом ранжирования, наименьшее значение ранга (1) означало наибольшую значимость фактора.

Для выявления достоверных различий между изучаемыми признаками, проверки нормальности распределения и других математических и статистических расчётов был использован набор функций программы Excel (Microsoft Office® Excel® 2019, Microsoft Corporation, USA). При расчете частоты проявления в среде подростков качественные показатели заменялись на числовые выражения (наличие привычки выставлялось значение 1, при отсутствии – 0). Количественные данные представлены с указанием абсолютных значений и долей, а также в формате $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое, σ – стандартное отклонение. Для проверки достоверности разницы средних между изучаемыми показателями был использован «критерий Стьюдента» (в отсутствии нормального распределения – Манна-Уитни). Изучения силы и направления взаимосвязи между изучаемыми параметрами применяли метод ранговой корреляции Спирмена. Статистическая значимость различий анализировалась с использованием Критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса. Анализ динамики заболеваемости проведен с использованием расчета автокорреляция уровней временного ряда. Уровень значимости был установлен как $p < 0,05$.

Прогностическая значимость факторов определялась с использованием метода нормированных интенсивных показателей (НИП), расчетом весовых коэффициентов (ВК), на основе анализа результатов опроса. Основой послужили показатели, рассчитанные по методике Е.Н. Шигана (1986) [319]. Оценка важности каждого фактора и его прогностическое значение для формирования уровня культуры здоровья рассчитывалась через установление интегрированной оценки риска снижения культуры здоровья (ИВР). Чем выше значение показателя, тем большего внимания требует изучаемый фактор.

Размер выборки пилотного опроса был определен исходя из общего количества учащихся 10-11 классов в Предуниверсарии, которое в 2019 году составляло 472 человека. Для расчета объема выборки использовалась формула:

$$n = \frac{Nt^2pq}{N\Delta^2 + t^2 pq}$$

Учитывая заданный уровень мощности 95%, минимальный размер выборки для 2019 года был установлен не менее 181 респондента. Ввиду того, что расчет необходимой численности выборки основан на предварительных данных, был использован больший объем выборки. Следовательно, в 2019 году в опросе приняли участие 260 подростков.

Оценка репрезентативности выборки показал, что при $N = 472$, $n = 260$ ошибка в исследовании не будет превышать 1%.

В ходе опроса участникам предлагалось оценить важность каждого из 13 анализируемых элементов культуры здоровья по трёхбалльной шкале: 1 балл - низкий уровень, 2 балла – средний, 3 балла – высокий. Максимально возможная сумма баллов составляла 39. Высокий уровень был установлен при получении 28 и более баллов, низкий – при 16 и менее баллах. Во всех остальных случаях уровень соответствовал среднему, то есть от 17 до 27 баллов [53].

В основу дифференциации уровней культуры здоровья легли результаты оценочной шкалы, полученные в ходе предварительного опроса ($m=21,5$; $\sigma=9,02$). Вычисления производились с использованием соответствующих математических формул: граница низких баллов = $m - \frac{2}{3}\sigma$; граница высоких баллов = $m + \frac{2}{3}\sigma$. С учетом теоретического предположения, что в средний диапазон попадает 50% выборки были определены границы низких баллов (16) и высоких баллов (28). Проведен анализ внутренней согласованности анкеты (коэффициент альфа Кронбаха = 0,8282).

Выбор адекватных методов обработки, полученных достоверных данных, с учетом выборки, а также реализация программы и методик исследования позволили достигнуть цели и решить поставленные задачи.

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАТЫ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ПРЕДПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

3.1. Социально-гигиеническая характеристика подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Все подростки, участвующие в исследовании, проходили обучение по программе ранней профессиональной ориентации и профильной медицинской подготовки в образовательных учреждениях, являющихся базой исследования.

В результате анкетирования, проведенного в начале 2022-2023 учебного года (сентябрь – октябрь 2022 г.), установлено, что среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, по численности, во всех городах где проводилось исследование, преобладали девушки ($72,3 \pm 3,25\%$, 1183 чел.), соответственно, юношей в среднем было – $27,7 \pm 3,29\%$ (417 чел., таблица 2).

Среди опрошенных учащихся преобладающая часть ($44,3\%$) приходится на лиц 16-летнего возраста. Доля 15-летних составила $18,2\%$, а учащиеся в возрасте 17-18 лет – $37,5\%$. Таким образом средний возраст участников наблюдения составил $16,8 \pm 0,88$ лет.

Значительное большинство из опрошенных подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования имели намерения поступить в медицинский вуз – 1478 человек ($92,4\%$), 80 человек – (5%) планируют получить высшее образование, связанное с биологией и химией, 1% респондентов планируют продолжать обучение в медицинских колледжах, 26 обучающихся, что составило $1,6\%$, не определились с выбором вуза.

В опросе приняли участие 1528 родителей, из которых 1108 (72,5%) – женского и 420 (27,5%) – мужского.

Таблица 2 – Характеристика подростков по возрасту и полу

База исследования	Показатели				
	Количество участников, N (%)	Возраст, лет M±σ	ДИ	Пол, N (%)	
				муж	жен
Москва	1096 (68,5)	16,3±1,0	16.3;16.3	266 (24,3)	830 (75,7)
Брянск	226 (14,2)	16,9±1,9	16.71;17.27	75 (33,2)	151 (66,8)
Магадан	78 (4,9)	16,8±0,5	16.75;17.01	20 (25,6)	58 (74,4)
Калуга	29 (1,8)	16,9±0,5	16.68;17.12	8 (27,6)	21 (72,4)
Петропавловск-Камчатский	101 (6,3)	16,9±0,7	16.59;17.21	30 (29,7)	71 (70,3)
Сыктывкар	70 (4,4)	16,9±0,8	16.69;17.13	18 (25,7)	52 (74,3)
Итого	1600 (100)	16,8±0,88	16.29;16.29	417 (27,7)	1183 (72,3)

Средний возраст родителей составил: матерей – 43,0±3,47 лет; отцов – 43,6±3,68 лет.

Большинство подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования воспитывались в полной семье (1332 чел., 83,3%), на долю респондентов, проживающих в неполной семье, приходилось 268 подростков (16,7%) на момент исследования проживали у родственников 31 школьник (1,9%) и самостоятельно – 3,2% (51 подросток) (Рисунок 3).

Распределение подростков по уровню и характеру образования родителей отражено в таблице 3.

Отметили, что в их семье есть работники, связанные с медицинской деятельностью 710 (44,4%) подростков, у 890 (55,6%) респондентов в семье никто не связан со сферой здравоохранения.



Рисунок 3 – Характеристика подростков по условиям воспитания (% , n=1600)

Таблица 3 – Характеристика родителей по уровню и характеру образования (абс.ед. (%))

Образование	Мать	Отец
Высшее немедицинское	795 (71,2±1,8)	270 (64,5±1,5)
Высшее медицинское	106 (10,2±1,6)	39 (9,2±1,5)
Среднее профессиональное немедицинское	86 (7,5±1,2)	68 (17,3±2,8)
Среднее профессиональное медицинское	64 (5,5±0,5)	12 (2,8±0,8)
Среднее общее	57 (5,3±0,8)	31 (6,7±1,9)
Итого	1108(100,0)	420 (100,0)

При этом основная часть родителей подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования имеют высшее немедицинское образование ($71,2 \pm 1,8\%$ матерей и $64,5 \pm 1,5\%$ отцов), только каждый десятый родитель – врач. Доля родителей, имеющих среднее медицинское образование не велика: $5,5 \pm 0,5\%$ матерей (64 чел.) и $2,8 \pm 0,8\%$ отцов (12 чел.).

Как видно из данных, представленных в таблице 3, матери подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования имеют более высокий уровень образования: у $81,3\%$ матерей высшее образование против $73,7\%$ у отцов. Можно предположить, что именно матери определяют и формируют направленность детей на получение высшего образования, в том числе и в области медицины.

Распределение подростков по референтным группам относительно причины выбора профиля обучения отражает рисунок 4.

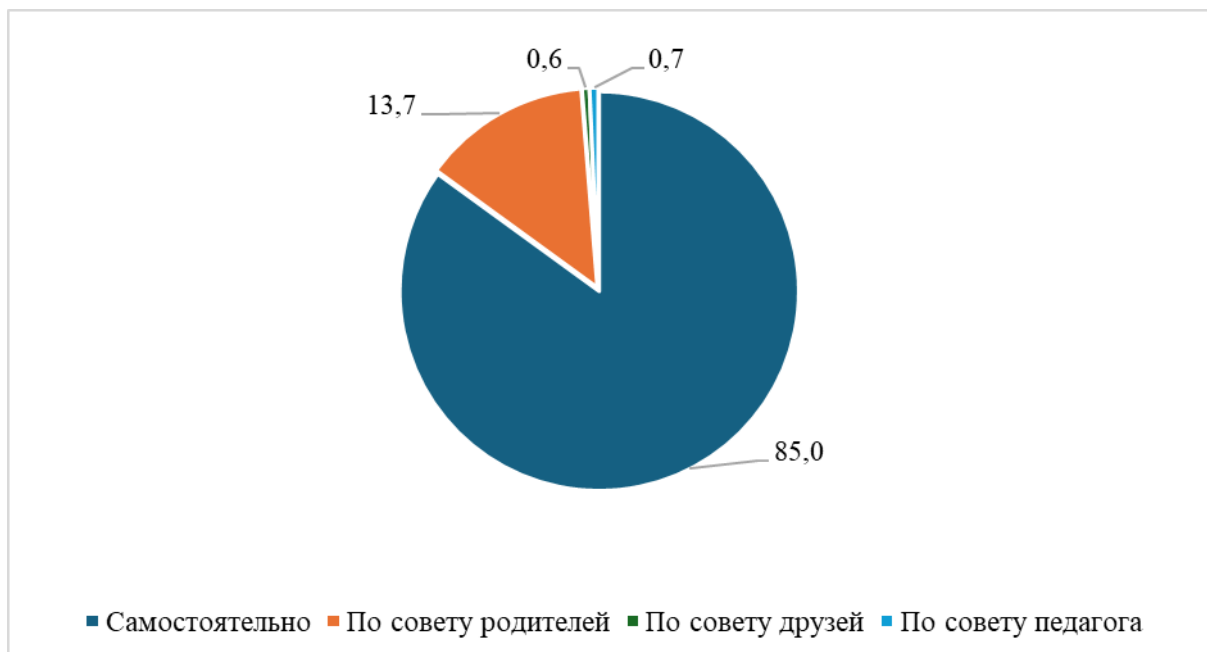


Рисунок 4 – Причины выбора подростками профиля (% , n=1600)

Опрос показал, что большинство подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, сделали свой выбор самостоятельно – 85,0% (1360 чел.), реже – под влиянием родителей – 13,7% (219 чел.), и крайне редко под влиянием друзей и педагогов, соответственно: 0,6% (10 чел.) и 0,7% (11 чел.).

Проведен анализ социально-экономических условий жизни подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, результаты которого приведены на рисунке 5.

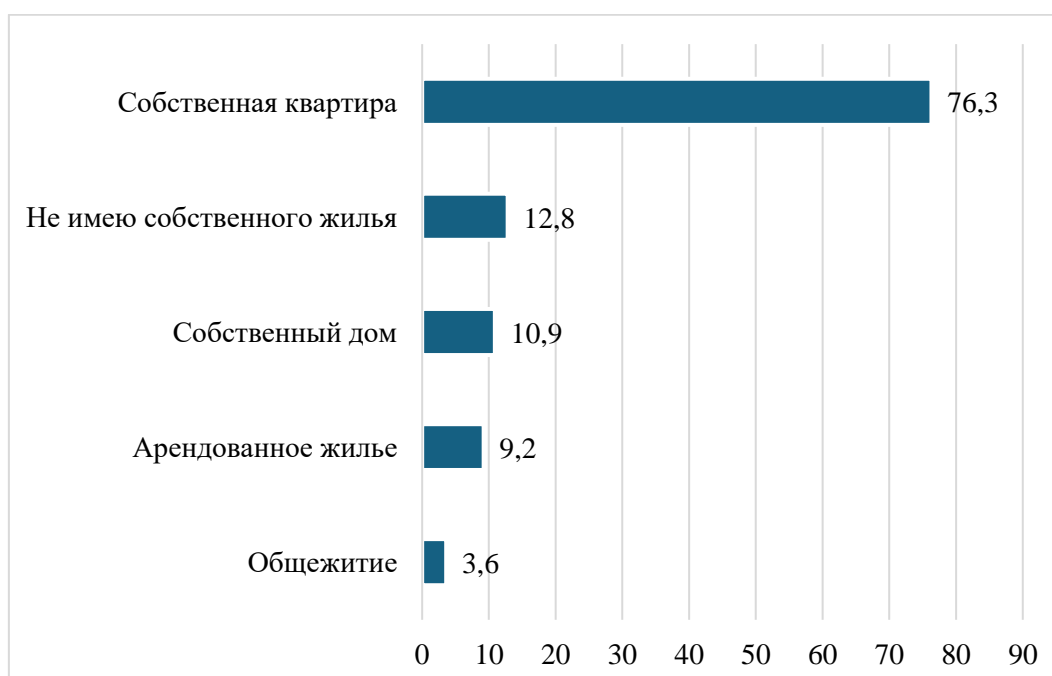


Рисунок 5 – Характеристика жилищных условий подростков (на 100 опрошенных, n=1600)

Данные показывают, что большая часть подростков имеют хорошие бытовые условия – 1220 человек проживают либо в собственной (76,3%) квартире или собственном доме (175 чел., 10,9%). Однако треть опрошенных имеют жилищные ограничения: 205 подростков (12,8%) заявили, что семья не имеет собственного жилья; 58 человек (3,6%) проживают в общежитии; 147 (9,2%) – в арендованной квартире.

Материальное положение семьи (Рисунок 6) оценили, как благополучный (доходов хватает на оплату жилья, питание, отдых и накопление) 660 (41,3%) подростков, 482 (30,1%) имеют средний и ниже среднего достаток, 458 (28,6%) испытывают регулярные материальные затруднения для оплаты жизненно необходимых расходов.

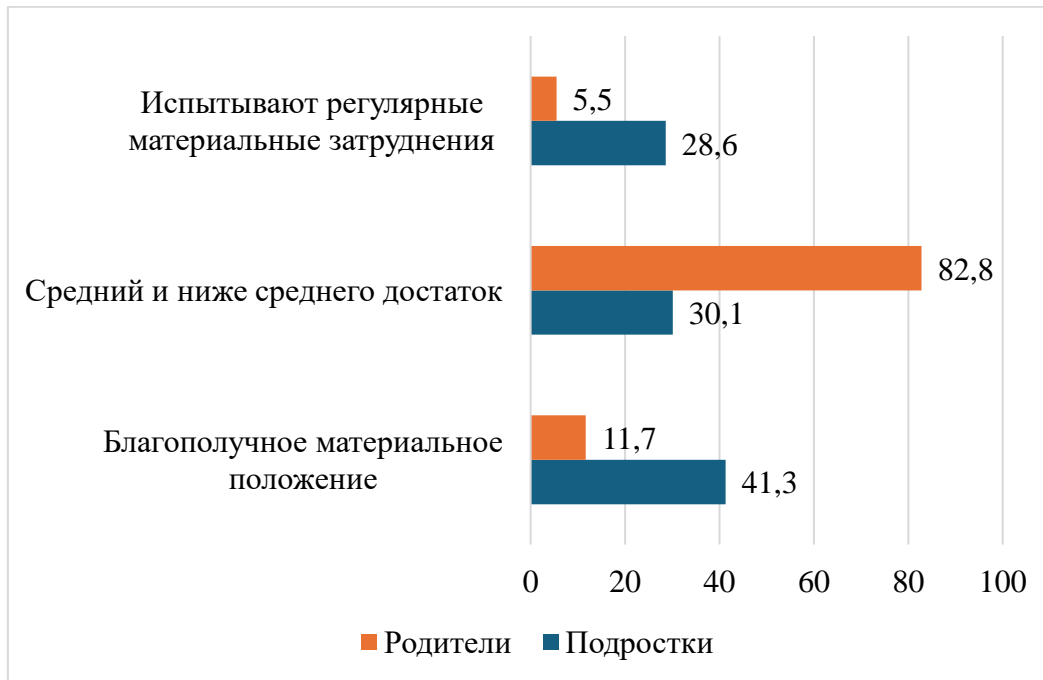


Рисунок 6 – Характеристика материального положения семьи по оценке подростков (n=1600) и их родителей (n=1528) (на 100 опрошенных соответствующей группы)

При этом оценка родителей относительно достатка несколько отличалась от представлений подростков, так, 84 (5,5%) родителей отметили, что испытывают регулярные материальные затруднения для оплаты жизненно необходимых расходов; как благополучный оценили 11,7% и как имеющие средний достаток – 82,8%.

Предположительно, различия в оценке уровня дохода между родителями и детьми показывают, что основная масса родителей стараются обеспечить детей всем необходимым, в силу чего у подростков складывается более позитивное отношение к уровню достатка семьи. При этом ограничения

подростков в лишних, порой неоправданных, финансовых тратах со стороны родителей дает повод подростку считать, что семья испытывает материальные затруднения.

3.2. Распространенность факторов риска нарушения здоровья и отклонений в состоянии здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и их родителей по данным опроса

Условием и необходимым элементом здорового образа жизни человека является избегания вредных привычек и снижение влияния факторов риска нарушения здоровья. Распределение подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по наличию вредных привычек и факторов риска здоровью представлено в таблице 4.

Данные, представленные в таблице 4, показывают, что наибольшую частоту распространения среди подростков имеют такие неблагоприятные факторы риска развития нарушений здоровья, как переедание ($20,2 \pm 1,00\%$), совмещение приема пищи и чтения отмечено у $40,0 \pm 1,22\%$ подростков, добавление соли в пищу – у $38,8 \pm 1,22\%$, добавление пряностей в пищу – у $32,6 \pm 1,17\%$, повышенное употребление сладостей – у $46,2 \pm 1,25\%$ подростков.

Менее распространенными вредными для здоровья, факторами у подростков стали: использование токсических препаратов – $1,0 \pm 0,25\%$ опрошенных; нарушения режима сна – $0,6 \pm 0,19\%$; прокрастинация – $0,4 \pm 0,16\%$; компьютерные игры – $1,0 \pm 0,19\%$; перегрузкам и травмам в спорте подвержено $1,0 \pm 0,25\%$ подростков. Сочетание нескольких факторов риска развития нарушения здоровья имеют 290 респондентов, что составило $16,2 \pm 1,30\%$ от общего числа опрошенных.

Таблица 4 – Характеристика подростков по наличию вредных привычек и факторов риска (n=1600, на 100 опрошенных)

Факторы риска здоровью	Значения, абс.ед.(P±m, %)
Переедание	326 (20,2±1,00)
Совмещение приема пищи и чтения	616 (40,0±1,22)
Добавление соли в пищу	611 (38,8±1,22)
Добавление пряностей в пищу	507 (32,6±1,17)
Повышенное употребление сладостей	750 (46,2±1,25)
Курение	77 (3,0±0,43)
Прием алкоголя	67 (3,0±0,43)
Использование токсических препаратов	26 (1,0±0,25)
Нарушения режима сна	14 (0,6±0,19)
Прокрастинация	14 (0,4±0,16)
Компьютерные игры	12 (1,0±0,25)
Перегрузки и травмы в спорте	16 (1,0±0,25)
Отсутствие факторов	70 (3,5±0,46)

Среди опрошенных родителей подростков 35,1±1,17% отметили отсутствие у них вредных привычек (500 чел.), 11,4±0,77% указали в качестве вредной привычки повышенное употребление сладкого, а 10,0±0,73% – курение, 7,9±0,7% опрошенных отметили наличие у себя привычки повышенного употребления пряностей (Таблица 5).

В качестве основной вредной привычки по 5,2±0,52% родителей подростков указали переедание, совмещение приема пищи и чтения, а также добавление соли в пищу (4,1±0,47%).

Далее по убыванию ими был указано наличие у них таких привычек как: нарушение режима сна (2,0±0,39%); прием алкоголя (0,8±0,27%). Привычку читать на ночь отметили 0,6% человек и компьютерные игры – 0,4±0,16% опрошенных родителей.

Как имеющие сочетание различных факторов оценили себя 22,2±1,48% опрошенных родителей (385 чел.). При этом необходимо отметить, что среди родителей отсутствуют те, кто злоупотребляет токсическими препаратами и

склонные к постоянному откладыванию дел, приводящих к жизненным проблемам.

Таблица 5 – Результаты распределения родителей по наличию вредных привычек и факторов риска

Факторы риска здоровью	Значения, P±m, (%), n=1528
Переедание	69 (5,2±0,52)
Совмещение приема пищи и чтения	69 (4,3±0,52)
Добавление соли в пищу	55 (4,1±0,47)
Добавление пряностей в пищу	130 (7,9±0,70)
Повышенное употребление сладостей	160 (11,4±0,77)
Курение	143 (10,0±0,73)
Прием алкоголя	18 (0,8±0,27)
Использование токсических препаратов	-
Нарушения режима сна	38 (2,0±0,39)
Прокрастинация	-
Компьютерные игры	5 (0,4±0,16)
Перегрузки и травмы в спорте	5 (0,4±0,16)
Отсутствие факторов	500 (35,1±1,17)

По результатам самооценки, подростки и их родители дали характеристику состояния своего здоровья. В результате как плохое оценили 3,1% (50 подростков) и 0,2% их родителей (3 чел.), удовлетворительное – соответственно: 16,5% (264 подростка) и 6,7% (102 родителя), хорошее – 50,1% (802 подростка) и 81,8% (1248 родителей), отличное – 30,3% (484 подростка) и 11,4% (175 родителей, рисунок 7). Указали, что имеют инвалидность с детства 19 (1,2%) респондентов из числа подростков и 0,5% (7 чел.) родителей.

Анализ ответов обучающихся на наличие жалоб по состоянию здоровья (таблица 6) показал, что наиболее часто подростков беспокоит утомляемость (44,7%), на втором месте – раздражительность (35,1%), на третьем – головная боль (23,1%). Необходимо отметить, что почти половина

подростков испытывает проблемы с памятью, при этом у 53,6% отсутствуют жалобы на ее ухудшение.

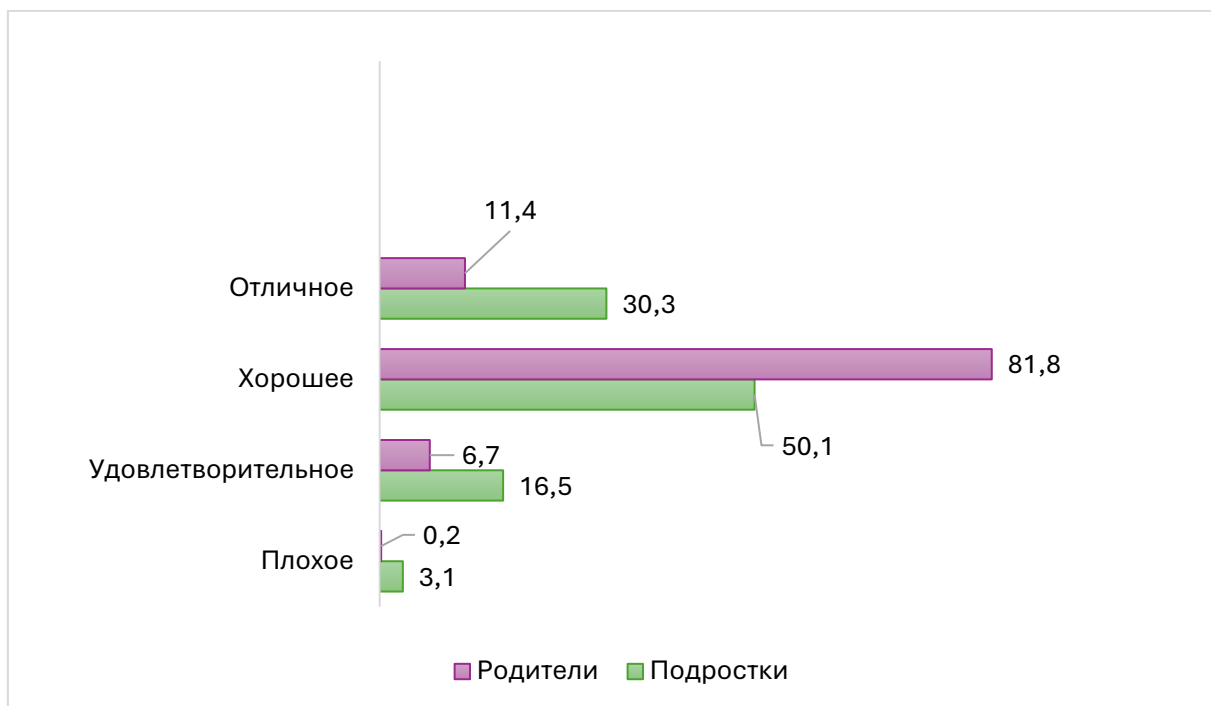


Рисунок 7 – Самооценка подростками и их родителями своего здоровья (на 100 опрошенных соответствующей группы, подростки n=1600, родителей n=1528)

Жалобы на отклонения в состоянии здоровья родителей расположились следующим образом (по мере уменьшения), из наиболее часто возникающих: повышенная утомляемость (34,7%); раздражительность (19,1%); головные боли (19,0%) и снижение памяти отметили 11,7% родителей (Таблица 6).

Как редко встречающиеся отмечены родителями такие проблемы как головные боли (62,7%), раздражительность (44,8%), утомляемость (32,2%) и снижение памяти (21,7%).

Среди прочих основная жалоба родителей стала проблемы с костно-мышечной системой, 39,4% респондентов указали на наличие проблем с суставами, болями в пояснице, наличие судорог.

По данным опроса выявлено, что болеют в течение года редко – от одного до двух раз – 75,4% подростков (1206 чел.), с частотой три-четыре раза в год – 21,1% (338 чел.), пять и более раз – 3,5% (56 чел., рисунок 8).

Таблица 6 – Численность подростков по характеру жалоб на здоровье (абс.ед. (%), n=1600)

Жалобы	Часто	Редко	Не беспокоит
Головная боль	370 (23,1)	784 (49,0)	446 (27,9)
Раздражительность	561 (35,0)	686 (42,9)	353 (22,1)
Утомляемость	715 (44,7)	680 (42,5)	205 (12,8)
Снижение памяти	286 (17,9)	456 (28,5)	858 (53,6)

Результаты самооценки, показали, что те или иные хронические заболевания имеют 24,4% (390 чел.) подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования (таблица 7).

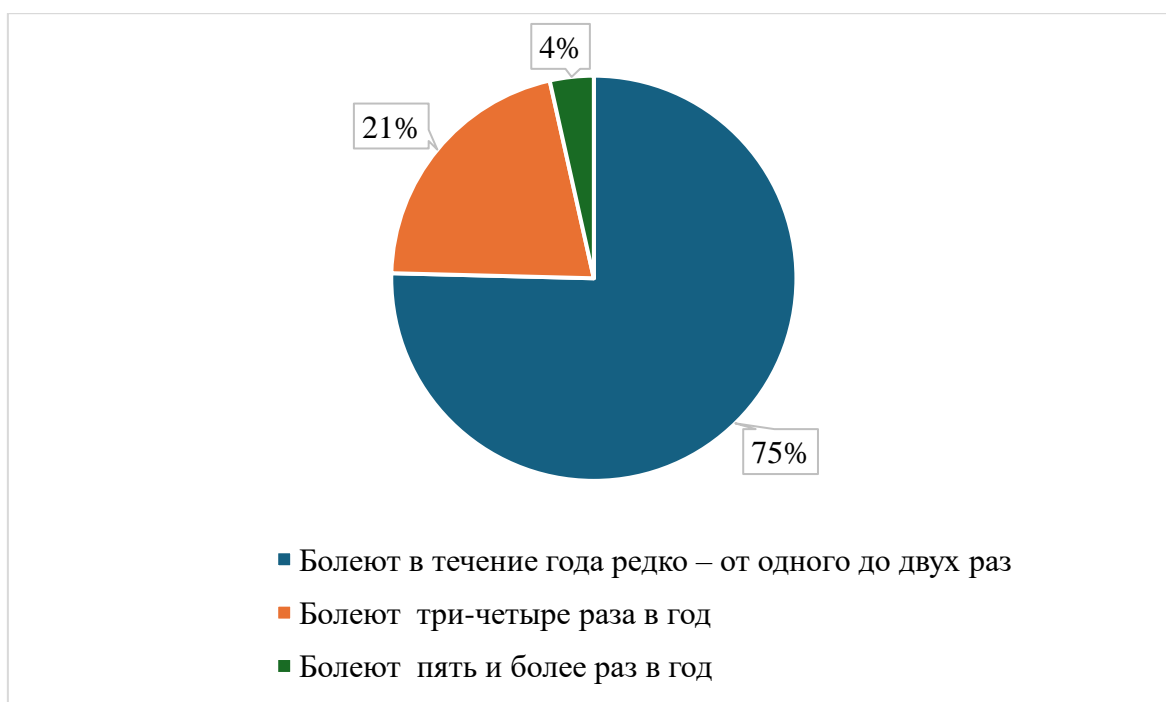


Рисунок 8 – Численность подростков по частоте заболеваний острыми респираторными заболеваниями (% , n=1600).

Таблица 7 – Частота хронических заболеваний подростков и их родителей по результатам самооценки (на 100 опрошенных)

Заболевания	Частота $P \pm m$	Ранг	Частота $P \pm m$	Ранг
	Подростки		Родители	
Оториноларингологические заболевания	5,5±0,57	1	21,9±1,03	5
Заболевания глаз	4,6±0,52	2	3,5±0,46	12
Заболевания желудочно-кишечного тракта	4,5±0,52	3	10,2±0,76	10
Аллергии	3,4±0,45	4	8,5±0,70	8-9
Сердечно-сосудистые заболевания	3,2±0,44	5	17,1±0,94	6
Заболевания опорно-двигательного аппарата	2,1±0,36	6	35,6±1,20	1
Заболевания щитовидной железы	2,0±0,35	7	8,5±0,70	8-9
Заболевания мочеполовой системы	1,7±0,32	8	32,7±1,17	3
Кожные заболевания	1,5±0,30	9	33,7±1,18	2
Заболевания крови	0,4±0,16	10	3,8±0,48	11
Нервно-психические расстройства	0,2±0,11	11	15,3±0,90	7
Заболевания органов дыхания	0,1±0,08	12	31,7±1,16	4

Из них наиболее распространены такие как: оториноларингологические заболевания (5,5±0,57 на 100 опрошенных); заболевания глаз (4,6±0,52 на 100 опрошенных); заболевания желудочно-кишечного тракта (4,5±0,52 на 100

опрошенных); аллергии ($3,4 \pm 0,45$ на 100 опрошенных); сердечно-сосудистые заболевания ($3,2 \pm 0,44$ на 100 опрошенных); заболевания опорно-двигательного аппарата ($2,1 \pm 0,36$ на 100 опрошенных); заболевания щитовидной железы ($2,0 \pm 0,35$ на 100 опрошенных).

Среди опрошенных родителей имеют какие-либо хронические заболевания – 73% (1120 чел.).

Как показал опрос, имеется зависимость уровня частоты заболеваемости подростков с временем года и этапом обучения (рисунок 9).

Так, наиболее высокая заболеваемость отмечается зимой и осенью, соответственно: у 720 (45,0%) и 605 (37,8%) подростков, а наиболее низкая весной (у 275 подростков, 12%). Данный факт необходимо учитывать при планировании медико-профилактических мероприятий.

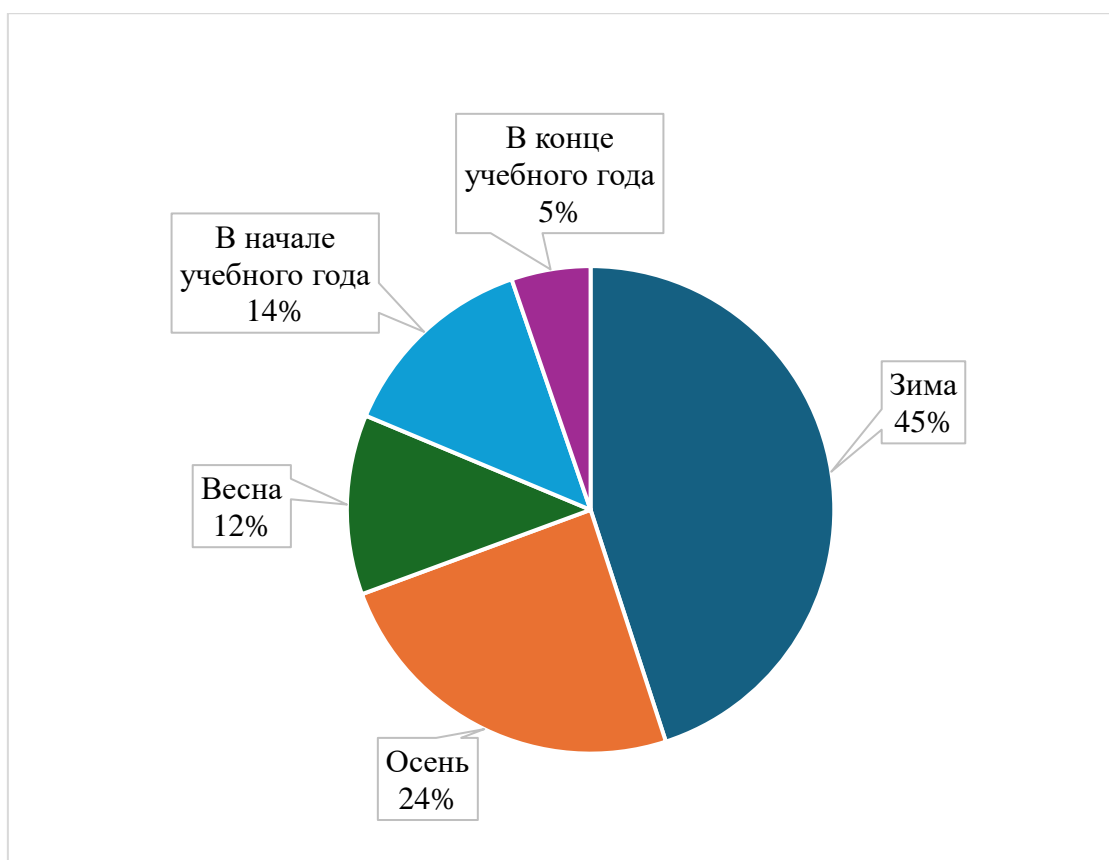


Рисунок 9 – Число болеющих подростков в различные сезоны года и периоды учебного года (% , n=1600)

Оценили свою активность по охране собственного здоровья на высоком уровне менее четверти опрошенных подростков (22,6%, 362 чел.) и 11,6% родителей (177 чел.), посчитали ее хорошей 32,8% (525) подростки и 76,8% (1174 чел.) родителей, однако 30,7% опрошенных подростков (491 чел.) и 6,5% родителей (99 чел.) отметили удовлетворительный, а 13,9% подростков (222) и 5,1% родителей (78 чел.) – неудовлетворительный уровень медицинской активности (рисунок 10).

Большая часть опрошенных подростков (81,8%, 1309 чел.) считают наиболее предпочтительным способом оздоровления «обращение к врачу»; 50,5% (808 чел.) отказ от вредных привычек; 9,8% самолечение (156 чел.); 2,2% (35) – прием пищевых добавок (рисунок 11).

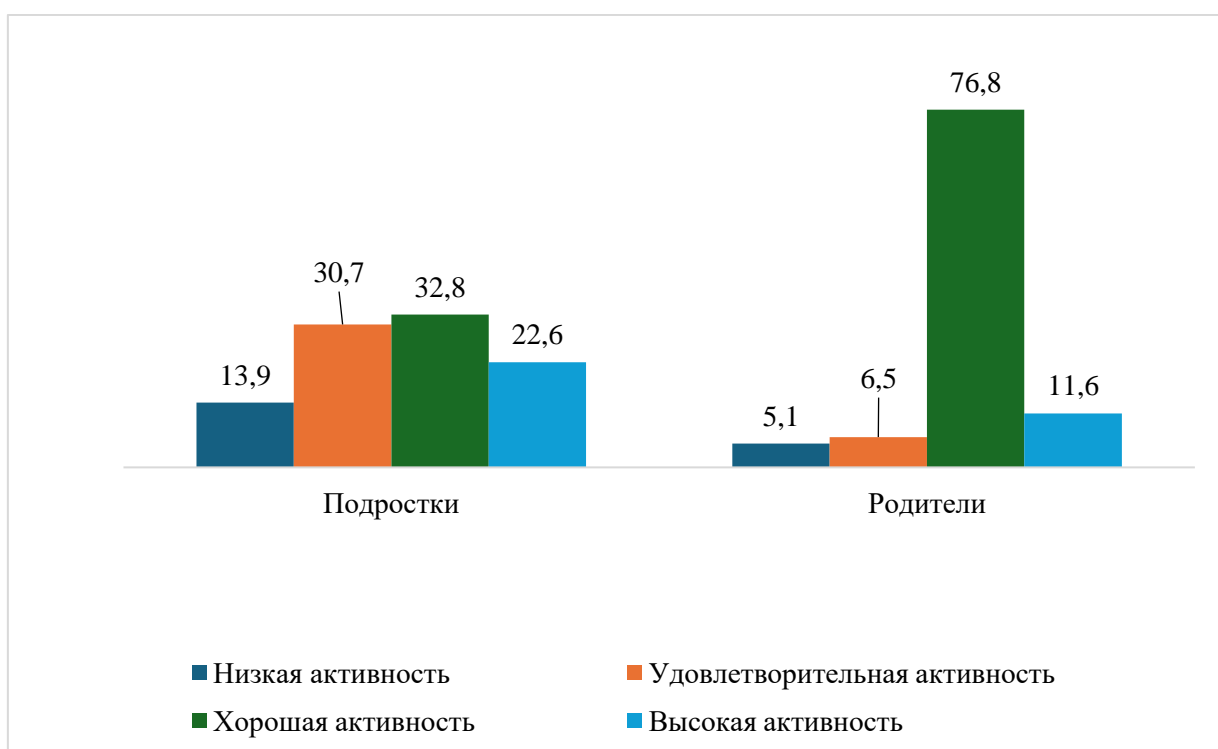


Рисунок 10 – Характеристика подростков (n=1600) и их родителей (n=1528) по уровню активности в области охраны собственного здоровья (на 100 опрошенных соответствующей группы)

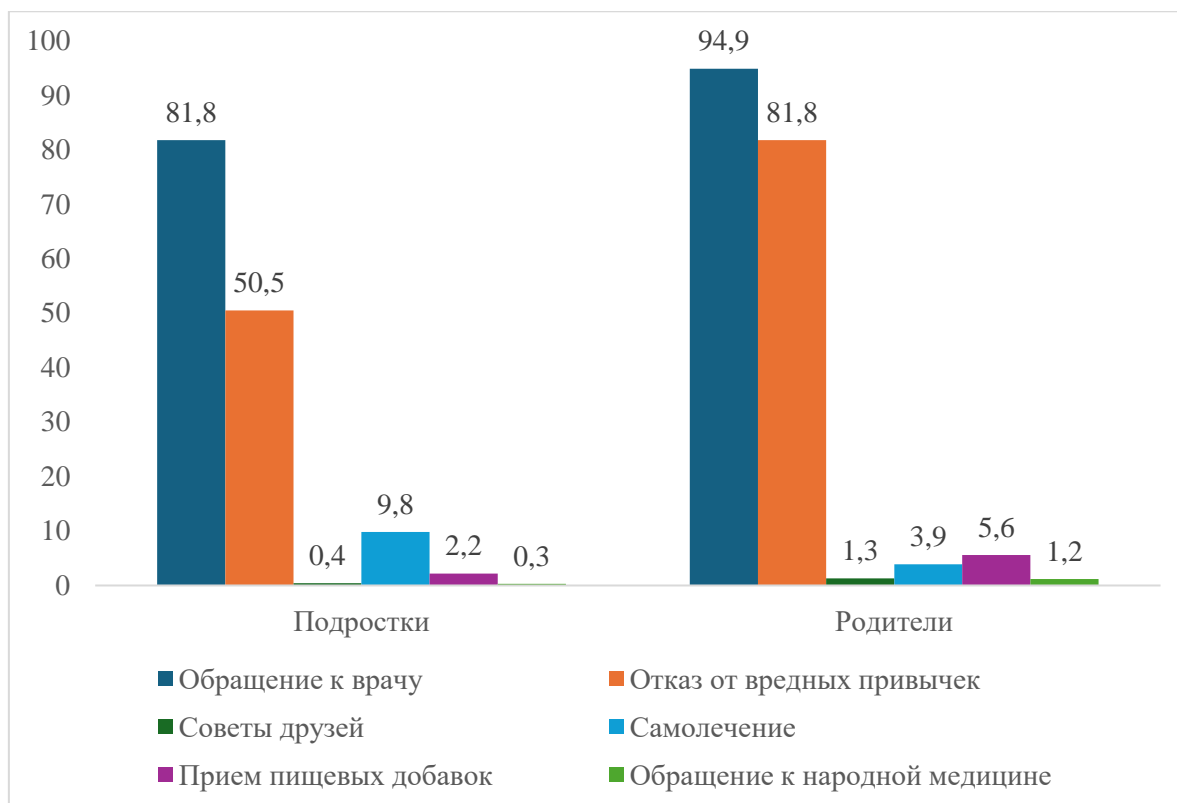


Рисунок 11 – Выбор подростками (n=1600) и их родителями (n=1528) способа оздоровления (на 100 опрошенных соответствующей группы)

В ходе исследования были выявлены подростки, допускающие возможность обращение к методам народной медицины и следование советам друзей в вопросах лечения: 0,3% (5 чел.) и 0,4% (7 чел.), соответственно.

Среди родителей абсолютное большинство выбрали предпочтительным способом оздоровления «обращение к врачу» (94,9%, 1450 чел.), самолечение выбрали 3,9% (60 респондентов) из числа родителей; 1,2% (18 чел.) допустили возможность использования способов лечения народной медицины; советами друзе воспользуются 1,3% (20 чел.) и 85 человек (5,6%) – выбирают прием пищевых добавок.

Среди факторов, определяющих здоровье, подростки на этапе предпрофессионального медицинского образования отметили образ жизни (89,3%, 1429 опрошенных) и медицинскую помощь (57,9%, 926 чел.) [53],

важность наследственности в сохранении здоровья отметили 45,3% (725 подростков), значение экологии отметили 20,1% (322 опрошенных, рисунок 12).



Рисунок 12 – Мнение подростков о наиболее значимых для здоровья факторах (% , n=1600)

При этом 7,9% (126 чел.) отметили, что для сбережения здоровья необходимо сочетание таких факторов как образ жизни, медицинская помощь и экология.

Абсолютное большинство родителей – 89,6% (1369чел.), отметили важность для сохранения здоровья всего комплекса факторов, 0,7% (10 чел.) отметили важность образа жизни, 1,4% родителей (22 чел.) – наследственность, 6,8% (104 чел.) – медицинскую помощь и лишь 1,8% (28 чел.) указали на исключительную важность экологической обстановки.

Для формирования объективных суждений и правильных установок важно какими источниками информации пользуется человек. Исходя из этого проведен анализ источников, которые обучающиеся используют для формирования культуры здоровья (рисунок 13).

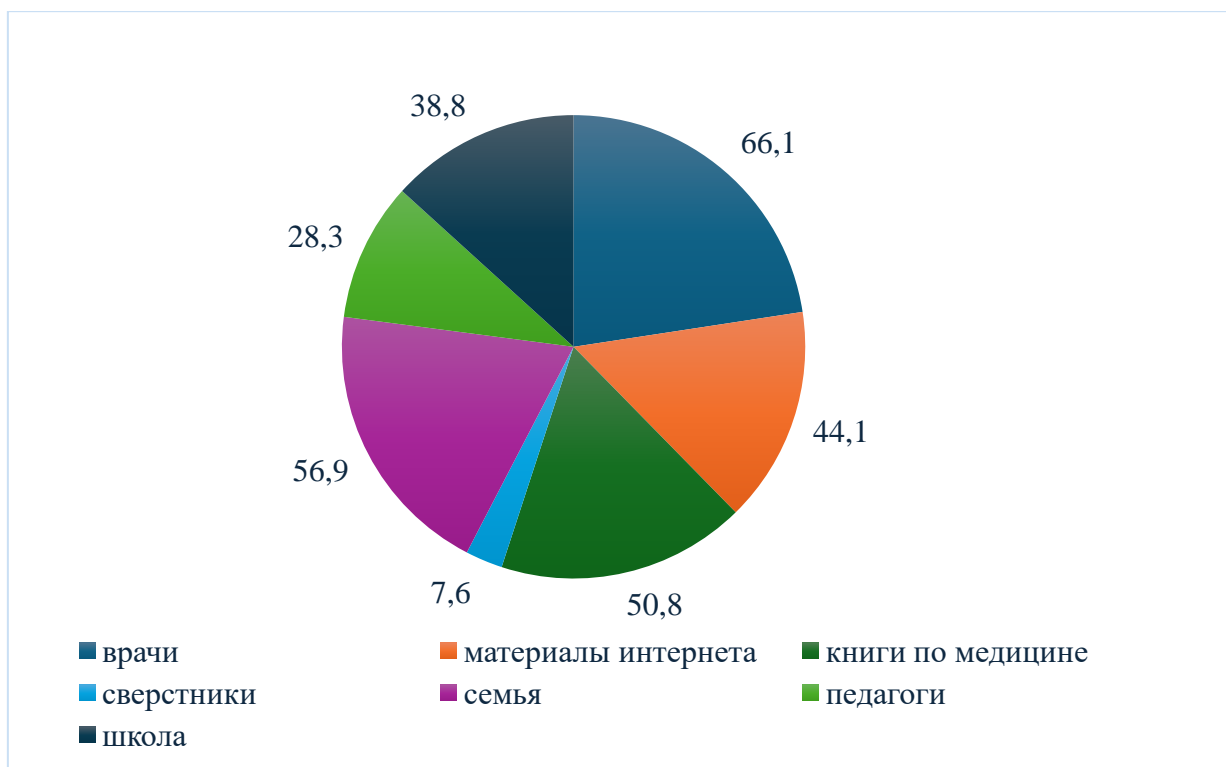


Рисунок 13 – Источники, используемые подростками для формирования культуры здоровья (% , n=1600)

Опрос показал, что врачи являются для большинства подростков основным источником по вопросам культуры здоровья (66,1%, 1058 чел.), вторым по значимости идет семья (56,9%, 910 чел.), третьим – книги по медицине (50,8%, 813 чел.), на четвертом месте материалы интернета (44,1%, 706 чел.). Следует отметить, что согласно результатам опроса, участники школьного сообщества считаются менее авторитетными источниками информации: школа (38,8%, 620 чел.), педагоги (28,3%, 453 чел.), сверстники (7,6%, 122 чел.).

3.3. Характеристика заболеваемости по данным обращаемости подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Общую заболеваемость рассчитывали исходя из числа всех заболеваний подростков, выявленных за 2022 г., как отношение общего числа заболеваний, выявленных в году, к численности подростков, умноженное на 1000. В основу расчета легли данные по обращаемости и по результатам профилактических осмотров. Полученные результаты представлены в таблицах 8-9.

Данные заболеваемости по результатам обращаемости и профилактических осмотров говорят о том, что наиболее часто у подростков выявляются поражения органов дыхания – 1796,3‰ (15,7% в структуре заболеваемости) и 710‰ случаев (20,0% в структуре заболеваемости) на 1000 человек, соответственно.

По таким группам заболеваний как болезни нервной системы; болезни глаза и его придаточного аппарата получены практически равные значения по числу обращений, соответственно: 1185,6 случая на 1000 человек (что составляет в структуре заболеваемости – 6,5%) и 1096,3 случая на 1000 человек (что составляет в структуре заболеваемости – 6,0%).

Исследования выявили схожие показатели заболеваемости по группам заболеваний, а именно болезням органов пищеварения и некоторым инфекционным и паразитарным заболеваниям.

Так, на 1000 человек приходится 915,3 случая заболеваний органов пищеварения (что составляет 5,0% от общей структуры заболеваемости) и 902,3 случая инфекционных и паразитарных заболеваний (соответственно 4,9% от общей структуры заболеваемости).

Таблица 8 – Общая заболеваемость и ее структура у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по результатам обращаемости (данные 2022 г., на 1000 чел.)

Классы (МКБ 10)	Общая заболеваемость, ‰	% в структуре заболеваемости	Ранг
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	434,4±0,48	3,8	5
Новообразования	49,4±0,16	0,4	15
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	114,4±0,25	1,0	13
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	115,0±0,25	1,0	12
Болезни нервной системы	661,9±0,58	5,8	2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	610,6±0,56	5,3	3
Болезни уха и сосцевидного отростка	202,5±0,33	1,8	10
Болезни системы кровообращения	77,5±0,20	0,7	14
Болезни органов дыхания	1796,3±0,91	15,7	1
Болезни органов пищеварения	510,6±0,52	4,5	4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	423,8±0,47	3,7	6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	408,1±0,46	3,6	7
Болезни мочеполовой системы	383,1±0,45	3,3	8
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	145,0±0,28	1,3	11
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	205,6±0,33	1,8	9

Обращаемость по заболеваниям кожи и подкожной клетчатки, болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезням мочеполовой системы составила в среднем $725,97 \pm 38,77$ случаев на 1000 пациентов (от 3,7 до 4,2% в структуре заболеваемости).

Результаты анализа заболеваемости по итогам обращаемости свидетельствуют, что в среднем в $281,4 \pm 80,84$ случаях на 1000 пациентов (от 1,1 до 2,0% в структуре заболеваемости) выявляются симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках; болезни уха и сосцевидного отростка; врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ и болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

По классам: болезни системы кровообращения; и новообразования выявлена низкая обращаемость, составившая 139,8 и 88,0 случаев, соответственно на 1000 человек (0,8 и 0,5% в структуре заболеваемости).

Профилактические осмотры выявили, что в среднем в $477,0 \pm 54,39$ случаях выявлялись отклонения в здоровье по таким классам заболеваний как: болезни глаза и его придаточного аппарата (8,3% в структуре заболеваемости); болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,8% в структуре заболеваемости); болезни уха и сосцевидного отростка (10,3% в структуре заболеваемости, таблица 9).

Заболевания следующих классов выявлялись в ходе осмотров в среднем в $184,3 \pm 76,82$ случаях: болезни нервной системы (5,8% в структуре заболеваемости); болезни кожи и подкожной клетчатки (2,3% в структуре заболеваемости); болезни мочеполовой системы (4,3% в структуре заболеваемости); болезни эндокринной системы (2,5% в структуре заболеваемости) и болезни крови, кроветворных органов и отдельные

нарушения, вовлекающие иммунный механизм (2,8% в структуре заболеваемости).

Таблица 9 – Общая заболеваемость и ее структура у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по результатам профилактических осмотров (данные 2022 г., на 1000 чел.)

Классы (МКБ 10)	Общая заболеваемость, ‰	% в структуре заболеваемости	Ранг
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	488,8±0,89	15,0	2
Новообразования	11,3±0,15	0,3	14
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	91,3±0,41	2,8	10
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	80,6±0,39	2,5	11
Болезни нервной системы	188,8±0,58	5,8	7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	270,0±0,69	8,3	6
Болезни уха и сосцевидного отростка	336,3±0,76	10,3	4
Болезни системы кровообращения	25,0±0,22	0,7	13
Болезни органов дыхания	710,0±1,03	21,7	1
Болезни органов пищеварения	411,9±0,83	12,6	3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	76,3±0,38	2,3	12
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	288,8±0,71	8,8	5
Болезни мочеполовой системы	139,4±0,51	4,3	9
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	146,9±0,52	4,5	8

146,9‰ выявленных случаев (4,5% в структуре заболеваемости) пришлось на долю отклонений в здоровье по данным профилактических осмотров по врожденным аномалиям [пороки развития], деформации и хромосомным нарушениям пришлось.

Реже всего выявлялись, в ходе профилактических осмотров, такие заболевания как болезни системы кровообращения (0,7% в структуре заболеваемости), новообразования (0,3% в структуре заболеваемости): 25,0‰ и 11,3‰, соответственно.

3.4. Интегративная оценка состояния культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

С целью определения уровня знаний, навыков и представлений в области культуры здоровья было проведено анкетирование подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, результаты которого отражены в таблице 10. Если по результатам опроса респондент дал верные ответы в 35% и менее случаях, то его относили к группе с низкой сформированностью психокогнитивного компонента культуры здоровья, от 36 % до 75 % правильных ответов – среднему и к высокому, если дано верных ответов от 75 % и выше.

Наибольшее число подростков показали высокие оценки компетентности (знания, умения, представления) в части реализации культуры здоровья получены последующим параметрам (таблица 10):

- получение информации о здоровье и его сохранении: 730 человек (45,6%);
- саморазвитие в отношении сохранения здоровья: 675 человек (42,2%);
- личная гигиена: 944 человека (59,0%);
- учебная деятельность: 655 человек (42,2%);

- отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья: 723 человека (45,2%).

Таблица 10 – Компетентность (знания, умения, представления) в части реализации культуры здоровья подростков (число подростков на 100 опрошенных, n=1600)

№	Параметры	Уровень знаний, умений, представлений		
		Высокий	Средний	Низкий
1	Культура получения информации о здоровье и его сохранении	45,6	51,8	2,6
2	Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	28,7	65,3	6,0
3	Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	42,2	55,0	2,8
4	Культура здорового быта	34,0	61,9	4,1
5	Культура личной гигиены	59,0	39,7	1,3
6	Культура питания	38,9	53,9	7,2
7	Культура отдыха	35,9	54,6	9,5
8	Культура учебной деятельности	40,9	55,9	3,2
9	Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	28,3	66,8	4,9
10	Культура физической активности	38,1	49,4	12,5
11	Культура предупреждения заболеваний	32,2	63,2	4,6
12	Культура отношения к вредным привычкам	38,7	52,9	8,4
13	Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	45,2	52,9	1,9

Наиболее распространённой проблемой среди опрошенных подростков является недостаточная осведомлённость в области здорового образа жизни.

В частности, наибольшее количество респондентов (96 человек, или 6 из каждых 100) продемонстрировало низкий уровень знаний о правовых аспектах сохранения здоровья. Также низкий уровень оценок компетентности,

отмечен по культуре питания (115 школьника, 7,2 на 100 человек), культуре отдыха (152 опрошенных, 9,5 на 100 человек), культуре физической активности (200 подростков, 12,5 на 100 человек), культуре отношения к вредным привычкам (135 опрошенных, 8,4 на 100 человек).

Таким образом в среднем у 39,1 (на 100 опрошенных) сформирован высокий уровень по психокогнитивному компоненту культуры здоровья, у 55,6 подростков (на 100 опрошенных) сформирован средний и у 5,3 (на 100 опрошенных) – низкий.

Для реализации любой активности, в том числе культуры здоровья, необходимы соответствующие установки, позитивное отношение, мотивация и желание [336]. Поэтому эти вопросы изучены в ходе опроса среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, результаты которого отражены в таблице 11.

Высокий уровень установлен если респондент высказывает позитивное отношение в более 70% случаях при оценивании компонентов входящих в изучаемые параметры культуры здоровья, средний – если от 40 до 69% и низкий – если позитивных откликов менее 40%.

Большинство опрошенных подростков продемонстрировали высокую степень мотивации в отношении следующих аспектов (таблица 10): культура получения информации о здоровье и его сохранении: 885 респондентов (55,3 на 100 человек); культура саморазвития в области сохранения здоровья: 890 респондентов [53] (55,6 на 100 человек); культура личной гигиены: 1104 респондентов (69,0 на 100 человек); культура питания (816 опрошенных, 51,0 на 100 человек); культура отдыха (876 опрошенных, 54,8 на 100 человек); культура учебной деятельности (1136 опрошенных, 71,0 на 100 человек); культура физической активности (813 опрошенных, 50,8 на 100 человек).

Анализ показал, что низкие уровни мотивации в отношении культуры здоровья среди опрошенных, встречаются по таким аспектам, как: правовая грамотность в сфере охраны здоровья: низкий уровень был выявлен у 349

респондентов (21,8 на 100 человек); профилактика заболеваний: недостаточная осведомленность зафиксирована у 174 респондентов (10,9 на 100 человек) [53]; отношение к людям с ограниченными возможностями здоровья: недостаточно позитивное отношение наблюдается у 154 респондентов (9,6 на 100 человек).

Таблица 11 – Установки, отношение, мотивация и желание к формированию и реализации культуры здоровья у подростков (число подростков на 100 опрошенных, n=1600)

№	Параметры	Уровень установок, отношения, мотивации, желания		
		Высокий	Средний	Низкий
1	Культура получения информации о здоровье и его сохранении	55,3	35,4	9,3
2	Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	26,1	52,1	21,8
3	Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	55,6	35,5	8,9
4	Культура здорового быта	49,3	39,2	11,5
5	Культура личной гигиены	69,0	28,0	3,0
6	Культура питания	51,0	38,2	10,8
7	Культура отдыха	54,8	34,7	10,5
8	Культура учебной деятельности	71,0	22,4	6,6
9	Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	41,3	46,5	12,2
10	Культура физической активности	50,8	36,7	12,5
11	Культура предупреждения заболеваний	47,9	41,2	10,9
12	Культура отношения к вредным привычкам	15,9	18,2	65,9
13	Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	34,5	55,9	9,6

Анализ уровня мотивации к здоровому образу жизни среди 1600 подростков выявил следующее распределение:

- низкий уровень мотивации в отношении вредных привычек зафиксирован у значительной части опрошенных (65,9%).

- доля подростков с низким уровнем мотивации к культуре здорового быта, питания, отдыха, общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья и физической активности составила 11,5%, 10,8%, 10,5%, 12,2% и 12,5% соответственно.

Таким образом в среднем у 47,9 (на 100 опрошенных) выявлен высокий уровень мотивации к поддержанию культуры здоровья, что свидетельствует о сформированных нравственных ориентирах личности и менталитета по отношению к собственному здоровью, при этом у 37,2 подростков (на 100 опрошенных) сформирован средний и у 14,9 (на 100 опрошенных) – низкий.

Поскольку установки и отношения формируются у человека часто под влиянием микросоциальных групп, то изучен вопрос референтных образцов, на которые ориентировались школьники при формировании отдельных социальных параметров культуры здоровья [53].

Высокий уровень формирования социальных компонентов культуры здоровья установлен если респондент указывает на использование в качестве ориентира в области сохранения и улучшения здоровья нормативные рекомендации специалистов по 70% и более критериям изучаемых параметров культуры здоровья, средний – если от 40 до 69% в качестве источников респонденты указывают знакомых, друзей, интернет и литературные источники, и низкий – если в более 60% ответов школьник указывает, что у него нет образцов и он ориентируется в вопросах культуры здоровья исключительно на свои установки.

Исследование позволило установить, что наиболее высокие референтные оценки получены по следующим параметрам (таблица 12): культура получения информации о здоровье и его сохранении: 878 респондентов (54,9 на 100 человек); культура правовой грамотности в сфере

сохранения здоровья: 875 респондентов (54,7 на 100 человек); культура саморазвития в отношении сохранения здоровья: 794 подростка (49,6 на 100 человек) [53].

Таблица 12 – Уровень сформированности социальных компонентов культуры здоровья подростков (число подростков на 100 опрошенных, n=1600)

№	Параметры	Уровень формирования социальных компонентов		
		Высокий	Средний	Низкий
1	Культура получения информации о здоровье и его сохранении	54,9	31,2	13,9
2	Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	54,7	29,1	16,1
3	Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	49,6	34,3	16,1
4	Культура здорового быта	42,9	39,4	17,7
5	Культура личной гигиены	56,0	26,6	17,4
6	Культура питания	47,8	30,2	22,0
7	Культура отдыха	32,4	38,1	29,4
8	Культура учебной деятельности	41,7	36,2	22,1
9	Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	49,6	32,3	18,1
10	Культура физической активности	40,9	36,6	22,6
11	Культура предупреждения заболеваний	56,5	26,5	17,0
12	Культура отношения к вредным привычкам	40,1	30,1	29,7
13	Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	40,9	33,9	25,2

В ходе опроса были получены высокие оценки в области личной гигиены, культуры общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья и культуры профилактики заболеваний.

Так, 896 респондентов (56,0%) дали высокую оценку культуре личной гигиены. Аналогичным образом, 794 человека (49,6%) оценили положительно культуру общественного взаимодействия в контексте охраны здоровья [53]. В свою очередь, 904 респондента (56,5%) отметили высокий уровень культуры профилактики заболеваний.

Выявлено, что довольно значительная часть респондентов проявила средний уровень сформированности социальных компонентов культуры здоровья по следующим параметрам: культура саморазвития в отношении сохранения здоровья (549 опрошенных, 34,3 на 100 человек), культура здорового быта (630 подростков, 39,4 на 100 человек), культура отдыха (611 респондентов, 38,1 на 100 человек), культура учебной деятельности (579 человек, 36,2 на 100 человек), культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья (517 опрошенных, 32,3 на 100 человек), культура физической активности (586 подростков, 36,6 на 100 человек), культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье (542 человек, 33,9 на 100 человек).

Среди респондентов, отнесенных к группе с низким уровнем сформированности наиболее высокие референтные оценки получены по следующим параметрам: культура здорового быта (283 опрошенных, 17,7 на 100 человек), культура личной гигиены (278 респондентов, 17,4 на 100 человек), культура питания (352 подростков, 22,0 на 100 человек), культура отдыха (470 человек, 29,4 на 100 человек), культура учебной деятельности (354 опрошенных, 22,1 на 100 человек), культура физической активности (362 респондентов, 22,6 на 100 человек), культура отношения к вредным привычкам (475 опрошенных, 29,7 на 100 человек), культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье (403 человек, 25,2 на 100 человек).

Таким образом в среднем у 46,8 (на 100 опрошенных) сформирован высокий уровень социальных компонентов здоровья, а у 32,7 подростков (на

100 опрошенных) сформирован средний и у 20,6 (на 100 опрошенных) – низкий.

Изучена полнота реализации физических компонентов культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (таблица 13).

Таблица 13 – Уровень сформированности физических компонентов культуры здоровья подростков (число подростков на 100 опрошенных, n=1600)

№	Параметры	Уровень активности, сохраняющей и создающей личное здоровье		
		Высокий	Средний	Низкий
1	Культура получения информации о здоровье и его сохранении	43,3	49,5	7,2
2	Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	36,5	51,6	11,8
3	Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	44,6	49,4	6,0
4	Культура здорового быта	45,6	47,0	7,4
5	Культура личной гигиены	67,7	27,6	4,7
6	Культура питания	43,9	48,5	7,6
7	Культура отдыха	42,0	50,0	8,0
8	Культура учебной деятельности	66,0	29,6	4,4
9	Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	31,6	51,5	16,9
10	Культура физической активности	42,9	45,6	11,5
11	Культура предупреждения заболеваний	34,7	51,1	14,2
12	Культура отношения к вредным привычкам	29,0	34,7	36,2
13	Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	22,0	52,5	25,5

Исследование позволило установить, что по большинству изучаемых параметров культуры здоровья получены высокие референтные оценки активности, сохраняющей и создающей личное здоровье подростков.

Несмотря на высокий уровень в целом, в некоторых группах респондентов по отдельным параметрам наблюдались относительно низкие показатели. Так, например, по параметру культуры правовой грамотности в сфере сохранения здоровья высокий уровень сформированности физических компонентов продемонстрировали лишь 584 респондента (36,5 %), по параметру культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья – 506 школьников (31,6 %), по параметру культура предупреждения заболеваний – 555 человек (34,7 %), по культуре отношения к вредным привычкам – 464 респондента (29,0 %) и по культуре отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья – 352 подростка (22,0 %).

Аналогично предыдущим оценкам, выявлено, что большая часть респондентов проявила средний уровень сформированности физической активности, сохраняющей и создающей личное здоровье, особенно по следующим изучаемым параметрам: культура получения информации о здоровье и его сохранении: 792 подростка (49,5%) продемонстрировали средний уровень культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья: 826 подростков (51,6%) показали соответствующий уровень культура саморазвития в отношении сохранения здоровья: 790 опрошенных (49,4%) обладают средним уровнем; 752 подростка (47,0 на 100 человек) – по культуре здорового быта и 776 респондентов (48,5 на 100 человек) по культуре питания; культура отдыха (800 опрошенных, 50,0 на 100 человек); культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья (824 подростков, 51,5 на 100 человек); культура физической активности (730 человек, 45,6 на 100 человек); культура предупреждения заболеваний (818 подростков, 51,1 на 100 человек) и культура отношения к лицам с

ограниченным возможностями в здоровье (840 опрошенных, 52,5 на 100 человек) [53].

Среди респондентов, отнесенных к группе с низким уровнем сформированности наиболее высокие референтные оценки получены по следующим параметрам: культура отношения к вредным привычкам (579 опрошенных, 36,2 на 100 человек) и культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье (408 респондентов, 25,5 на 100 человек).

Таким образом в среднем у 42,3 (на 100 опрошенных) сформирован высокий уровень показателей физических компонентов здоровья, у 45,3 подростков (на 100 опрошенных) сформирован средний и у 12,4 (на 100 опрошенных) – низкий.

Итоговые результаты уровня сформированности исследуемых компонентов культуры здоровья подростков представлены в таблице 14.

Таблица 14 – Уровень сформированности компонентов культуры здоровья подростков (число подростков на 100 опрошенных, n=1600)

№	Компоненты культуры здоровья	Уровень активности, сохраняющей и создающей личное здоровье		
		Высокий	Средний	Низкий
1	Психогногнитивный	39,1	55,6	5,3
2	Мотивационный	47,9	37,2	14,9
3	Социальный	46,8	32,7	20,6
4	Физический	42,3	45,3	12,4
Итого, M±σ		44,03±4,08	42,70±10,06	13,30±6,34

Расчетные показатели интегрального уровня сформированности культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования представлен на рисунке 14.

Шкала определения уровня сформированности культуры здоровья подростков определялась на основе суммы значений, переведенных в баллы, набранных по каждому индексу.

В ходе опроса респондентам предлагалось оценить значимость каждого из тринадцати анализируемых элементов культуры здоровья по трёхбалльной шкале, где 1 балл соответствовал низкому уровню, 2 балла - среднему, а 3 балла - высокому. Максимально возможный балл составлял 39.

Высокий уровень культуры здоровья фиксировался при получении респондентом 28 баллов и более, низкий - при 16 баллах и менее. В остальных случаях (от 17 до 27 баллов) уровень считался средним [53].

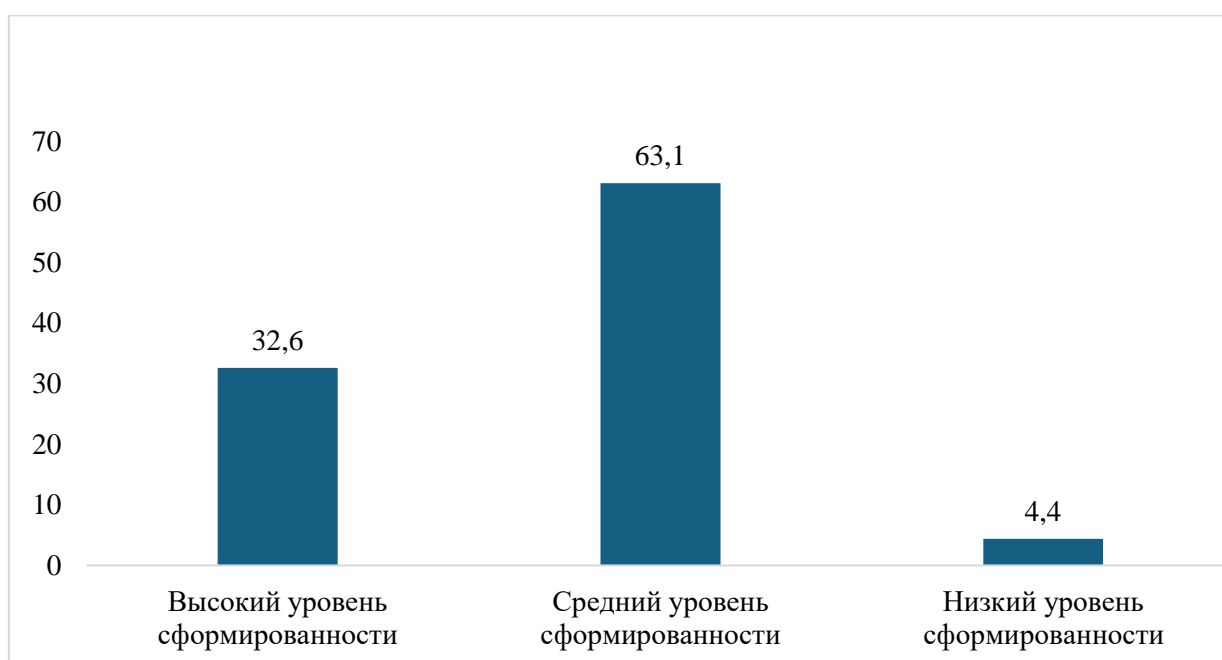


Рисунок 14 – Число подростков в зависимости от уровня сформированности культуры здоровья (% , n=1600)

В основу дифференциации уровней были положены результаты пилотного опроса ($m=21,5$; $\sigma=9,02$). Для определения границ уровней использовались следующие формулы: нижний порог = $m-2/3\sigma$; верхний порог = $m+2/3\sigma$. Исходя из теоретического предположения о том, что

средний диапазон охватывает 50% выборки, были установлены границы для низких баллов (16) и высоких баллов (28).

Также был проведен анализ внутренней согласованности анкеты, в результате которого коэффициент альфа Кронбаха составил 0,8282.

Таким образом, исследование показало, что среди опрошенных подростков средний уровень сформированности культуры здоровья наблюдается у 63,1% (1009 человек). Высокий уровень зафиксирован у 32,6% (521 человек), а низкий - у 4,4% (70 человек).

В целях определения доли вклада в формирование общего уровня культуры здоровья подростков была проведена оценка ее развития по отдельным составляющим, представленная в таблице 15.

Установлено, что в группе подростков с высоким уровнем культуры здоровья имеется резерв улучшения преимущественно за счет таких параметров как: культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья; культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья; культура физической активности; культура предупреждения заболеваний; культура отношения к вредным привычкам. Средний балл по данным параметрам в группе составил: $1,7 \pm 0,49$.

Таким образом, полученные результаты показали, что в группе подростков со средним уровнем культуры здоровья необходимо активизировать усилия, направленные на формирование параметров культуры, определяющих: правовую грамотность в области сохранения здоровья; саморазвитие, связанное с сохранением здоровья; здоровый образ жизни, включающий питание, отдых и распорядок дня; учебную деятельность; социальное взаимодействие, направленное на сохранение здоровья; физическую активность; предупреждение заболеваний и отношение к вредным привычкам [53]. Средний балл по данным параметрам в группе составил: $1,1 \pm 0,08$.

Таблица 15 – Распределение баллов по исследуемым параметрам культуры здоровья подростков (n=1600)

№	Параметры	Группы по уровню сформированности культуры здоровья, средний балл		
		Высокий	Средний	Низкий
1	Культура получения информации о здоровье и его сохранении	1,8±0,37*	1,3±0,48	0,7±0,58
2	Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	1,7±0,51*	1,0±0,40	0,6±0,68
3	Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	1,9±0,33*	1,2±0,46	0,8±0,70
4	Культура здорового быта	1,8±0,45*	1,1±0,41	0,5±0,68
5	Культура личной гигиены	1,9±0,24*	1,4±0,52	1,0±0,83
6	Культура питания	1,8±0,38*	1,1±0,53	0,5±0,60
7	Культура отдыха	1,8±0,44*	1,1±0,53	0,4±0,50
8	Культура учебной деятельности	1,8±0,38*	1,2±0,46	0,3±0,48
9	Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	1,7±0,46*	1,0±0,36	0,3±0,46
10	Культура физической активности	1,7±0,47*	1,1±0,62	0,4±0,60
11	Культура предупреждения заболеваний	1,7±0,44*	1,1±0,42	0,5±0,51
12	Культура отношения к вредным привычкам	1,7±0,59*	1,1±0,55	0,8±0,77
13	Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	1,8±0,43*	1,3±0,49	0,5±0,68
14	Сумма средних значений по группе	23,1±2,24*	14,9±2,20	7,1±3,37
Примечание: * Имеются достоверные различия (p<0,05) между значениями групп с низким и высоким уровнем культуры				

Полученный средний бал по всем анализируемым параметрам, в группе подростков с низким уровнем культуры здоровья, выявил тот факт, что в ней необходимо усилить работу по всем направлениям. Средний бал по всем параметрам в группе составил: 0,5±0,60.

Резюме к главе 3

Изучение социо-гигиенической характеристики подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования показало, что среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования преобладают девушки (73,9%), а средний возраст участников составляет $16,29 \pm 0,88$ лет. Средний возраст матерей подростков составил – $43,0 \pm 3,47$ лет; отцов – $43,6 \pm 3,68$ лет. Абсолютное большинство подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования воспитываются в полной семье (83,3%). В семьях участников наблюдений 44,4% работники, связанные с медицинской деятельностью, а абсолютное большинство матерей и отцов имеют высшее образование. Условия проживания у большей части подростков хорошие – проживают либо в собственной (76,3%) квартире или собственном доме (10,9%). При этом треть опрошенных имеют жилищные ограничения: 12,8% не имеют собственного жилья; 3,6% проживают в общежитии; 9,2% в арендованной квартире. Абсолютное большинство (82,8%) семей участников эксперимента имеют средний достаток. У подростков и их родителей самая распространенная вредная привычка это повышенное употребление сладостей.

Самая распространенная жалоба по состоянию здоровья как у подростков, так и их родителей – утомляемость (44,7 и 34,7%). Имеют те или иные хронические заболевания 24,4% профессионально-ориентированных к медицине подростков и 73% родителей.

Анализ заболеваемости подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, показал, что наиболее часто у подростков выявляются поражения органов дыхания как по результатам обращаемости (10418,8 на 1000 человек), так и по профилактическим осмотрам (7935,8 случаев на 1000 человек).

Оценили свою активность по охране собственного здоровья на высоком уровне менее четверти опрошенных подростков (22,6%) и 11,6% родителей.

Исследование выявило, что факторы семейного окружения, системы образования и социально-экономического положения играют решающую роль в становлении здорового образа жизни у подростков.

Высокий уровень по психокогнитивному компоненту культуры здоровья сформирован у 39,1 (на 100 опрошенных), по уровню мотивации к культуре здоровья у 47,9 (на 100 опрошенных), по уровню формирования социальных компонентов здоровья у 46,8 (на 100 опрошенных) по уровню формирования физических компонентов здоровья у 42,3 (на 100 опрошенных). Низкий соответственно у 5,3 (на 100 опрошенных), 14,9 (на 100 опрошенных), 20,6 (на 100 опрошенных) и 12,4 (на 100 опрошенных), что показывает наличие резервов для улучшения уровня культуры здоровья у подростков, получающих предпрофессиональное медицинское образование [53].

ГЛАВА 4. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ПРЕДПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В процессе определения обоснованных решений и разработки эффективных стратегий для совершенствования формирования культуры здоровья среди подростков на этапе получения ими предпрофессионального медицинского образования ключевым является выделение и анализ актуальных аспектов. Эти аспекты должны опираться на комплексный анализ данных, включая статистику заболеваемости и оценку качества жизни подростков.

Такой подход позволит не только идентифицировать наиболее значимые проблемы и потенциальные риски для здоровья в данной возрастной группе, но и значительно повысить эффективность разработанной модели. Включение аналитической работы в процесс образования обеспечит обоснованные, на данных базирующиеся методы повышения осведомленности и формирования у подростков культуры здоровья.

4.1. Характеристика заболеваемости по данным обращаемости подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с учетом уровня культуры здоровья

Данные об одногодичной обращаемости подростков по состоянию на 2021 год, с учетом уровня культуры здоровья (низкий (1 группа, n=70)/средний (2 группа, n=1009)/высокий (3 группа, n=521)) представлены в таблице 16.

Уровень общей заболеваемости подростков первой группы составил 7333,4 случаев на 1000 подростков, а в группе подростков с высокой культурой здоровья 5104,2, что на 30,39% ниже ($p < 0,05$). При этом,

достоверная разница выявлена и в числе заболеваний между второй и первой группами, составившая 15,2% в пользу группы со средним уровнем, а также между второй и третьей группами: в группе 3 число заболеваний выявлено меньше на 25,2% ($p < 0,05$).

Достоверно больше ($p < 0,05$) была заболеваемость в первой группе по сравнению с третьей по таким классам заболеваний как: IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (31,8%); VI. Болезни нервной системы (38,2%); IX. Болезни системы кровообращения (29,7%); X. Болезни органов дыхания (59,9%); XI. Болезни органов пищеварения (56,7%); XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (43,1%); XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (159,7%); XIV. Болезни мочеполовой системы (99,0%); XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (49,8%); XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (92,0%).

Таблица 16 – Заболеваемость по результатам обращаемости подростков по данным 2021 г. (на 1000 чел.)

Классы (МКБ 10)	Показатель в группе подростков, уровень культуры здоровья		
	низкий	средний	высокий
Общие значения	7333,4*	6376,0**	5104,2***
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	316,3	300,0	286,0
Новообразования	29,5	28,0	30,5
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	70,3	68,3	67,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	78,5*	69,1	59,8

Продолжение Таблицы 16

Классы (МКБ 10)	Показатель в группе подростков, уровень культуры здоровья		
	низкий	средний	высокий
Болезни нервной системы	415,5*	350,0**	300,8***
Болезни глаза и его придаточного аппарата	373,8*	362,5**	360,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	128,8	112,5	122,0
Болезни системы кровообращения	53,5*	45,0**	41,3
Болезни органов дыхания	3913,8*	3806,3	2698,8***
Болезни органов пищеварения	374,0*	302,5**	238,8***
Болезни кожи и подкожной клетчатки	377,5*	120,5**	263,8***
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	349,3*	247,5**	134,5***
Болезни мочеполовой системы	306,0*	225,0**	153,8***
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	91,8	82,5	86,5
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	159,5*	103,8**	106,5
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	295,3*	152,5**	153,8
Примечание: *здесь и далее: Имеются достоверные различия ($p < 0,05$) между значениями групп: с низким и высоким уровнем культуры, ** – между группами с низким и средним; *** – между группами со средним и высоким уровнями культуры			

Сравнение между первой и второй группами также показало, что в группе со средним уровнем сформированности культуры здоровья число заболеваемости также достоверно ниже ($p < 0,05$) по таким классам заболеваний как: VI. Болезни нервной системы (18,7%); IX. Болезни системы кровообращения (18,9%); X. Болезни органов дыхания (23,0%); XI. Болезни

органов пищеварения (23,6%); XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (213,3%); XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (41,1%); XIV. Болезни мочеполовой системы (36,0%); XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (53,7%); XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (93,6%).

Выявлено, что число заболеваний достоверно ниже ($p < 0,05$) в третьей группе по сравнению со второй по таким классам заболеваний как: VI. Болезни нервной системы (16,38%); X. Болезни органов дыхания (29,9%); XI. Болезни органов пищеварения (26,7%); XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (84,0%); XIV. Болезни мочеполовой системы (46,3%).

Данные, основанные на анализе результатов профилактических осмотров (таблица 17) показывают то, что число отклонений в состоянии здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с низким уровнем культуры здоровья достоверно выше ($p < 0,05$), чем у подростков с высоким уровнем культуры здоровья – 4634,6 и 3805,0 на 1000 соответственно.

Необходимо отметить, что наиболее существенная разница в показателях отмечается в классе заболеваний XI. Болезни органов пищеварения. Так частота выявлений в первой группе выше по сравнению со второй и третьей в 2,3 и 1,0 раз, соответственно ($p < 0,05$).

Выявлено, что количество заболеваний по классам: I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни; VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка и XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки также выше в первой группе по сравнению со второй и третьей на 17,0 и 15,4%; 77,7 и 71,6%; 30,4 и 50,1%, соответственно ($p < 0,05$).

Существенная разница ($p < 0,05$) в числе отклонений от здоровья между второй и третьей группами, с преимуществом в пользу второй выявлена по классам заболеваний: I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни; X. Болезни органов дыхания; XIV. Болезни мочеполовой системы и составила соответственно: 14,8%; 12,2 и 18,2%.

Таблица 17 – Частота нарушений в здоровье, выявленная у подростков по данным профилактических осмотров (на 1000 чел.)

Классы (МКБ 10)	Показатель в группе подростков, уровень культуры здоровья		
	низкий	средний	высокий
Общие значения	4634,6*	3971,5**	3805,0
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	295,7	260,0	226,4
Новообразования	5,7	6,2	6,4
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	50,4	49,0	46,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	44,0*	42,0**	43,0
Болезни нервной системы	76,6	74,0	69,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	146,3	144,8	141,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	250,5*	146,0**	141,0
Болезни системы кровообращения	13,4	14,0	12,5***
Болезни органов дыхания	2830,6*	2594,0	2511,3
Болезни органов пищеварения	350,5*	155,0**	153,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	50,3*	33,5**	38,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	196,7*	136,0	128,8
Болезни мочеполовой системы	80,9*	77,0	65,1***
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	243,0	240,0	222,0

Индекс здоровья обучающихся (ИЗ, процентное отношение числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему списочному составу групп) в первой группе составил 2,9. В группе со средним уровнем культуры здоровья – 3,0 и в третьей группе – 10,6.

Выявлено, что среднее число болеющих 5 раз и более в год острыми заболеваниями в первой группе оказалось 7,1% (5 чел.), во второй – 1,5% (15 чел.) и в третьей – 1,5% (8 подростков). Соответственно среднее число обращений по поводу острых заболеваний в год в первой группе составило $2,68 \pm 1,89$ раз, во второй – $1,76 \pm 1,33$ и в третьей – $1,66 \pm 1,09$ раз.

Распределение по группам здоровья показало, что доля подростков в группе с низким уровнем культуры здоровья ($n=70$), имеющих первую группу здоровья, составила 41,4% (29 чел.), вторую – 51,4% (36 чел.), третью – 7,1% (5 чел.) (Рисунок 15).

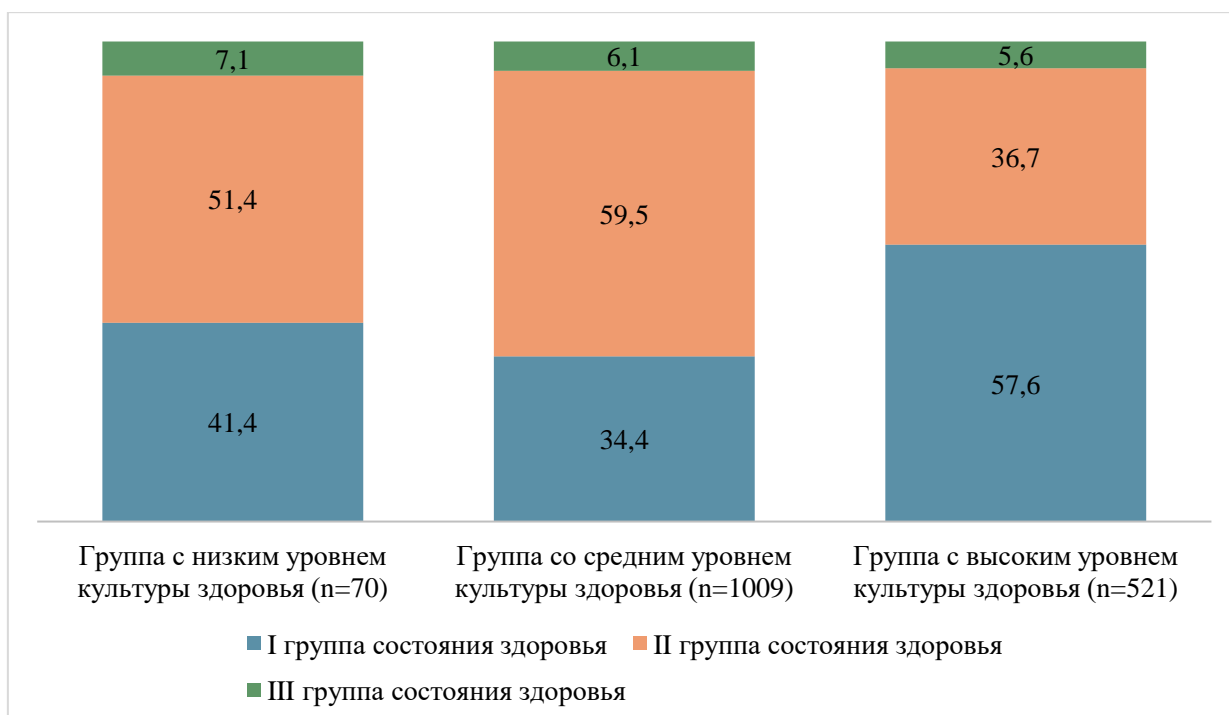


Рисунок 15 – Распределение подростков по группам здоровья (% , $n=1600$)

В группе со средним уровнем культуры здоровья (n=1009) распределение составило соответственно: 34,4% (347 чел., первая группа состояния здоровья), 59,5% (600 чел., вторая группа состояния здоровья), 6,1% (62 чел., третья группа состояния здоровья). В группе с высоким уровнем культуры здоровья (n=521) число подростков с первой группой состояния здоровья составило 57,6% (300 чел.), со второй – 36,7% (192 чел.) и с третьей группой здоровья – 5,6% (29 чел.).

Более высокие общие показатели числа часто болеющих детей, а также сниженный ИЗ подростков первой группы, по сравнению с данными второй и третьей групп, свидетельствуют о более высокой заболеваемости наблюдаемого контингента, т.е. о неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья учащихся, что можно связать с их более низкой культурой здоровья.

4.2. Качество жизни подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

В качестве инструмента исследования была выбрана анкета, прошедшая многократную апробацию во многих странах мира, – SF-36 (SF-36 Health Status Survey), предназначенная для оценки общего благополучия и степени удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности индивидуума, на которые влияют состояние здоровья, и размещенная в перечне «Клинические шкалы, индексы, опросники» рубрикатора клинических рекомендаций (ресурс Минздрава России, <https://cr.minzdrav.gov.ru/scale>).

Проведенные мультицентровые исследования в различных странах мира подтверждают его высокую чувствительность к оценке качества жизни у подростков. Кроме того, SF-36 уже адаптирован для использования в России [65, 79, 87].

Качество жизни подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования было оценено по каждой из восьми шкал

опросника SF-36 в 3 группах: первая группа – с низким уровнем культуры здоровья, вторая группа – со средним и третья группа – с высоким уровнем культуры здоровья.

Результаты анкетирования оценивались по 8 шкалам из которых к физическому компоненту здоровья относились: «Физическое функционирование» (PF); «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP); «Интенсивность боли» (BP); «Общее состояние здоровья» (GH) К шкалам, оценивающим психологический компонент здоровья относились: «Жизненная активность» (VT); «Социальное функционирование» (SF); «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE); «Психическое здоровье» (PH). Всего в опроснике 36 пунктов, диапазон показателей шкал от 0 до 100, (где 100 представляет полное здоровье), степень выраженности показателей оценивалась по следующей шкале: высокий уровень: 81-100 баллов; выше среднего: 61-80 баллов; средний уровень: 41-60 баллов; ниже среднего: 21-40 баллов; низкий уровень: 0-20 баллов [87].

Установлено, что в первой группе значения ниже среднего выявлены по таким компонентам как: «Физическое функционирование» (PF); «Общее состояние здоровья» (GH); «Жизненная активность» (VT) и «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE). Диапазон значений по данным шкалам колебался от $27,96 \pm 5,82$ до $32,85 \pm 6,97$ (Таблица 18).

Установлено, что общий показатель качества жизни подростков с низкой культурой здоровья составил $35,74 \pm 11,63$, при этом физический компонент находился в значениях средних ($41,13 \pm 8,97$), а психологический ниже среднего, относительно «идеального» состояния ($31,00 \pm 6,70$) (Таблица 19).

По шкалам «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($RP=49,08 \pm 11,00$), «Интенсивность боли» ($BP=54,35 \pm 6,23$)

показатели находились в пределах показателей среднего уровня качества жизни. По шкалам: «Социальное функционирование» (SF=32,04±6,81) и «Психическое здоровье» (MH=31,35±6,31) – в пределах показателей ниже среднего уровня качества жизни.

Таблица 18 – Показатели качества жизни подростков (n=1600)

Шкалы опросника	Показатель в группе подростков, уровень культуры здоровья, (M±σ)		
	низкий	средний	высокий
PF	29,35±6,52	87,0±4,54*	80,5±3,74**
RP	49,08±11,0	92,1±2,60*	96,7±2,58**
BP	54,35±6,23	77,3±4,52*	84,0±2,81**
GH	31,77±7,00	76,1±5,20*	74,5±4,76**
VT	32,85±6,97	71,7±2,46*	74,0±4,49**
SF	32,04±6,81	83,0±3,98*	84,4±4,08**
RE	27,96±5,82	85,8±5,49*	81,2±3,77**
MH	31,35±6,31	71,0±2,98*	81,2±3,14**

Примечание: * Имеются достоверные различия (p<0,05) между значениями групп: с низким и средним уровнем культуры, ** – между группами с низким и высоким уровнями культуры.

Таблица 19 – Показатели качества жизни подростков (n=1600)

Шкалы опросника	Показатель в группе подростков (M± σ)		
	с низкой культурой здоровья	со средней культурой здоровья	с высокой культурой здоровья
Физический компонент	41,13±8,97	81,4±14,05*	82,1±14,77**
Психологический компонент	31,00±6,70	76,2±13,30*	78,5±12,48**
Общее среднее	35,74±11,63	80,5±8,22*	82,1±7,58**

Примечание: * Имеются достоверные различия (p<0,05) между значениями групп: с низким и средним уровнем культуры, ** – между группами с низким и высоким уровнями культуры.

Во второй группе основные показатели находились в пределах от $77,3 \pm 4,52$ до $92,1 \pm 2,60$, кроме значений по шкалам «Жизненная активность» ($VT=71,7 \pm 2,46$) и «Психическое здоровье» ($MH=71,0 \pm 2,98$). При этом общий показатель качества жизни подростков со средним уровнем культуры здоровья составил $80,5 \pm 8,22$, при этом физический компонент составил $81,4 \pm 14,05$, а психологический $76,2 \pm 13,30$, что является показателем качества жизни выше среднего.

В третьей группе общий показатель качества жизни составил $80,5 \pm 8,22$, при этом физический компонент составил $82,1 \pm 14,77$ (что является показателем высокого качества жизни), а психологический $78,5 \pm 12,48$, что является показателем качества жизни выше среднего.

Однако установлено, что два значения, «Общее состояние здоровья» (GH) и «Жизненная активность» (VT) находятся на относительно низких уровнях: $74,5 \pm 4,76$ и $74,0 \pm 4,49$, соответственно, что может свидетельствовать об усталости и упадке сил.

Как показывают данные таблицы 20, статистически достоверные отличия, при исследовании качеств жизни, между юношами и девушками (без учета групп по уровню сформированности культуры здоровья), выявлены по трем компонентам: «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP); «Общее состояние здоровья» (GH) и «Психическое здоровье» (MH).

При этом статистически значимые различия по физическому компоненту здоровья наблюдались по двум (RP) и (GH) – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием юноши оценивали на 15,6% ниже ($p < 0,05$) по сравнению с девушками, а общее состояние своего здоровья ниже на 23,5% ($p < 0,05$).

Статистически значимые отличия по показателям психологического компонента здоровья выявлены лишь по одной шкале – «Психическое здоровье» (MH).

Таблица 20 – Показатели качества жизни подростков (n=1600)

Шкалы опросника	Показатель в группе подростков (M±σ)		
	Юноши	Девушки	В целом
PF	43,00±23,70	54,23±26,22	48,62±25,39
RP	62,81±14,13	72,58±18,03*	67,69±16,78
BP	70,27±18,09	72,77±19,30	71,52±18,57
GH	60,31±20,21	74,46±22,73*	67,36±22,48
VT	60,00±28,24	58,58±23,22	59,29±25,61
SF	58,04±23,95	49,92±25,23	53,98±24,70
RE	58,46±23,42	65,12±28,33	61,79±25,95
MH	53,50±24,81	70,08±26,12*	61,79±26,57
Примечание: * Имеются достоверные различия (p<0,05)			

При этом показатели девушек были выше по сравнению с юношами на 31,0% (p<0,05). Более низкие значения у юношей по сравнению с девушками, предположительно, могут быть связаны с тем, что девушки, обучающиеся на этапе предпрофессионального медицинского образования менее склонны к переживаниям и имеют более высокий уровень эмоционального контроля по сравнению с ровесниками-юношами.

По остальным показателям физического и психологического компонента здоровья статистически значимые отличия не наблюдались.

Степень выраженности показателей «Физическое функционирование» (PF) у юношей (min=21 балл, max=98 баллов, рисунок 16) и девушек (min=23 балла, max=98 баллов, рисунок 17) соответствовала среднему уровню.

Степень выраженности показателей «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP) у юношей (min=41 балл, max=88 баллов) и девушек (min=43 балла, max=100 баллов) соответствовала уровню выше среднего.

Степень выраженности показателей «Интенсивность боли» (BP) у юношей (min=41 балл, max=100 баллов) и девушек (min=43 балла, max=100 баллов) соответствовала уровню выше среднего.

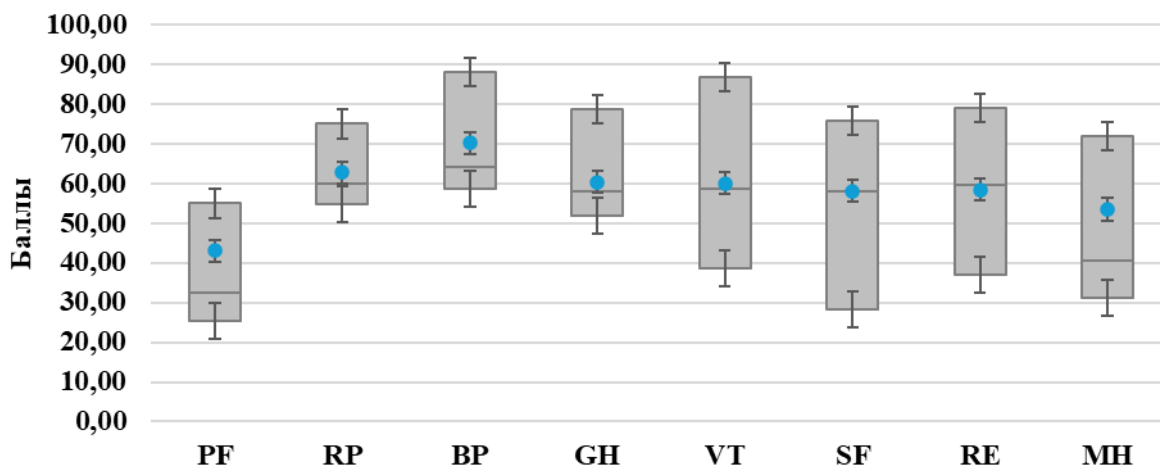


Рисунок 16 – Показатели шкал качества жизни подростков-юношей (n=417)

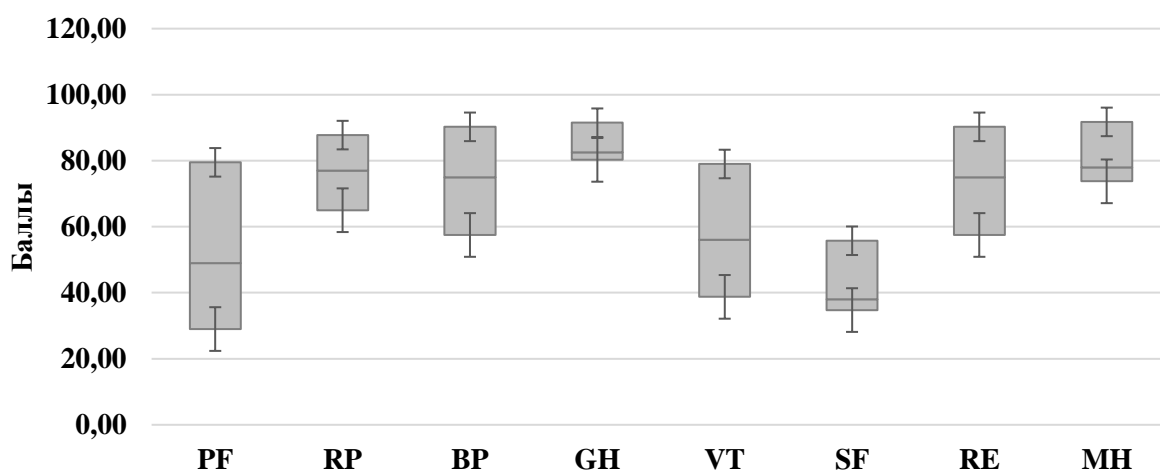


Рисунок 17 – Показатели шкал качества жизни подростков-девушек (n=1183)

Степень выраженности показателей «Общее состояние здоровья» (GH) у юношей (min=21 балл, max=100 баллов) соответствовала среднему уровню, а у девушек (min=23 балла, max=100 баллов) соответствовала уровню выше среднего.

Степень выраженности показателей «Жизненная активность» (VT) у юношей (min=21 балл, max=99 баллов) и девушек (min=23 балл, max=94 балла) соответствовала среднему уровню.

Степень выраженности показателей «Социальное функционирование» (SF) у юношей (min=21 балл, max=99 баллов) и девушек (min=29 баллов, max=98 баллов) соответствовала среднему уровню.

Степень выраженности показателей «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) у юношей (min=21 балл, max=98 баллов) и девушек (min=23 баллов, max=100 баллов) соответствовала среднему уровню.

Степень выраженности показателей «Психическое здоровье» (PH) у юношей (min=22 балл, max=99 баллов) соответствовала среднему уровню, а у девушек (min=22 балла, max=100 баллов) соответствовала уровню выше среднего.

В группе девушек выявлена сильная прямая взаимосвязь между уровнем показателя шкалы «Общее состояние здоровья» (GH) и психическим здоровьем (MH) ($r = 0,80788313$, $p < 0,01$), а также близкая по величине и направлению взаимосвязь между показателями шкалы «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и психическим здоровьем (MH) ($r = 0,69713$, $p < 0,01$).

У юношей, аналогичная связь выявлена между показателями шкалы «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и психическим здоровьем (MH) ($r = 0,74066$, $p < 0,01$).

Высокая прямая зависимость между психическим здоровьем, общим состоянием здоровья и ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием у подростков позволяет выдвинуть предположение о том, что повышение уровня тревожности, свойственных выпускникам, которым предстоит сдавать один из сложных экзаменов в формате ЕГЭ (биология), сопровождается снижением уровня удовлетворенности и качества жизни.

Анализ интегрированных показателей, отражающих состояние физического (PF, RP, BP, GH) и психологического (VT, SF, RE, MH)

здоровья, позволяет сделать вывод о различиях в качестве жизни между разными группами подростков. Результаты свидетельствуют о том, что средний уровень качества жизни у учеников первой группы существенно ниже по сравнению с второй и третьей группами. При этом, данная разница связана как с физическими, так и с психологическими аспектами здоровья. Таким образом, выявленные показатели подчеркивают значимость комплексного подхода к оценке здоровья в контексте общего благополучия и качества жизни подростков, что предполагает необходимость более глубокого анализа и внимания к индивидуальным потребностям каждой группы в области продвижения здоровья и благополучия.

4.3. Взаимосвязь культуры здоровья с жизнедеятельностью у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Стремления подростков к образованию и его качество закладывает фундамент в формирование всей образовательной траектории. Оно определяется как абстрактные утверждения и убеждения относительно планов учащихся на будущее. Качество образования на уровне общего образования является предиктором будущих образовательных траекторий подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и, следовательно, их профессионального положения во взрослой жизни. Однако низкая культура здоровья, и, как следствие, плохое состояние здоровья может нарушить помешать учащимся полностью реализовать свой образовательный потенциал.

Проведен корреляционный анализ между состоянием культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского

образования и состоянием их здоровья, качеством жизни, успешностью в учебе (рисунок 18).

Состояние здоровья оценивалось по отнесению подростка к группе здоровья, установленной по результатам медицинских осмотров. Соответственно, первая группа здоровья означает высокое состояние здоровья, вторая – среднее и третья низкое.

Успешность в учебе оценивалась по результату среднего балла, полученного респондентами при промежуточной аттестации, прохождении Единого государственного экзамена (ЕГЭ) участниками наблюдения.

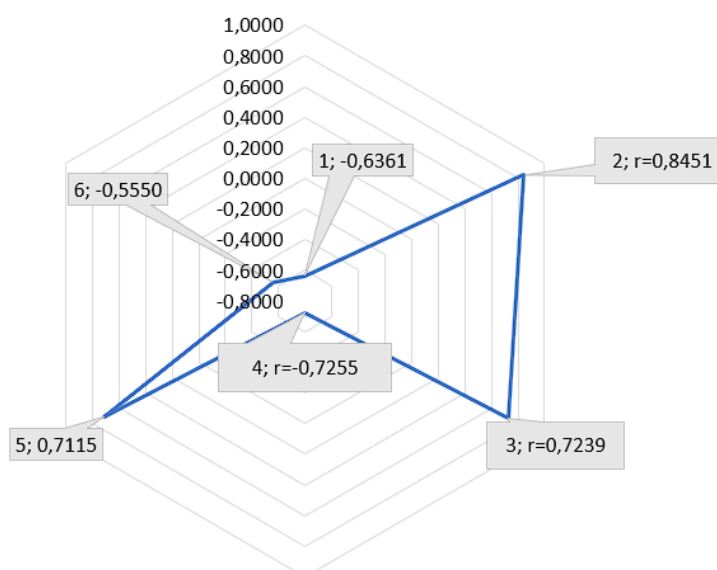
Установлено, что между уровнем культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и качеством жизни имеется прямая сильная взаимосвязь ($r = 0,7239$, $p < 0,05$).

Аналогично выявлена сильная прямая взаимосвязь между качеством жизни и успешностью в учебе ($r = 0,8451$, $p < 0,05$).

Корреляция между показателями уровня культуры здоровья и успешностью в учебе показывает сильную прямую зависимость ($r = 0,7115$, $p < 0,05$).

Корреляция между качеством жизни и состоянием здоровья также показала взаимосвязь, однако умеренную и имеющую отрицательное значение ($r = -0,6361$, $p < 0,05$).

Аналогичная умеренная отрицательная корреляция выявлена и между успешностью в учебе и состоянием здоровья ($r = -0,5550$, $p < 0,05$).



Связь между: 1 - качеством жизни и состоянием здоровья;
 2- качеством жизни и успешностью в учебе; 3 - качеством жизни и культурой здоровья; 4 - культурой здоровья и состоянием здоровья; 5 - культурой здоровья и успешностью в учебе;
 6 - состоянием здоровья и успешностью в учебе.

Рисунок 18 – Взаимосвязь культуры здоровья у профессионально-ориентированных к медицине подростков и состоянием их здоровья, качеством жизни, успешностью в учебе

Полученные нами данные показывают, что из факторов, способствующих снижению успеваемости подростков, состояние их здоровья и качество жизни не всегда оказывает отрицательное влияние. Несомненно, наличие заболеваний и социальные проблемы у подростков снижает работоспособность, что доказывается исследованиями [34-40, 64, 372], но так как в предуниверсариях обучаются дети, у которых родители в большинстве случаев имеют высшее образование, то они могут помочь детям дома во время их болезни, поэтому это не сильно влияет на их успеваемости.

Некоторые исследования также не выявили зависимость уровня здоровья с траекториями образования [416], недостоверную связь обнаружили голландские ученые между успешным окончанием среднего образования и уровнем здоровья молодежи [413].

Выявлено, что между культурой здоровья и состоянием здоровья имеется тесная корреляционная связь ($r=-0,7255$, $p<0,05$). Данный факт свидетельствует о том, что при увеличении уровня сформированности культуры здоровья более низкое число подростков оказывается в группе с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок (III группа здоровья).

Изучение уровня сформированности культуры здоровья выявило относительно сильную корреляционную связь, показывающую, что между уровнем культуры у родителей и опрашиваемых подростков ($r=0,7599$, $p<0,05$) имеется тесная положительная взаимосвязь. При этом у подростков общий балл колебался от 4 до 26, а у родителей в пределах 10–26.

Резюме к главе 4

Проведенные на основе профилактических осмотров исследования выявили статистически значимую корреляцию между уровнем культуры здоровья подростков и частотой отклонений в их состоянии здоровья. Установлено, что у подростков с низким уровнем культуры здоровья достоверно ($p<0,05$) выше частота отклонений в состоянии здоровья на этапе предпрофессионального медицинского образования по сравнению с подростками, демонстрирующими высокий уровень культуры здоровья. Соответствующие показатели составляют 4634,6 и 3805,0 на 1000 человек.

Более высокие относительные показатели численности часто болеющих детей, а также более низкий ИЗ в первой группе (2,9), по сравнению с данными второй (3,0) и третьей групп (10,6), свидетельствует о более высокой заболеваемости наблюдаемого контингента, т.е. о неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья учащихся, что можно связать с их более низкой культурой здоровья.

Анализ интегрированных показателей, отражающих состояние физического (PF, RP, BP, GH) и психологического (VT, SF, RE, MH) здоровья, позволяет сделать вывод о различиях в качестве жизни между разными группами подростков. Данные указывают на то, что общий уровень качества жизни у учеников первой группы заметно ниже по сравнению с второй и третьей группами, причем эта разница связана как с физическими, так и с психологическими аспектами здоровья.

Статистический анализ показал наличие значимых различий в оценках качества жизни у юношей и девушек (без учета групп по уровню сформированности культуры здоровья). Эти различия были обнаружены по трем шкалам измерения: «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP); «Общее состояние здоровья» (GH) и «Психическое здоровье» (MH), соответственно: по шкалам (RP) и (GH) – рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием и общее состояние здоровья юноши оценивали на 15,6-23,5% ниже ($p < 0,05$) по сравнению с девушками. По шкале «Психическое здоровье» (MH) показатели девушек были выше по сравнению с юношами на 31,0% ($p < 0,05$).

Выявлена высокая прямая зависимость между психическим здоровьем (MH), общим состоянием здоровья (GH) и рольным функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием (RE) у подростков. При этом у юношей выявлена связь лишь между показателями шкалы «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и психическим здоровьем (MH) ($r = 0,69713$, $p < 0,01$), а у девушек – между уровнем показателя шкалы «Общее состояние здоровья» (GH) и психическим здоровьем (MH) ($r = 0,80788313$, $p < 0,01$), а также показателями шкалы «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и психическим здоровьем (MH) ($r = 0,69713$, $p < 0,01$).

Таким образом, выявленные показатели подчеркивают значимость комплексного подхода к оценке здоровья в контексте общего благополучия и качества жизни подростков, что предполагает необходимость более глубокого анализа и внимания к индивидуальным потребностям каждой группы в области продвижения здоровья и благополучия.

Установлено, что между уровнем культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и состоянием их здоровья, качеством жизни, успешностью в учебе имеется прямая сильная взаимосвязь ($r = 0,7115, p < 0,05$; $r = 0,7239, p < 0,05$; $r = 0,7239, p < 0,05$), а также между уровнем культуры у родителей и опрашиваемых подростков ($r = 0,7599, p < 0,05$).

Корреляция между качеством жизни и состоянием здоровья также показала взаимосвязь, однако умеренную и имеющую отрицательное значение ($r = -0,6361, p < 0,05$). Аналогичная умеренная отрицательная корреляция выявлена и между успешностью в учебе и состоянием здоровья ($r = -0,5550, p < 0,05$). Выявлено, что между культурой здоровья и состоянием здоровья имеется тесная корреляционная связь ($r = -0,7255, p < 0,05$), что свидетельствует о том, что с увеличением уровня культуры здоровья меньшее количество подростков оказывается в третьей группе здоровья – с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок.

ГЛАВА 5. РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДУНИВЕРСАРИЕВ В ФОРМИРОВАНИИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

5.1. Характеристика факторов, влияющих на формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Жизнь и здоровье являются фундаментальными, общепризнанными ценностями и для большинства респондентов здоровье собственное и здоровье членов семей имеет первостепенное значение. Тем не менее, исследование показало, что существует диссонанс между декларированием этих ценностей и фактическим применением практик, направленных на сохранение здоровья.

Большинство участников обладают адекватными знаниями о ключевых аспектах здорового образа жизни. Однако, несмотря на осознание важности поддержания физической активности, сбалансированного питания и достаточного отдыха, значительная часть респондентов признала, что не всегда следует этим рекомендациям в повседневной жизни. Респонденты указали на различные барьеры, которые мешают вести здоровый образ жизни, включая ограниченное количество времени, высокий уровень стресса и специфику учебного графика. Эти факторы влияют на возможность регулярно заниматься физическими упражнениями, придерживаться диеты и обеспечивать полноценный отдых.

О необходимости использования здоровьеориентированного ресурса для актуализации учебно-познавательной деятельности и снижения значимости психофизиологической умственной деятельности указывают и И.Н. Вербова с соавторами [206].

Особое внимание заслуживает растущее влияние цифровых технологий и социальных сетей, которые могут как способствовать пропаганде здорового образа жизни, так и распространению вредных привычек и неправильных моделей поведения в области здоровья. О важности создания условий адекватного сопровождения досуга современных подростков в цифровой среде, стимулирующих проявление их личной позиции в выборе и реализации безопасного досуга, отмечает и С.Н. Ценюга с соавторами [313].

Усиление интереса и мотивации к обучению играют ключевую роль в формировании благоприятного образовательного опыта и могут существенно снизить уровень стресса, воздействующего на учащихся и как следствие улучшить их качество жизни в области сохранения психофизического здоровья.

Оценка факторов с учетом их комплексного воздействия на формирование культуры здоровья позволила выявить факторы, ограничивающие и способствующие развитию позитивных установок в образе жизни, поведении и мышлении молодых людей, которые обеспечивают охрану и укрепление здоровья [280].

Осуществлённое анкетирование и последующий анализ полученных данных показали, что по такому компоненту культуры здоровья как «Культура получения информации о здоровье и его сохранении» ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: информационные факторы, занятость, недостаток знаний, лень, особенности личности; способствующими: информационные факторы, хорошие знания, мотивированность, особенности личности, хорошее здоровье (таблица 21).

Таблица 21 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура получения информации о здоровье и его сохранении» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	3,7	7	3,0	10
Информационные	23,6	1	28,3	1
Жилищные	1,0	13	0,9	12
Отношения с родителями	1,2	12	4,2	9
Физические ограничения здоровья	2,4	10	-	-
Хорошее здоровье	-	-	8,9	5
Занятость, нагрузка	19,7	2	-	-
Отсутствие интереса	7,7	6	-	-
Мотивированность	-	-	12,3	3
Лень	11,6	4	-	-
Особенности личности	8,3	5	9,1	4
Волевой характер	-	-	5,1	8
Моральные убеждения, вера	-	-	2,8	11
Привычки	3,3	8	-	-
Нет примера для подражания	2,2	11	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	5,7	6
Неорганизованность	2,6	9	-	-
Организованность	-	-	5,3	7
Недостаток знаний	12,8	3	-	-
Хорошие знания	-	-	14,5	2

Установлено, что по компоненту «Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья» ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: информационные

факторы, занятость, недостаток знаний, отсутствие интереса, лень; способствующими: информационные факторы, хорошие знания. мотивированность, особенности личности, хорошее здоровье (таблица 22).

Таблица 22 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования у по компоненту «Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	3,1	7	2,1	11
Информационные	21,7	1	27,6	1
Жилищные	0,8	12	1,7	12
Отношения с родителями	1,2	11	3,5	10
Физические ограничения здоровья	1,4	10	-	-
Хорошее здоровье	-	-	6,6	5
Занятость, нагрузка	19,0	2	-	-
Отсутствие интереса	12,2	4	-	-
Мотивированность	-	-	13,5	3
Лень	8,9	5		
Особенности личности	7,8	6	7,9	4
Волевой характер	-	-	3,9	9
Моральные убеждения, вера	-	-	4,2	8
Привычки	2,1	8	-	-
Нет примера для подражания	1,7	9	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	4,8	7
Неорганизованность	1,2	11	-	-
Организованность	-	-	5,8	6
Недостаток знаний	19,0	3	-	-
Хорошие знания	-	-	18,5	2

Таблица 23 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	3,7	7	3,4	9
Информационные	15,6	2	19,3	1
Жилищные	1,0	11	1,1	11
Отношения с родителями	1,7	9	3,3	10
Физические ограничения в здоровье	1,3	10	-	-
Хорошее здоровье	-	-	9,8	4
Занятость, нагрузка	21,8	1	-	-
Отсутствие интереса	5,8	5	-	-
Мотивированность	-	-	18,9	2
Лень	15,6	2	-	-
Особенности личности	12,1	3	6,7	5
Волевой характер	-	-	5,7	6
Моральные убеждения, вера	-	-	5,2	7
Привычки	4,0	6	-	-
Нет примера для подражания	2,7	-	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	4,6	8
Неорганизованность	2,9	8	-	-
Организованность	-	-	4,6	8
Недостаток знаний	11,8	4	-	-
Хорошие знания	-	-	16,3	3

Развитию такому компоненту культуры здоровья как «Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья» будут препятствовать у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по

мере снижения значимости): занятость, лень, особенности личности, недостаток знаний, отсутствие интереса, а способствовать: информационные, мотивированность, хорошие знания, хорошее здоровье, особенности личности (таблица 23).

Выявлено, что по компоненту «Культура здорового быта» ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: занятость, лень, информационные факторы, особенности личности, привычки; способствующими: информационные факторы, мотивированность, особенности личности, отношения с родителями, хорошее здоровье (таблица 24).

Таблица 24 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура здорового быта» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающ ие	Ранг	Способствую щие	Ранг
Материальные	5,9	7	4,6	9
Информационные	10,8	3	14,7	1
Жилищные	3,7	10	6,5	8
Отношения с родителями	4,3	9	7,8	4
Физические ограничения здоровье	1,8	13	-	-
Хорошее здоровье	-	-	7,6	5
Занятость, нагрузка	19,2	1	-	-
Отсутствие интереса	4,5	8	-	-
Мотивированность	-	-	13,4	2
Лень	15,9	2	-	-
Особенности личности	10,6	4	11,5	3
Волевой характер	-	-	5,0	10

Продолжение Таблицы 24

Факторы	Ограничивающ ие	Ранг	Способствую щие	Ранг
Моральные убеждения, вера	-	-	3,6	11
Привычки	9,4	5	-	-
Нет примера для подражания	3,3	11	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	6,7	7
Неорганизованность	3,1	12	-	-
Организованность	-	-	7,1	6
Недостаток знаний	7,5	6	-	-
Хорошие знания	-	-	11,5	3

Ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура личной гигиены» являются (по мере снижения значимости): занятость, лень, особенности личности, информационные факторы, привычки; способствующими: хорошие знания, информационные факторы, хорошее здоровье, мотивированность, организованность (таблица 25).

Компонент «Культура питания» будет ограничиваться в процессе формирования культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования следующими факторами (по мере снижения значимости): занятость, особенности личности, материальные факторы, отсутствие интереса, лень. Стимулироваться развитие данного компонента будет следующими факторами: хорошем здоровьем, информационными факторами, физическими ограничениями в здоровье, мотивированностью, особенностями личности (таблица 26) [53].

Таблица 25 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура личной гигиены» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	7,0	7	6,0	7
Информационные	12,2	4	14,3	2
Жилищные	2,4	10	2,3	11
Отношения с родителями	1,2	12	3,0	10
Физические ограничения здоровья	1,6	11	-	-
Хорошее здоровье	-	-	11,3	3
Занятость, нагрузка	18,4	1	-	-
Отсутствие интереса	2,6	9	-	-
Мотивированность	-	-	10,8	4
Лень	14,6	2	-	-
Особенности личности	12,8	3	13,6	2
Волевой характер	-	-	4,0	8
Моральные убеждения, вера	-	-	3,8	9
Привычки	11,4	5	-	-
Нет примера для подражания	2,2	10	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	6,8	6
Неорганизованность	4,6	8	-	-
Организованность	-	-	9,2	5
Недостаток знаний	9,2	6	-	-
Хорошие знания	-	-	14,9	1

Таблица 26 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура питания» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	11,3	3	8,5	6
Информационные	2,5	10	13,7	2
Жилищные	1,4	12	1,3	12
Отношения родителями	с 1,3	13	4,9	10
Физические ограничения здоровья	в 5,0	7	13,3	3
Хорошее здоровье		-	14,5	1
Занятость, нагрузка	34,7	1	-	-
Отсутствие интереса	9,3	4	-	-
Мотивированность	-	-	11,5	4
Лень	6,3	5	-	-
Особенности личности	13,1	2	11,3	5
Волевой характер	-	-	7,0	7
Моральные убеждения, вера	-	-	2,6	11
Привычки	6,2	6	-	-
Нет примера для подражания	1,6	11	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	5,1	9
Неорганизованность	4,6	8	-	-
Организованность	-	-	6,4	8
Недостаток знаний	2,7	9	-	-
Хорошие знания	-	-	14,5	1

Ограничивающими формированию культуры здоровья по компоненту «Культура отдыха» у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: занятость, материальные факторы, особенности личности, лень,

информационные факторы; способствующими хорошее здоровье, материальные факторы, мотивированность, хорошие знания, моральные убеждения (таблица 27).

Таблица 27 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура отдыха» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	16,5	2	15,6	2
Информационные	5,7	5	7,5	7
Жилищные	2,0	-	1,2	12
Отношения с родителями	3,0	8	3,1	9
Физические ограничения здоровья	2,0	10	-	-
Хорошее здоровье	-	-	18,9	1
Занятость, нагрузка	37,4	1	-	-
Отсутствие интереса	3,9	6	-	-
Мотивированность	-	-	14,5	3
Лень	8,0	4	-	-
Особенности личности	11,1	3	2,0	10
Волевой характер	-	-	1,8	11
Моральные убеждения, вера	-	-	9,4	5
Привычки	2,4	9	-	-
Нет примера для подражания	1,5	11	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	5,1	8
Неорганизованность	3,3	7	-	-
Организованность	-	-	7,8	6
Недостаток знаний	3,0	8	-	-
Хорошие знания	-	--	13,1	4

Проанализированные данные относительно компонента «Культура учебной деятельности» указывают на наличие ограничений, которые влияют на формирование культуры здоровья у подростков, среди которых выделяются (по мере снижения значимости): занятость, лень, особенности личности, информационные факторы, неорганизованность; способствующими: мотивированность, хорошие знания, информационные, волевой характер, особенности личности (таблица 28).

Таблица 28 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура учебной деятельности» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	4,1	8	2,8	10
Информационные	10,0	4	12,1	3
Жилищные	1,7	11	1,7	12
Отношения с родителями	0,9	13	2,1	11
Физические ограничения здоровья	1,5	12	-	-
Хорошее здоровье	-	-	4,5	8
Занятость, нагрузка	27,3	1	-	-
Отсутствие интереса	4,9	7	-	-
Мотивированность	-	-	24,3	1
Лень	18,5	2	-	-
Особенности личности	12,6	3	9,6	5
Волевой характер	-	-	10,4	4
Моральные убеждения, вера	-	-	3,6	9

Продолжение Таблицы 28

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Привычки	2,6	9	-	-
Нет примера для подражания	2,4	10	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	5,8	7
Неорганизованность	8,3	5	-	-
Организованность	-	-	9,1	6
Недостаток знаний	5,1	6	-	-
Хорошие знания	-	-	14,0	2

По компоненту «Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья» ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: занятость, информационные факторы, отсутствие интереса, недостаток знаний, материальные факторы; способствующими: информационные факторы, хорошие знания, мотивированность, особенности личности, хорошее здоровье (таблица 29).

Таблица 29 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	4,5	5	2,5	11
Информационные	16,7	2	23,7	1
Жилищные	1,5	10	1,9	11
Отношения с родителями	1,3	11	2,7	10

Продолжение Таблицы 29

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Физические ограничения в здоровье	3,2	7	-	-
Хорошее здоровье	-	-	8,7	5
Занятость, нагрузка	20,3	1	-	-
Отсутствие интереса	13,0	3	-	-
Мотивированность	-	-	12,3	3
Лень	9,8	6	-	-
Особенности личности	10,5	5	12,1	4
Волевой характер	-	-	5,2	8
Моральные убеждения, вера	-	-	4,0	9
Привычки	2,4	9	-	-
Нет примера для подражания	3,4	6	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	6,7	7
Неорганизованность	2,6	8	-	-
Организованность	-	-	6,9	6
Недостаток знаний	10,7	4	-	-
Хорошие знания	-	-	13,3	2

Ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура физической активности» (по мере снижения значимости) являются: нагрузка, лень, физические ограничения в здоровье, особенности личности, отсутствие интереса; способствующими: мотивированность, волевой характер, хорошее здоровье, особенности личности, информационные факторы (таблица 30).

По компоненту «Культура предупреждения заболеваний» ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: информационные факторы, занятость, недостаток

знаний, особенности личности, лень; способствующими: информационные факторы, хорошие знания, хорошее здоровье, особенности личности, мотивированность (таблица 31).

Таблица 30 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура физической активности» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	3,5	8	2,9	9
Информационные	4,9	6	9,4	5
Жилищные	1,6	11	1,3	11
Отношения с родителями	0,9	12	1,7	10
Физические ограничения здоровья	7,7	3	-	-
Хорошее здоровье	-	-	15,1	3
Занятость, нагрузка	33,6	1	-	-
Отсутствие интереса	7,1	5	-	-
Мотивированность	-	-	21,0	1
Лень	21,7	2	-	-
Особенности личности	7,5	4	10,5	4
Волевой характер	-	-	15,6	2
Моральные убеждения, вера	-	-	2,9	9
Привычки	2,7	9	-	-
Нет примера для подражания	2,2	10	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	7,3	6
Неорганизованность	2,7	9	-	-
Организованность	-	-	6,1	8
Недостаток знаний	3,8	7	-	-
Хорошие знания	-	-	6,3	7

Таблица 31 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура предупреждения заболеваний» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	4,1	6	3,1	9
Информационные	18,7	1	23,1	1
Жилищные	1,1	10	1,5	
Отношения с родителями	3,1	8	5,8	7
Физические ограничения здоровья	3,5	7	-	-
Хорошее здоровье	-	-	11,3	3
Занятость, нагрузка	17,2	2	-	-
Отсутствие интереса	9,6	4	-	-
Мотивированность	-	-	8,7	5
Лень	9,2	5	-	-
Особенности личности	9,6	4	9,4	4
Волевой характер	-	-	2,7	10
Моральные убеждения, вера	-	-	2,7	10
Привычки	2,8	9	-	-
Нет примера для подражания	3,1	8	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	5,0	8
Неорганизованность	3,5	7	-	-
Организованность	-	-	6,2	6
Недостаток знаний	14,4	3	-	-
Хорошие знания	-	-	20,6	2

Для компонента «Культура отношения к вредным привычкам» ограничивающими формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: отсутствие интереса, особенности личности, нагрузка, лень, информационные факторы; способствующими:

информационные факторы, особенности личности, моральные убеждения, волевой характер, хорошие знания (таблица 32).

Таблица 32 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура отношения к вредным привычкам» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	2,2	9	1,9	9
Информационные	6,8	5	17,5	1
Жилищные	0,9	11	1,6	10
Отношения с родителями	3,6	7	4,5	8
Физические ограничения здоровья	2,3	8	-	-
Хорошее здоровье	-	-	6,8	6
Занятость, нагрузка	9,1	3	-	-
Отсутствие интереса	39,1	1	-	-
Мотивированность	-	-	6,8	6
Лень	8,4	4	-	-
Особенности личности	11,1	2	15,4	2
Волевой характер	-	-	10,7	4
Моральные убеждения, вера	-	-	11,3	3
Привычки	6,8	5	-	-
Нет примера для подражания	4,5	6	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	8,9	6
Неорганизованность	1,6	10	-	-
Организованность	-	-	4,9	7
Недостаток знаний	3,6	7	-	-
Хорошие знания	-	-	9,7	5

Компонент «Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями», при формировании культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере

снижения значимости) будет ограничиваться следующими факторами: нагрузка, недостаток знаний, материальные факторы, информационные факторы, отсутствие интереса. Способствовать формированию данного компонента будут (по мере снижения значимости): информационные факторы, моральные убеждения и вера, особенности личности, хорошие знания и хороший пример подражания (таблица 33).

Таблица 33 – Частота факторов, ограничивающих и способствующих формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования по компоненту «Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями» (на 100 опрошенных)

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Материальные	11,8	3	2,3	11
Информационные	11,6	4	17,1	1
Жилищные	1,8	11	1,0	12
Отношения с родителями	1,8	11	3,3	10
Физические ограничения здоровья	8,9	6	-	-
Хорошее здоровье	-	-	5,0	7
Занятость, нагрузка	19,7	1	-	-
Отсутствие интереса	10,7	5	-	-
Мотивированность	-	-	7,0	6
Лень	6,0	7	-	-
Особенности личности	5,2	8	15,5	3
Волевой характер	-	-	4,8	8
Моральные убеждения, вера	-	-	16,5	2
Привычки	0,9	12	-	-
Нет примера для подражания	3,3	10	-	-
Хороший пример для подражания	-	-	9,9	5
Неорганизованность	3,6	9	-	-

Продолжение Таблицы 33

Факторы	Ограничивающие	Ранг	Способствующие	Ранг
Организованность	-	-	4,7	9
Недостаток знаний	14,8	2	-	-
Хорошие знания	-	-	13,0	4

5.2. Значимость факторов в формировании культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Необходимость интегральной оценки влияния изучаемых факторов, влияющих на формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования важна для прогностических анализов. Необходимо выявлять факторы, которые вероятнее всего могут оказать влияние на общее состояние культуры здоровья подростков [53].

На основании проделанной работы нами выявлены 13 основных факторов, наиболее оказывающие влияние на становление культуры здоровья.

Анализ взвешенных рангов частоты факторов и их интенсивных показателей выявил, что ограничивающими формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (по мере снижения значимости) являются: информационные факторы, занятость (нагрузка), недостаток знаний, лень, отсутствие интереса, особенности личности, привычки, материальные факторы, неорганизованность, физические ограничения в здоровье;

Способствующими формированию культуры здоровья являются: информационные факторы, хорошие знания, мотивированность,

особенности личности, волевой характер, хорошее здоровье, отношения с родителями, организованность, моральные убеждения и вера, хороший пример подражания.

Однако достаточно важным является установление комплекса факторов и их значимости, которые могут оказать влияние в целом на степень прогнозируемой сформированности культуры здоровья. Определение и анализ комплекса факторов, оказывающих воздействие на развитие культуры здоровья, представляет собой ключевую задачу в контексте прогностических исследований. В этом смысле, идентификация и оценка значимости этих факторов становится критически важным аспектом для обоснования стратегий по формированию и укреплению здорового образа жизни среди молодежи.

Полученные в ходе исследования данные легли основу интерпретации значимости факторов, оказывающих влияние на формирование культуры здоровья, с применением метода расчета весовых индексов.

В результате методологической работы была сформирована база данных факторов, обладающих наибольшей предиктивной силой в отношении формирования здоровьесберегающих поведенческих паттернов подростков. Эти данные оказались основополагающими для разработки моделей прогностического анализа рисков, связанных с отклонением от норм здорового образа жизни. Соответственно, для систематизации прогностических рисков, нами были выбраны факторы, оказывающие наиболее сильное влияние на становление культуры здоровья подростков. Результаты расчета значений интенсивных показателей по степени влияния факторов на компоненты культуры здоровья представлены в таблице 34.

В качестве нормирующей величины нами взят индекс здоровья (число практически здоровых лиц, выявленных при профосмотре, деленное на число осмотренных и умноженное на 100).

Нормированный интенсивный показатель (НИП) рассчитывался через деление интенсивного показателя (по каждому из факторов) на соответствующую нормирующую величину.

Определение значимости каждого фактора рассчитывали весовые коэффициенты (ВК). ВК представляет собой отношение максимального к минимальным интенсивным показателям для определенного фактора. Чем больше весовой коэффициент, тем значительнее влияние фактора.

Интегральную оценку риска снижения культуры здоровья (ИРВ) под влиянием различных факторов мы рассчитывали по формуле:

$$\text{ИВР} = \text{НИП} * \text{ВК},$$

где ВК – весовой коэффициент фактора, НИП – нормированный показатель.

По приведенной формуле был рассчитан риск снижения культуры здоровья по каждому из факторов.

Выбор индекса здоровья для расчёта нормирующей величины обусловлен тем, что данный показатель характеризует частоту практически здоровых людей.

Индекс здоровья логично использовать для анализа активности людей к своему здоровью, учитывая доступность медицинской помощи, что соответствует условию проведения диссертационного исследования. По полученным расчётам нормирующая величина (НВ) составила 5,3.

Весовые коэффициенты изучаемых факторов представлены в Таблице 35.

Полученные данные показывают, что больший весовой коэффициент, выявлен у фактора «Отношения с родителями», наименьший «вес» у – информационных факторов.

Таблица 36 демонстрирует результаты анализа и оценки рисков, связанных с потенциальным воздействием исследуемых факторов на составляющие культуры здоровья.

Таблица 34 – Оценка уровня значимости факторов, оказывающих наиболее сильное влияние на становление культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (на 100 человек)

№	Факторы	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.	Материальные	1,8	1,9	2,2	1,9	2,0	1,9	1,9	3,0	1,8	3,1	1,7	1,9	1,8
2.	Информационные	6,0	5,0	5,2	5,3	5,3	5,2	5,3	4,5	5,3	3,5	4,9	5,0	5,0
3.	Недостаток знаний	17,4	16,9	17,4	18,2	17,7	17,4	17,0	22,7	17,8	9,4	16,6	17,0	17,3
4.	Физические ограничения в здоровье	2,1	2,1	2,1	2,2	2,6	9,7	4,2	2,2	11,7	9,3	2,2	11,0	2,1
5.	Жилищные условия	2,1	2,1	2,1	2,2	2,6	2,1	2,2	8,0	2,2	2,6	2,2	2,0	2,1
6.	Неорганизованность	13,1	9,5	10,1	10,4	4,2	4,2	9,2	2,2	4,3	4,6	11,2	4,0	4,3
7.	Отсутствие интереса	5,0	5,2	3,8	3,9	10,0	4,5	2,2	3,4	2,9	2,2	31,6	2,0	1,9
8.	Хороший пример	3,8	5,2	3,8	3,9	4,2	2,2	9,8	1,2	4,3	1,1	4,78	4,0	11,5
9.	Отношения родителями ^с	1,1	1,1	1,1	1,0	1,4	1,2	1,0	3,4	1,2	1,1	1,9	1,1	17,0
10.	Моральные убеждения и вера	3,1	2,9	2,6	2,7	2,7	2,8	2,1	2,5	2,9	2,2	3,2	2,8	2,8
11.	Занятость	30,9	29,0	32,3	33,0	30,9	30,9	30,0	22,0	32,3	9,3	31,0	32,0	31,5
12.	Особенности личности	13,2	9,5	10,2	10,1	10,06	9,7	9,8	8,7	11,0	4,6	11,2	11,0	11,5
13.	Мотивированность	3,8	9,5	10,0	10,8	10,0	4,4	30,9	8,0	12,0	4,0	3,2	12,0	2,9
14.	Характер	13,0	5,2	3,8	3,9	4,2	9,1	9,8	2,5	32,0	4,5	4,8	32,2	4,3

*Условные обозначения: 1. Культура получения информации о здоровье и его сохранении; 2. Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья; 3. Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья; 4. Культура здорового быта; 5. Культура личной гигиены; 6. Культура питания; 7. Культура отдыха; 8. Культура учебной деятельности; 9. Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья; 10. Культура физической активности; 11. Культура предупреждения заболеваний; 12. Культура отношения к вредным привычкам; 13. Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье.

Таблица 35 – Весовые коэффициенты факторов, определяющих состояние культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

№	Факторы	ВК
1.	Материальные	1,8
2.	Информационные	1,7
3.	Недостаток знаний	2,4
4.	Физические ограничения в здоровье	5,6
5.	Жилищные условия	4,0
6.	Неорганизованность	6,0
7.	Отсутствие интереса	16,6
8.	Хороший пример	10,5
9.	Отношения с родителями	17,0
10.	Моральные убеждения и вера	1,5
11.	Занятость	3,5
12.	Особенности личности	2,9
13.	Мотивированность	10,7
14.	Характер	12,9

Таким образом, применительно к такому элементу культуры здоровья, как «Культура информированности о сохранении и укреплении здоровья», максимально достигнутый показатель индекса рефлексивной значимости (ИВР), отражающий прогностическую значимость изучаемого фактора, был равен 31,6. Это значение иллюстрирует мощь воздействия данного фактора на упомянутый аспект культуры здоровья, подчеркивая его важность и влияние в контексте формирования и поддержания здорового образа жизни.

Другими факторами, проявившими себя как сильные стали: занятость (20,2); неорганизованность (14,7) и отсутствие интереса (15,7).

Факторами наименьшей силы в отношении данного компонента культуры здоровья стали моральные убеждения и вера (0,9) и материальные (0,6).

Остальные факторы показали среднюю силу влияния на уровень информационной культуры получения знаний о здоровье и его сохранении.

Таблица 36 – Интегративная оценка риска снижения культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

№	Факторы	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		Интегративная оценка риска снижения культуры здоровья (ИВР)												
1.	Материальные	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	1,0	0,6	1,1	0,6	0,7	0,6
2.	Информационные	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,1	1,3	0,9	1,2	1,3	1,3
3.	Недостаток знаний	7,9	7,7	7,9	8,3	8,1	7,9	7,7	10,3	8,1	4,3	7,6	7,7	7,9
4.	Физические ограничения в здоровье	2,2	2,2	2,2	2,3	2,7	10,2	4,4	2,3	12,3	9,8	2,3	11,6	2,2
5.	Жилищные условия	1,6	1,6	1,6	1,7	2,0	1,6	1,7	6,0	1,7	2,0	1,7	1,5	1,6
6.	Неорганизованность	14,7	10,7	11,3	11,7	4,7	4,7	10,3	2,5	4,8	5,2	12,6	4,5	4,8
7.	Отсутствие интереса	15,7	16,3	11,9	12,2	31,4	14,1	6,9	10,7	9,1	6,9	99,2	6,3	6,0
8.	Хороший пример	7,5	10,3	7,5	7,7	8,3	4,3	19,3	2,4	8,5	2,2	9,4	7,9	22,7
9.	Отношения с родителями	3,5	3,5	3,5	3,2	4,5	3,8	3,2	10,9	3,8	3,5	6,1	3,5	54,5
10.	Моральные убеждения и вера	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,6	0,7	0,8	0,6	0,9	0,8	0,8
11.	Занятость	20,2	19,0	21,2	21,6	20,2	20,2	19,7	14,4	21,2	6,1	20,3	21,0	20,6
12.	Особенности личности	7,1	5,1	5,5	5,5	5,4	5,3	5,3	4,7	6,0	2,5	6,1	6,0	6,2
13.	Мотивированность	7,6	19,1	20,1	21,7	20,1	8,8	62,1	16,1	24,1	8,0	6,4	24,1	5,8
14.	Характер	31,6	12,6	9,2	9,5	10,2	22,1	23,8	6,1	77,8	10,9	11,7	78,3	10,4

**Условные обозначения: 1. Культура получения информации о здоровье и его сохранении; 2. Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья; 3. Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья; 4. Культура здорового быта; 5. Культура личной гигиены; 6. Культура питания; 7. Культура отдыха; 8. Культура учебной деятельности; 9. Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья; 10. Культура физической активности; 11. Культура предупреждения заболеваний; 12. Культура отношения к вредным привычкам; 13. Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье.

Значительное количество факторов риска связано с формированием компонента культуры здоровья, а именно культуры правовой грамотности в области охраны здоровья [53]. Так в ее формировании значительное место занимают такие факторы как: неорганизованность (10,7); отсутствие интереса (16,3); хороший пример (10,3); занятость (19,0); мотивированность (19,1); характер (12,6). Факторами наименьшей силы в отношении данного компонента культуры здоровья также стали моральные убеждения и вера (0,8) и материальные (0,7).

Установлено, что не менее четырёх факторов играют решающую роль в становлении культуры самосовершенствования в контексте охраны здоровья. Так, факторами наибольшей силы в отношении данного компонента культуры здоровья стали: неорганизованность; отсутствие интереса; занятость и мотивированность (значение ИВР 11,3-21,2). Факторами с низкой силой влияния стали также – моральные убеждения и вера и материальные условия (ИВР 0,7-08).

Специфика влияния изучаемых факторов на культуру здорового быта аналогична предыдущему. Самым значимым фактором стала мотивированность (21,7), наименее значимым – материальные условия (0,7).

К значимым рискам снижения или повышения культуры личной гигиены относятся такие факторы как отсутствие интереса (31,4); мотивированность (20,1) и характер (10,2). Факторами наименьшего риска в отношении данного компонента культуры здоровья также стали моральные убеждения и вера (0,8) и материальные (0,7).

Культура питания, по прогнозу, в большей степени может зависеть от влияния таких факторов как: физические ограничения в здоровье; отсутствие интереса; занятость и характер. При этом среди перечисленных факторов особый риск представляет характер (22,1).

Особый риск при формировании такого компонента культуры здоровья как культура отдыха представляют: неорганизованность; хороший пример; занятость; мотивированность и характер. При этом максимальный риск исходит от

мотивированности (62,1), минимальный от фактора «Моральные убеждения и вера» (0,6).

С формированием культуры учебной деятельности логично связана группа рисков по следующим факторам: недостаток знаний; отсутствие интереса; отношения с родителями; занятость и мотивированность. Ведущее значение играет фактор «Мотивированность» (16,1). При этом необходимо отметить, что на фоне низкого влияния материальных факторов на основные компоненты культуры здоровья, на культуру учебной деятельности материальные факторы оказывают среднее влияние (0,1).

К значимым рискам при формировании культуры общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья относятся: физические ограничения в здоровье; занятость; мотивированность и характер (значение ИВР от 12,3 до 77,8). Традиционно наименьшим риском в отношении данного компонента культуры здоровья также стали моральные убеждения и вера (0,8) и материальные (0,6).

Основное число изучаемых факторов, по компоненту «Культура физической активности» имеют среднюю силу риска (ИВР равен 1,1-8,1). Лишь физические ограничения в здоровье (9,8) и характер (10,9) могут оказывать сильное влияние на данный компонент культуры здоровья. Информационные факторы (0,9) и моральные убеждения и вера (0,6) факторами наименьшего риска. Установлено, что материальные факторы для подростков, при формировании данного компонента культуры здоровья имеют большую силу (1,1) по сравнению с информационными и моральными убеждениями и верой (0,9-0,6)

Культура предупреждения заболеваний в большей степени может зависеть от влияния таких факторов как: неорганизованность, отсутствие интереса, занятость и характер. При этом среди перечисленных факторов особый риск представляет отсутствие интереса (99,2).

К значимым рискам относительно формирования культуры отношения к вредным привычкам отнесли физические ограничения в здоровье, занятость, мотивированность и характер (значение ИВР от 11,6 до 78,3).

Примечательно, для формирования культуры отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье не являются рисками такие факторы как материальные и моральные убеждения и вера (0,6-0,8), а представляют риски: хороший пример; отношения с родителями; занятость и характер (значение ИВР в диапазоне 10,4-22,7).

Таблица 37– Оценка вклада факторов на общее формирование культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

№	Факторы	Сумма значений ИВР	M±m	Ранг
1.	Материальные	9,5	0,73±0,19	14
2.	Информационные	16,4	1,26±0,25	12
3.	Недостаток знаний	101,4	7,80±0,60	8
4.	Физические ограничения в здоровье	66,7	5,13±0,49	10
5.	Жилищные условия	26,3	2,02±0,31	11
6.	Неорганизованность	102,5	7,88±0,60	7
7.	Отсутствие интереса	246,7	18,98±0,88	2
8.	Хороший пример	118,0	9,08±0,64	5
9.	Отношения с родителями	107,5	8,27±0,61	6
10.	Моральные убеждения и вера	10,0	0,77±0,19	13
11.	Занятость	245,7	18,90±0,88	3
12.	Особенности личности	70,7	5,44±0,50	9
13.	Мотивированность	244,0	18,77±0,88	4
14.	Характер	314,2	24,17±0,97	1

Таким образом, анализируя в целом, полученные результаты, можно расположить факторы, влияющие на формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования следующим образом (в порядке уменьшения риска): характер; отсутствие интереса; занятость;

мотивированность; хороший пример; отношения с родителями; неорганизованность; недостаток знаний; особенности личности; физические ограничения в здоровье; жилищные; информационные; моральные убеждения и вера; материальные (Таблица 37).

Для вычисления индивидуальных рисков при формировании культуры здоровья суммируются показатели коэффициента оценки (ИВР), по выявленным у респондента градациям факторов риска, что важно при составлении, при необходимости, личностнонаправленной траектории формирования культуры здоровья в целом или ее специфических элементов. Следует еще раз подчеркнуть важность сформированного индивидуального пути развития культуры здоровья или её определенных составляющих. Это подразумевает необходимость учета уникального набора обстоятельств и факторов, определяющих формирование и укрепление здоровьесберегающих привычек и знаний на индивидуальном уровне. Подобный подход позволяет максимально эффективно интегрировать принципы здорового образа жизни в повседневную жизнь человека, способствуя его физическому, психическому и социальному благополучию.

Резюме к главе 5

Подводя итог можно сделать вывод о том, что данные, полученные в ходе анкетирования подростков, указывают на то, что в общем становление культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования определяется действием 13 факторов, причем наиболее высоким весом, по откликам респондентов, обладают такие факторы как: отношения с родителями (ВК=17,0) и отсутствие интереса (ВК=16,6), что позволяет рассматривать данные факторы не только в качестве наиболее значимых, но и в качестве регулируемых, позволяющих проводить корректировки.

Далее по значимости расположились следующие факторы: характер (ВК=12,9); мотивированность (ВК=10,7); хороший пример (ВК=10,5);

неорганизованность (ВК=6,0); физические ограничения в здоровье (ВК=5,6); жилищные условия (ВК=4,0); занятость (ВК=3,5); особенности личности (ВК=2,9); недостаток знаний (ВК=2,4).

Замыкают список три менее значимых фактора: материальные (ВК=1,8); моральные убеждения и вера (ВК=0,5) и информационные факторы (ВК=1,3).

ГЛАВА 6. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ПРЕДПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

6.1. Программа и комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

На основе анализа исследований и данных, представленных в предыдущих разделах нашего диссертационного исследования, выявлено, что современная подростковая популяция сталкивается с целым рядом нерешенных вопросов, связанных с развитием и укреплением культуры здоровья, о чем свидетельствует неблагоприятная динамика основных показателей здоровья среди подростков, и нуждаются в разносторонней поддержке [80, 337, 416]. Это, в свою очередь, требует создания таких структур, функционирование которых позволит оптимально обеспечить психологическую, социальную, медицинскую и профессиональную помощь подросткам по формированию и раскрытию их потенциала культуры здоровья на качественно новом уровне. Итогом работы по проведению медико-социально-образовательных мероприятий подростков должны не только знать основы здоровьесбережения, но активно использовать в повседневной деятельности методы сохранения, поддержания и укрепления здоровья.

Любая образовательная организация ставит перед собой важнейшую задачу – обеспечить комфортные условия для образовательного процесса подростков. Эти условия должны способствовать сохранению и укреплению здоровья учащихся, а также открытию потенциала в области формирования здоровой культуры.

Предлагаемая нами программа для образовательных учреждений, функционирующих при медицинских университетах, по формированию культуры здоровья базируется на утверждении, что подростковый возраст является

основополагающим для всей дальнейшей жизни человека. Это период активного психофизиологического становления организма, закладки ценностных установок, личностных качеств, обеспечивающих самосохранение и самореализацию подростка в бедующем (Приложение Д).

Так как большое время в течение дня подростки проводят в условиях учебном заведении, то организация образовательного процесса находится в зоне факторов риска нарушения здоровья, но, при этом, самым управляемым.

Предлагаемая модель наиболее оптимальных условий, способствующих формированию культуры здоровья у подростков, получающих предпрофессиональное медицинское образование, представлена в таблице 38.

Таблица 38 – Паспорт программы «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»

Наименование программы	Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»
Правовые основания для разработки программы	Конституция Российской Федерации Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»

Продолжение Таблицы 38

Наименование программы	Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»
	<p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н. «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»</p> <p>Указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240. «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»</p> <p>Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351)».</p> <p>И другие нормативные правовые акты в области охраны здоровья.</p> <p>Устав образовательной организации</p> <p>Локальные акты Ресурсного центра «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий», регламентирующие вопросы охраны здоровья обучающихся.</p>
Разработчик программы	Директор Ресурсного центра «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» Бирюкова Н.В.
Цель программы	Создание здоровьесберегающей среды в Ресурсном центре «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, направленной на формирование и раскрытие потенциала культуры здоровья подростков.
Задачи программы	<p>Внесение в практическую деятельность учебного учреждения комплекса медико-социально-образовательных мероприятий, направленных на достижение цели по формированию культуры здоровья среди подростков, получающих предпрофессиональное медицинское образование.</p> <p>Целенаправленная и последовательная организация системы, направленной на формирование культуры здоровья подростков.</p> <p>Оценка состояние здоровья и распространенности факторов риска заболеваний среди подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования и его планомерная диагностика на протяжении всего периода обучения.</p>

Продолжение Таблицы 38

Наименование программы	Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»
Задачи программы	<p>Проведение интегративной оценки уровня развития культуры здоровья у подростков в начальный период их подготовки к медицинской профессии, а также мониторинг её изменений на протяжении всего обучения.</p> <p>Гигиеническое нормирование учебной нагрузки и режима дня.</p> <p>Использование педагогами современных здоровьесберегающих технологий в процессе обучения подростков.</p> <p>Развитие медико-психолого-педагогической службы Медицинского Сеченовского Предуниверсария для своевременной профилактики рисков нарушения психофизиологического состояния подростков.</p>
Сроки реализации программы	2021-2024 гг. с последующим пролонгированием.
Направления деятельности и формы работы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Идентификация ключевых факторов и рисков, оказывающих влияние на культуру здоровья среди подростковой аудитории. 2. Определение начального и конечного уровней культуры здоровья у подростков при их поступлении и окончании образовательного процесса. 3. Выявление принципиальных потребностей в контексте пропаганды здорового образа жизни среди молодежи. 4. Разработка и реализация программ медицинского и оздоровительного сопровождения для эффективного становления культуры здоровья у подростков. 5. Организация системы психолого-педагогической поддержки, направленной на формирование у студентов понимания важности здорового образа жизни. 6. Проведение мониторинга состояния культуры здоровья, включая анализ общего самочувствия, распространенности хронических и актуальных заболеваний, повседневных привычек, условия жизни, а также уровня вовлеченности в учебные и физические активности. 7. Стимулирование сотрудничества с родительской общественностью в целях повышения осведомленности и направленности на здоровый образ жизни в рамках семейных ценностей.

Продолжение Таблицы 38

Наименование программы	Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»
Исполнители	Администрация, педагогический коллектив Предуниверсария, психолог, кураторы, родительский комитет, актив Предуниверсария, все заинтересованные организации и службы.
Ожидаемые результаты реализации программы	<ul style="list-style-type: none"> - формирование осознанной потребности в ведении здорового образа жизни и развитие культуры здоровья среди всех участников образовательного процесса; - повышение культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. - формирование готовности к сбережению и укреплению здоровья; - снижение заболеваемости обучающихся; - повышение квалификации педагогов в области здоровьесозидающей деятельности; - создание учебно-методического ресурса, направленного на развитие здоровья подростков в контексте предпрофессионального медицинского обучения; - увеличение уровня информированности о культуре здоровья как у подростков, так и у их родителей

6.2. SWOT – анализ программы формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Традиционно SWOT-анализ используется для оценки актуального состояния внутреннего потенциала планов, программ и перспектив развития и реализации с учетом динамики внешнего окружения.

Чтобы реализация программы по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (далее Программа) в период обучения в Ресурсном центре «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий», была успешной, актуальной и

возможной для тиражирования ее в другие аналогичные учебные учреждения, а уровень культуры здоровья выпускников отвечал запросам времени, необходимо своевременно реагировать на изменения внешнего окружения образовательной организации, анализировать тенденции политики государства в области здравоохранения и образования, а также прогнозировать ожидания отрасли здравоохранения в специалистах высокой квалификации и принять их во внимание в Программе на ближайшие годы.

Однако, анализ источников показал, что существуют определенные проблемы при оценке модели формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, так как такие анализы практически отсутствуют, что свидетельствует об актуальности проделанной работы. Также обзор научных публикаций выявил, что для критического оценивания процесса развития культуры здоровья среди подростковой аудитории необходимо использовать комплексный подход к анализу соответствующих моделей [53].

В результате произведен SWOT-анализ – оценка возможности реализации Программы, паспорт которой представлен в главе 6.

Первичный этап SWOT-анализа позволил определить сильные (S) и слабые (W) стороны внутренней среды и возможности (O) и угрозы (T) внешней (Схема 1).

Среди сильных сторон предлагаемой нами Программы, в первую очередь, стоит то, что Ресурсный центр «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» является подразделением ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и занимает первое место в рейтинге лучших школ России по конкурентоспособности выпускников в сфере «Медицина» с 2018 года по данным RAEX.

Известный и престижный бренд Сеченовского Университета и более чем двадцатилетний опыт работы со средними общеобразовательными учреждениями города Москвы по организации профильных классов медицинской направленности

Сильные стороны

1. Ресурсный центр «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» является подразделением Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, что обеспечивает рост численности обучающихся
2. Занимает первое место в рейтинге лучших школ России по конкурентоспособности выпускников в сфере «Медицина».
3. Наличие единой управленческой команды, сильного профессорско-преподавательского состава, ведущих специалистов, ученых и практиков.
4. Сильная научная, методическая, научно-практическая и материальная база Университета и Предуниверсария.
5. Связь Программы с системой непрерывной образовательной траектории «предуниверсарий-вуз-клиника».

1. Рост конкуренции среди образовательных учреждений г. Москвы за счёт создания аналогичных образовательных комплексов и программ.
2. Негативное влияние на подростков внешней среды, социальных сетей и иных источников информации, пропагандирующих лояльность общества к вредным привычкам.
3. Увеличение в процессе реализации Программы нагрузки на энергосистему и внутреннюю локальную сеть Интернет.
4. Риск экономической неэффективности в связи с социальной направленностью Программы.
5. Риск отсутствия результата, так как формирование и раскрытие потенциала культуры здоровья школьников – сложная проблема.
6. Низкая мотивация к раскрытию личного потенциала культуры здоровья.

Угрозы



Слабые стороны

1. Реакция сопротивления внедрению инноваций у ряда сотрудников.
2. Значительная финансовая нагрузка, связанная с обновлением, содержанием, ремонтом и обслуживанием материально-технической базы.
3. Трудность в освоении современного оборудования, информационных технологий и пониманием их применения в повседневной педагогической практике.
4. Снижение посещаемости лекционно-семинарских и лабораторных занятий обучающимися выпускных классов.
5. Недостаточная мотивация части обучающихся к раскрытию личного потенциала культуры здоровья.
6. Недостаточная квалификация педагогов-психологов в рамках работы по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья школьников.

1. Развитие межсекторального сотрудничества с образовательными и научными учреждениями, общественными организациями и организациями здравоохранения в области здоровьесбережения и культуры здоровья.
2. Привлечения опытных специалистов в области здравоохранения и деятелей науки и культуры для продвижения идей культуры здоровья.
3. Организация сетевого взаимодействия с образовательными организациями, реализующими здоровьесберегающие технологии.
4. Привлечения внешнего финансирования за счет грантов, стимулирующих реализацию государственной политики Российской Федерации в сфере защиты детства.

Возможности

Схема 1 – Первичный этап SWOT-анализ Программы медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья у подростков

обеспечивает рост численности обучающихся Предуниверсария по программам основного общего и среднего общего образования.

Наличие единой управленческой команды, личного сильного профессорско-преподавательского состава и сильная научная и материальная база Сеченовского Университета и Предуниверсария.

Другой сильной стороной Предуниверсария является наличие обширной методической, научной, учебной и иной литературы по проблемам формирования культуры здоровья подростков.

Важным моментом является то, что внедрение данной Программы интегрировано в систему непрерывного образовательного процесса, охватывающего этапы от предварительной университетской подготовки до обучения в вузе и последующей практики в клиниках. Эта Программа оборудована унифицированной системой для разработки и анализа культуры здоровья подростков, демонстрируя выдающиеся возможности для адаптации и корректировки в соответствии с потребностями различных групп подростков. В рамках предуниверситетской подготовки создана уникальная медико-социально-образовательная среда, представляющая собой ключевой элемент в процессе воспитания культуры здоровья у подростков.

Одним из ограничивающих факторов успешности Программы является разрыв между современными возможностями оборудования и информационных технологий и уровнем осведомленности некоторых преподавателей о полном спектре их применения в ежедневной образовательной деятельности, направленной на развитие здоровьесберегающих навыков среди подростков. Кроме того, наблюдается снижение посещаемости обязательных занятий старшеклассниками из-за их участия в дополнительных внеучебных мероприятиях, что влияет на эффективность образовательного процесса. Также существует проблема недостаточной мотивации у некоторых учащихся к активному участию в формировании своей культуры здоровья

Вдобавок, в процессе реализации Программы может проявиться недостаток профессиональной подготовки у педагогов и психологов в аспекте развития и реализации потенциала здорового образа жизни среди молодежи.

Факторами риска (угрозами) может являться отрицательное влияние на подростков внешней среды, социальных сетей и иных источников информации, пропагандирующих лояльность общества к вредным привычкам.

Увеличение использования технических средств, лабораторного приборного оборудования, информационных систем в процессе реализации Программы увеличивают нагрузку на энергосистему и внутреннюю локальную сеть Интернет.

Риск возникновения вакансий профессорско-преподавательского состава в течение учебного года.

Риск низкой экономической эффективности в связи с социальной направленностью Программы.

Существует определенный риск недостижения задуманных результатов в процессе формирования и активизации потенциала здорового образа жизни среди подростковой молодежи, что обусловлено сложностью данной задачи в контексте здравоохранения. Эта сложность порождается необходимостью глубокой и коренной трансформации устоявшихся стереотипов и традиций в обществе, что, как правило, требует значительных временных затрат. Дополнительную повышенную степень риска вносит увеличение учебной нагрузки у подростков, что в свою очередь сочетается с низким уровнем мотивации к осознанному развитию и вовлечению в культуру здорового образа жизни, усугубленным низким уровнем психологической грамотности подростков, что значительно усложняет процесс достижения положительных изменений в данной области.

При этом существуют внешние возможности, способствующие эффективной реализации Программы, например: развитие межсекторального сотрудничества с образовательными и научными учреждениями, общественными организациями и организациями здравоохранения в области здоровьесбережения и культуры здоровья; возможность привлечения к работе по Программе ведущих специалистов

в различных областях медицины, привлечение к работе сотрудников всех структурных подразделений и отделов Университета, имеющих необходимый опыт и обладающих компетенциями, для проведения медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования; возможность организации сетевого взаимодействия с образовательными организациями, реализующими здоровьесберегающие технологии; возможность привлечения внешнего финансирования за счет грантов, так как реализация цели и задач Программы соответствует основным целям совершенствования государственной политики Российской Федерации в сфере защиты детства.

На основании первичной SWOT матрицы построена ее расширенная версия (поэлементный SWOT-анализ), целью которой стало формирование четырех возможных комбинаций стратегических альтернатив, разработанных на основе соотнесения выявленных сильных и слабых сторон Программы и возможностей и угроз внешней среды. Таким образом сформировались следующие группы стратегий (Схема 2).

Среди стратегических инициатив по максимизации использования сильных сторон и возможностей среды необходимо выделить следующие:

- ✓ поддержка и курирование выпускников Предуниверсария на всей траектории образовательного цикла, вплоть до начала их трудовой деятельности;
- ✓ получение грантовой поддержки в программах повышения культуры здоровья подростков, ориентированных на медицину;
- ✓ развитие сетевого взаимодействия за счет лидерства в научно-методической, научно-практической и материальной базы Сеченовского Университета и Предуниверсария;
- ✓ формирование специализированных команд для осуществления грантовых проектов.;



Схема 2 – Поэлементный SWOT-анализ Программы медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья у подростков

- ✓ корректировка существующих пособий по методическим наработкам и рекомендациям для формирования и раскрытия потенциала культуры здоровья подростков с целью адаптации их к современным реалиям;
- ✓ сосредоточение усилий на разработке и запуске территориального центра, специализирующегося на научных исследованиях и практической деятельности, а также предоставлении консультаций в области культивирования культуры здоровья среди подростков с профессиональной ориентацией в медицинскую сферу, что станет ключевым направлением для достижения высокой эффективности в формировании, укреплении и дальнейшем развитии потенциала здорового образа жизни в данной целевой группе.

Синергия высокой квалификации преподавательского состава и условий внутренней образовательной среды играет ключевую роль в стимулировании интереса подростков к освоению и внедрению принципов здорового образа жизни. Это создает благоприятные условия для раскрытия их потенциала в данной сфере. Также крайне важно привлечение внешнего финансирования, в том числе путем получения грантов, для укрепления и развития материально-технического обеспечения учебных заведений, что несомненно способствует успешной реализации образовательных программ. Кроме того, поощрение преподавателей к профессиональному росту и совершенствованию в области продвижения здорового образа жизни как среди самих учителей, так и среди подрастающего поколения, является неотъемлемой частью стратегии повышения общего уровня здоровья общества.

Мероприятия по реализации стратегии минимизации влияния слабых сторон и максимизации использования включают:

- ✓ интеграция высококвалифицированного профессорско-преподавательского корпуса и эффективно структурированной образовательной инфраструктуры формирует оптимальные предпосылки для активизации интереса молодежи к развитию их возможностей в области здорового образа жизни. Это содействует созданию мотивационной основы,

необходимой для вовлечения подростков в процесс осознания и принятия культуры здоровья;

✓ процесс активизации поиск и привлечение финансовой поддержки в виде грантов и дополнительных ресурсов играет ключевую роль в обеспечении и улучшении материально-технической оснащенности, необходимой для эффективного выполнения задач, поставленных Программой;

✓ стимулирование академических и учебных кадров к совершенствованию профессиональных навыков в сфере развития культуры здоровья среди себя и молодежи;

✓ привлечение студентов медицинских вузов, бывших выпускников Предуниверсария для волонтерской работы по выполнению исследовательских проектов старшеклассниками в области культуры здоровья.

Стратегию максимизации использования сильных сторон и минимизации угроз необходимо основывать на:

✓ усилении использования административного аппарата для межсекторального сотрудничества с образовательными, научными и общественными организациями, а также организациями здравоохранения в области здоровьесбережения и формирования культуры здоровья;

✓ использовании бренда Сеченовского Университета и достижения в области медицинского предпрофессионального образования Предуниверсария для привлечения мотивированных и целеустремленных на здоровьесбережение подростков;

Стратегия действий, направленных на минимизацию влияния слабых сторон и минимизацию угроз внешней среды базируется на:

✓ мониторинге уровня медико-социального здоровья подростков, создание внутренних нормативных актов, положений, планов и других, регулирующих медико-социально-образовательную составляющую Программы;

✓ пропагандировании, с широким использованием информационных сетей, культуры здоровья и возможностей по раскрытию ее потенциала;

✓ создание условий для положительного влияния средств массовой информации на уровень культуры здоровья подростков путем максимального использования внутривузовских и университетских возможностей (разработка и издание социальных рекламных материалов (буклетов, видеороликов и т.д.) по тематике здоровья;

✓ активное вовлечение родителей в вопросы организации образовательной среды и семейно-бытовой обстановки, способствующей развитию и реализации потенциала здорового образа жизни, через проведение мероприятий с их непосредственным участием.

Тщательное изучение и опыт внедрения Программы и выполнение анализа SWOT указывают на неотложную необходимость учреждения в каждом значительном населенном пункте специализированных территориальных научно-исследовательских и консультационных учреждений по выработке культуры здоровья среди профессионально ориентированных подростков (в дальнейшем именуемых «Центрами»). Задача этих центров должна заключаться в обеспечении идеальных предпосылок для всесторонней деятельности, направленной на воспитание, совершенствование и максимальное раскрытие возможностей культуры здоровья у подростков с медицинской направленностью и налаживание координации всех аспектов, касающихся внедрения инноваций в этот процесс.

Задачи функционирования центра включают в себя следующие аспекты:

- Создание и постоянное обновление интерактивной информационной системы. Данная система, функционирующая как база данных, будет отражать потенциал культуры здоровья среди подростков, получающих предпрофессиональное медицинское образование. Она должна включать инструменты для диагностики и непрерывного мониторинга соответствующих показателей [53];

- Предоставление информационно-методической поддержки процесса воспитания и развития культуры здоровья у подростков в период их подготовки к медицинской профессии [53];

- Формирование среды для плодотворного взаимодействия между медицинскими специалистами, подростками и их семьями. Целью такого взаимодействия является обмен знаниями и опытом в области сохранения и укрепления здоровья;

- Предоставление родителям исчерпывающей и актуальной информации о значении принципов здорового образа жизни и необходимости защиты здоровья [53]. Это позволит стимулировать у родителей и их детей осознанное и ответственное отношение к своему физическому и психоэмоциональному благополучию.

- Организация мероприятий, в том числе интерактивных, по обогащению культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, стимулирование их к ведению здорового образа жизни.

- Организация волонтерского движения с целью содействия распространению в среде подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования здоровьесозидающих установок;

- Координация усилий всех учреждений и организаций по оптимальному решению задач по формированию и повышению потенциала культуры здоровья подростков, получающих предпрофессиональное медицинское образование, основанных на глубоком понимании особенностей здоровья подростков и методов их профилактики.

Как было указано нами выше, формирование культуры здоровья подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования требует решения множества комплексных вопросов, что и диктует необходимость централизации организации и управления данным процессом, для обеспечения более дифференцированного и ориентированного на подростков. Возникновение потребности в формировании

централизованных структур определяется ситуацией, при которой имеется недостаточная координация и разрозненность деятельности различных государственных и неправительственных учреждений и организаций, задачи которых пересекаются в области продвижения и поддержания культуры здоровья. Это указывает на необходимость централизации усилий для обеспечения более эффективного и системного подхода к решению задач по укреплению здоровья населения, а также к созданию и внедрению единой стратегии в данной сфере.

Предлагаемая ориентировочная модель «Центра» включает следующие структурные элементы: справочно-информационный, тренинговый, научный, психологической помощи, медицинской помощи.

Справочно-информационное подразделение играет ключевую роль в формировании культуры здоровья у подростков, готовящихся к медицинской профессии. Его задачи простираются далеко за рамки простого сбора информации, оно фактически становится центром, координирующим процесс включения знаний о здоровье в систему предпрофессионального образования. Основным предназначением данного подразделения является информирование и методическое сопровождение всех инициатив, способствующих формированию и активизации личных качеств, необходимых для воплощения культуры здоровья. Подразделение изучает и типизирует лучшие практики в сфере формирования культуры здоровья, делясь этой информацией с учителями, воспитателями и обучающимися. Это включает в себя сбор, систематизацию и анализ актуальных данных по вопросам культуры здоровья, подготовку и распространение образовательных и наглядных материалов, таких как буклеты, видеоматериалы, презентации, а также обобщение и демонстрацию успешных практик в данной области.

Справочно-информационное подразделение может состоять из следующих элементов: интерактивная база данных; база информационно-

библиографических ресурсов; методический отдел; отдел консультационного сопровождения.

Ключевую роль на пути к формированию культуры здоровья играет взаимодействие образовательных направлений, объединенных в кластер тренингов по культуре здоровья. Этот интегративный подход предполагает комплексное образование как подростков, так и их родителей в использовании передовых методик и стратегий по освоению и продвижению культуры здоровья. В рамках этого кластера планируется реализовать серию практических семинаров, направленных на развитие компетенций и раскрытие личностного потенциала в области здоровьесберегающих технологий среди учителей и других сотрудников образовательных организаций.

Для обеспечения эффективности внедрения культуры здоровья на всех уровнях образовательного процесса и предупреждения возможных отклонений в ее формировании у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, представляется целесообразным проведение обучающих семинаров и итогового тестирования по данной тематике не реже одного раза в год, привлекая к этой работе профессорско-преподавательский состав медицинских вузов. Это позволит организовать регулярный анализ данных и отзывов от участников образовательных программ, что позволит оперативно корректировать содержание и методы тренингов, а также проводить адекватные изменения в образовательной стратегии с целью оптимизации процесса формирования как личностного, так и коллективного здоровья.

Ключевыми задачами научного отделения должны стать: организация семинаров, круглых столов, научно-практических конференций по вопросам культуры здоровья, конкурсов обучающихся с участием родителей; помощь образовательным учреждениям в организации проектной деятельности подростков по вопросам культуры здоровья; организация работы интерактивной лектория, встреч со специалистами в области здравоохранения

и известными в среде молодежи лицами, пропагандирующими здоровый образ жизни, распространение эффективного опыта.

Хорошим подспорьем в организации работы научного отдела может стать привлечение медицинских работников, завершивших свою основную трудовую деятельность, но имеющих возможность и желание поделиться своими знаниями и богатым профессиональным практическим опытом с подрастающим поколением, что обеспечит связь поколений и передачу профессионально-ориентированным к медицине подросткам не только знаний о культуре здоровья, но и традиций и ценностей медицинской культуры.

Сектор психологической помощи «Центра» должен обеспечить организацию и проведение цикла тренинговых занятий для подростков и их родителей по научению их приемам эффективной коммуникации, разрешению конфликтов, снятия напряженности, оптимального подхода к повышению уровня психологического и социального здоровья, как факторам повышения успешности в жизни.

Большее значение имеет также организация оздоровительных мероприятий и формирование навыков их применения у подростков в ежедневной практике, с целью их гармоничного психофизиологического развития, что должно стать задачами отделения медицинской помощи подросткам.

Таким образом, создание «Центра» позволит на практике обеспечить комплексный подход к проблеме формирования и раскрытия потенциала культуры здоровья у подростков, развитие восприятия у них здоровья как осознанной ценности, консолидацию усилий всех участников на построение единой среды на основе здоровьесбережения.

6.3. Разработка методики интегративной оценки состояния культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Культура здоровья является частью общей культуры личности и включает в себя систему знаний, умений и навыков в области здорового образа жизни, методов самодиагностики физического и психического состояния, необходимых для обеспечения индивидуального здоровья, как условия полноценной жизнедеятельности, самосовершенствования и реализации личной стратегии сохранения и (или) улучшения своего здоровья.

Результаты исследования позволяют утверждать о наличии прямой связи между социально-экономическими условиями неблагополучия и эскалацией рисков здоровьесбережения. Исследование показало, что семейная среда, образовательная система и социально-экономический статус оказывают наибольшее влияние на формирование культуры здоровья подростков. Данный аспект подтверждаются исследованиями Т. Р. Ахметова и соавт., показавшими, что социально-экономические условия, качество питания в семье воздействуют на образ жизни, среду обитания и здоровье подрастающего поколения, усиливаясь под влиянием цифровизации различных сфер жизнедеятельности [21].

Установлено, что на фоне общего тренда, направленного на снижение заболеваемости в целом по стране, показатели здоровья и способность адаптироваться подростков к новым условиям, например, к условиям школьного обучения, остается проблемой и отягощаются такими неблагоприятными факторами риска развития нарушений здоровья как переедание, совмещение приема пищи и чтения, повышенное употребление соли и сладостей, нарушения режима сна и двигательной активности. При этом у каждого третьего подростка имеется сочетание нескольких факторов риска здоровью.

Аналогичные проблемы, связанные с ростом заболеваний, зависящих от образа жизни отмечают и другие исследователи. Например, в своих исследованиях А.А. Баранова и соавт., С.Р. Конова и соавт. отмечают, что причина развития многих отклонений в здоровье подростков – нарушение режима сна и отдыха, питания, гиподинамия, неограниченное использование различных электронных устройств (сотовые телефоны, планшеты) [255, 240].

Существенно, что анализ подтверждает реальность утверждения о преимущественной предотвратимости большинства различий в сфере здоровья, несмотря на продолжающуюся актуальность их проявлений среди подрастающего поколения на глобальном уровне. На возможное влияние и значение осознанной саморегуляции поведения на психологическое здоровье подростка указывают исследования, проведенные Е.Г. Головановой [78].

Анализ состояния здоровья является ключевым элементом, поскольку он позволяет определить актуальные проблемы и выявить наиболее распространенные факторы риска нарушения здоровья. Современные данные научного опыта исследователей о распространенности заболеваний, травматизма, злоупотребления психоактивными веществами, неправильного питания, низкой физической активности и других негативных факторов, характерных для подросткового возраста, помогут сформулировать цели и задачи методики оценки.

Изучение распространенности факторов риска нарушения здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования имеет особое значение, поскольку будущие медики являются не только группой риска, но и потенциальными профессионалами, способными изменить ситуацию в своей среде. Эта методика поможет оценить уровень знаний и навыков студентов, выявить проблемные зоны и разработать целевые программы по формированию здорового образа жизни у будущих медиков.

Глобальное научное сообщество достигло консенсуса в вопросе формирования целостного, комплексного восприятия культуры здоровья,

рассматривая её как многогранное понятие. В рамках данного подхода исследования культуры здоровья осуществляются через призму анализа четырёх ключевых аспектов поведения подростков в контексте их отношения к собственному здоровью.

К этим аспектам относятся: физическое благополучие, обеспечивающее основу для полноценного здоровья; психологическое состояние, влияющее на эмоциональное равновесие и устойчивость к стрессам; социальное взаимодействие, включающее в себя отношения с окружающими и способность адаптироваться в обществе; а также духовное измерение, отражающее внутренние убеждения и ценностные ориентиры подростка. Ранее проведённое авторское исследование показало необходимость формировать у молодого поколения духовные ценности, развивать способность регулировать свои эмоции и поведение [32, 50, 53-56, 208].

Этот подход позволяет проводить многоуровневую оценку и поддержку культуры здоровья, признавая важность комплексного развития в каждом из упомянутых аспектов. Подобная модель подчеркивает не только необходимость физического здоровья, но и акцентирует внимание на психологическом и социальном благополучии, а также на значении духовных ценностей для общего состояния здоровья подростков [100, 213, 362, 378, 423].

Физический компонент культуры здоровья связан с установление уровня физического развития, степени функционирования и саморегуляции органов и систем, резервных возможностей организма, являющийся результатом регулярной физической активности, здорового питания, достаточного отдыха и выражающийся в отсутствие заболеваний, а также дефектов развития.

Психический компонент связан с оценкой способности психики приспосабливаться, адаптироваться к воздействиям изменяющейся окружающей среды, умения противостоять стрессогенным факторам, степени образованности и управления личным эмоциональным состоянием, действиями и мыслями в пользу сохранения и поддержания здоровья, а также когнитивным

компонентом – овладение комплексом необходимых знаний о здоровье человека, способах его сбережения и развития.

Социальный компонент определяет степень устойчивости личности к социально неблагоприятным факторам среды и сформированность навыков саморегуляции поведения, обеспечивающих сохранение и поддержание здоровья при непосредственном взаимодействии подростков с другими субъектами социума.

Духовный компонент культуры здоровья обучающихся определяет нравственную ориентацию личности, её менталитет по отношению к собственному здоровью, природе и обществу в целом.

В соответствии с изложенным выше, нами разработаны анкеты, содержащие вопросы, оценивающие культуру здоровья как по отдельным компонентам, так и комплексно, уровень ее сформированности у обучающихся и критерии оценки, в том числе эффективности, ее формирования.

Оценка физического аспекта культуры здоровья учащихся проводится с использованием тестов, предназначенных для определения показателей, таких как уровень знаний о здоровом питании, отдыхе и физической активности (Таблица 39) [53].

Таблица 39 – Компоненты, показатели и методы изучения культуры здоровья подростков

Исследуемый компонент культуры здоровья	Направления изучения. Показатели	Методы изучения
Физический	Установление уровня физического развития, степени функционирования и саморегуляции органов и систем, резервных возможностей организма.	Анализ медицинской документации.

Продолжение Таблицы 39

Исследуемый компонент культуры здоровья	Направления изучения. Показатели	Методы изучения
Физический	Физическая активность, сохраняющая и создающая личное здоровье. Частота нарушений в здоровье.	Анкетирование с использованием комплексной анкеты для социально-гигиенического исследования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. Статистический анализ результатов
Психический	Оценка способности психики приспосабливаться, адаптироваться к воздействиям изменяющейся окружающей среды, умения противостоять стрессогенным факторам, степени образованности и управления личным эмоциональным состоянием, действиями и мыслями, направленными на охрану и укрепление здоровья. Знание о внешних и внутренних факторах, оказывающих влияние на здоровье. Знание и понимание принципов первичной профилактики заболеваний, а также знание способов сохранения и укрепления собственного здоровья, с последующим неукоснительным их применением в повседневной жизни.	Анкетирование (тестирование) с применением комплексной анкеты, охватывающей различные аспекты социально-гигиенического исследования культуры здоровья подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования. Статистический анализ результатов

Продолжение Таблицы 39

Исследуемый компонент культуры здоровья	Направления изучения. Показатели	Методы изучения
Социальный	<p>Определение степени устойчивости личности к социально неблагоприятным факторам среды и сформированности навыков саморегуляции поведения, обеспечивающих сохранение и поддержание здоровья.</p> <p>Гармоничность образа жизни.</p> <p>Уровень знаний законодательства в области здравоохранения, правовых норм и отношения к их соблюдению.</p> <p>Уровень личной гигиены.</p> <p>Уровень осознания необходимости согласования вопросов, связанных с личным здоровьем с врачом, и соблюдения его рекомендаций.</p>	<p>Анкетирование (тестирование) с применением комплексной анкеты, охватывающей различные аспекты социально-гигиенического исследования культуры здоровья подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования.</p> <p>Статистический анализ результатов</p>
Духовный	<p>Выявление нравственной ориентацией личности, её менталитета по отношению к собственному здоровью, природе и обществу в целом.</p> <p>Интерес к собственному здоровью. Осознание важности здоровья как необходимого компонента полноценной жизнедеятельности.</p> <p>Уровень саморазвития и степень владения методами саморазвития</p>	

Тесты, направленные на оценку психического компонента, включают в себя вопросы, выявляющие уровень культурной грамотности в таких областях, как: поиск и усвоение информации о здоровье и его сохранении; участие в учебной деятельности; отношение к вредным привычкам профилактика заболеваний. Анкета была дополнена вопросами стандартного опросника «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) [[53,385].

В контексте исследования социального измерения культуры здоровья методология оценки была расширена за счет интеграции вопросов, направленных на выявление степени развитости у учащихся понимания и умений и навыков, связанных с межличностными взаимоотношениями, нацеленными на поддержание здоровья. Опросник направлен на оценку уровня осведомлённости подростков в отношении значимости совместной деятельности и кооперации в сфере сохранения и укрепления здоровья, их знаний о правовых основах, регламентирующих область здравоохранения, а также их понимания важности соблюдения правил личной гигиены.

Данный метод предлагает всесторонний анализ социального измерения культуры здоровья. Он выходит за рамки индивидуальных знаний и практик, направленных на поддержание здоровья, и фокусируется на исследовании взаимосвязей и ответственности в рамках общественного взаимодействия. Это подчеркивает важность обучения молодых людей не только основам здорового образа жизни, но и развитию умений эффективно взаимодействовать в социуме для совместного решения вопросов, связанных с охраной и продвижением здоровья на общественном уровне.

Интеграция в опросные инструменты комплекса вопросов, направленных на измерение степени развития у молодежи принципов здорового образа жизни, их мотиваций к саморазвитию в контексте сохранения здоровья, а также подходов к взаимодействию с индивидами, имеющими ограниченные возможности в области здоровья, как показывает практика и проведенные нами

ранее исследования [47], откроет возможности для более глубокого анализа этического и духовного измерений рассматриваемой тематики.

Этот метод позволяет не только охарактеризовать у респондентов уровень осознания и приверженности здоровому образу жизни и личностному росту в рамках заботы о своем здоровье, но также выявить глубину их понимания и отношения к социальной инклюзии и равноправному общению с людьми, сталкивающимися со здоровьесвязанными ограничениями.

Таким образом, подобный комплексный подход позволяет всесторонне изучить социокультурные тренды, влияющие на формирование ценностей и норм в области здоровья, превращая внимание к физическому здоровью в одно из ключевых звеньев в цепи культурных и общественных отношений, поддерживающих всеаспектное благополучие человека и социума в целом.

С целью установления факторов, и степени их влияния на формирование культуры здоровья в анкету внесены пункты для их оценки. Определены ограничивающие и способствующие факторы. К ограничивающим отнесли: материальные; информационные; жилищные; отношения с родителями; физические ограничения в здоровье; занятость, нагрузка; отсутствие привлекательности и интереса; лень; индивидуальные особенности личности; привычки; отсутствие примера для подражания; неорганизованность; недостаток знаний. К способствующим: материальные; информационные; жилищные; отношения с родителями; хорошее здоровье; хорошие знания; мотивированность; волевой характер; особенности вашей личности; моральные убеждения, вера; хороший пример для подражания; организованность.

Полная версия разработанных анкет представлена в приложении Г.

Мониторинг уровня культуры здоровья у подростков в период предпрофессионального медицинского образования осуществляется в пять этапов:

1. Селекция и информирование: выбор участников исследования и получение их письменного согласия на участие в анкетировании.

2. Проведение анкетирования: сбор первичных данных о состоянии культуры здоровья с помощью специально разработанных опросников.

3. Формирование базы данных: создание электронной базы данных, содержащей собранные данные анкетирования.

4. Расчет показателей: анализ полученных данных и расчет отдельных показателей, характеризующих различные аспекты культуры здоровья [53].

5. Интегральная оценка: вычисление общего интегрального показателя культуры здоровья подростков на основе расчета отдельных компонентов.

В Приложении Е представлены формы сбора данных, предназначенные для автоматизированной обработки и интегральной оценки уровня развития культуры здоровья подростков.

Таблица 40 – Шкала прогноза снижения культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Факторы	Наличие фактора снижения культуры здоровья		Фактическое значение	Прогностический коэффициент
	Есть	Нет		
Материальные	1	1		1,2
Информационные	3	1		2,9
Жилищные	1	1		1,1
Отношения с родителями	2	1		2,1
Физические ограничения в здоровье	2	1		2,6
Занятость, нагрузка	3	1		6,7
Отсутствие интереса	3	1		3,4
Лень	3	1		3,2
Особенности личности	2	1		3,5
Привычки	2	1		2,8
Нет примера для подражания	2	1		3,1
Неорганизованность	3	1		4,5
Недостаток знаний	2	1		5,9

По результатам обработки данных определяют:

- полноту реализации компонентов, определяющих культуру здоровья;

- индивидуальный уровень сформированности культуры здоровья;
- среднегрупповой уровень сформированности культуры здоровья;
- прогностическое снижения культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования [53].

Выходная форма мониторинга (шкала прогноза снижения культуры здоровья) представлена таблицей 40.

При установлении более 3 перечисленных значимых факторов у подростка его относят к группе с высокой вероятностью снижения культуры здоровья. Это позволяет сформировать группы коррекции по необходимым направлениям.

6.4. Эффективность внедрения программы медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

В целях анализа результативности реализации ряда медицинских и социальных образовательных инициатив, направленных на культивирование и укрепление культуры здоровья, было организовано последующее эмпирическое исследование в форме анкетирования среди подростков. Это исследование проводилось на стадии их обучения в учреждениях предпрофессионального медицинского образования.

Этот методологический подход позволил систематизировать и проанализировать данные относительно динамики изменений в осведомленности, отношении и поведении целевой группы молодых людей по отношению к принципам и практикам здорового образа жизни. Исследование предоставило ценную информацию о степени влияния проводимых образовательных программ на сознание и поведение подростков.

В завершение, данный подход демонстрирует возможности применения комплексных эмпирических оценок для валидации и корректировки образовательных стратегий в области медицинского и социального

просвещения, специфически ориентированных на формирование и укрепление норм и ценностей здорового образа жизни на начальных этапах профессионального развития в медицинской сфере.

Результаты повторного анкетирования отражены на рисунке 19. Критерии оценивания сформированности психокогнитивного компонента и других элементов культуры здоровья аналогичны использованным в предыдущем опросе (см. раздел 3.5).

Наблюдается значительный рост числа подростков, демонстрирующих высокий уровень компетентности (знания, умения, представления). В части реализации культуры здоровья увеличение отмечено по последующим аспектам: в области получения информации о здоровье и его сохранении (увеличение на 61 человека). Также отмечен существенный прогресс в сфере правовой грамотности в контексте здоровья (рост на 211 человек). Показатель высокого уровня культуры саморазвития в отношении сохранения здоровья увеличился до 878 подростков, что на 203 человека больше по сравнению с началом исследования [53]. В области культуры здорового образа жизни, включающей личную гигиену, питание, отдых и учебную деятельность, наблюдается средний прирост на $143 \pm 48,1$ человека. Показатели высокого уровня культуры физической активности, профилактики заболеваний и отношения к вредным привычкам выросли в среднем с 179 до 240 человек. Количество подростков, проявляющих адекватное отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья, увеличилось с 723 до 968 человек. В области культуры общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья произошло увеличение показателя с изначальных 28,3 случаев на 100 опрошенных до 35 случаев на 100 опрошенных.

В результате проведенного исследования было зафиксировано сокращение количества подростков, проявлявших ограниченные компетенции в различных аспектах здоровьесберегающего образования на начальном этапе его проведения. В частности, отмечено уменьшение числа респондентов,

демонстрирующих недостаточную осведомленность и навыки в области юридической грамотности по вопросам здоровья (сокращение на 16 участников опроса), в сфере пищевой культуры (снижение на 38 подростков), в практике организации досуга (снизилось на 32 респондента), в области физической активности (уменьшение на 50 подростков), а также в понимании отношения к вредным привычкам (снижение на 34 участников) [53].



Рисунок 19 – Уровень компетентности (знания, умения, представления) до и после реализации медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (число подростков на 100 опрошенных, n=1600)

Наблюдаемое улучшение, выраженное в увеличении среднего показателя количества подростков, достигших высокого уровня осознанных знаний и умений в рамках психокогнитивного компонента культуры здоровья – с 39,1 до

49,6 на каждые 100 опрошенных ($p < 0,01$), представляет собой результат сокращения числа подростков среднего и низкого уровня знаний в данных областях.

Количество опрошенных, имеющих средний уровень снизилось с 55,6 до 46,4 на 100 участников ($p < 0,01$), а с низким уровнем – с 5,3 до 3,9 на каждые 100 опрошенных ($p = 0,009$).

В целом, полученные данные указывают на успешность принятых мероприятий и стратегий в направлении повышения качества и степени интеграции здоровьесохраняющих навыков и знаний среди подросткового населения, что в свою очередь вносит вклад в качественное улучшение общей культуры здоровья в указанной возрастной группе.

Изучение динамики развития установок, отношения, мотивации и желания позволило получить данные, представленные на рисунке 20.

Абсолютное большинство респондентов показали высокий уровень мотивации по следующим параметрам: культура личной гигиены (1312 опрошенных, что на 18,1 % больше в сравнении с начальным этапом исследования), а также – культура учебной деятельности (рост на 11,3%).

В ходе наблюдений зафиксировано увеличение доли участников, демонстрирующих ранее высокие показатели в области культуры получения информации о здоровье и его сохранении на 7,8%. Аналогичная тенденция отмечена и в отношении культуры саморазвития в сфере здоровья (рост на 8,1%), культуры питания (рост на 14,1%) и культуры отдыха (рост на 9,4%), культуре физической активности – рост на 10,7% [53].

Выявлен существенный рост числа обучающихся, показывающих высокий уровень мотивированности и желания к формированию и реализации культуры здоровья по таким компонентам культуры здоровья: правовая грамотность в области охраны здоровья (увеличение на 37,7%); общественное взаимодействие по вопросам сохранения здоровья (увеличение на 22,5%);

отношение к вредным привычкам (увеличение на 64,7%); отношение к лицам с ограниченными возможностями в здоровье (увеличение на 43,0%).

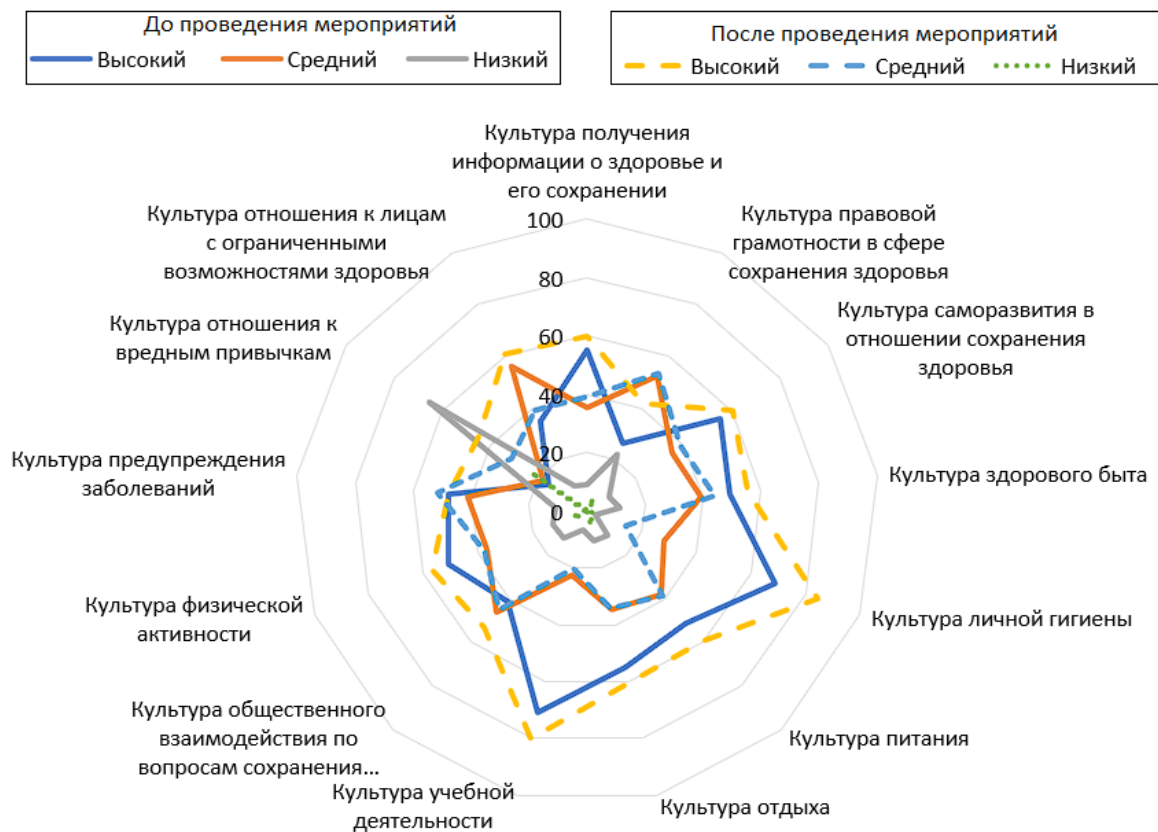


Рисунок 20 – Уровень установок, отношения, мотивации и желания к формированию и реализации культуры здоровья до и после реализации медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (число подростков на 100 опрошенных, n=1600)

Несмотря на существенный рост числа подростков с высоким уровнем мотивации к повышению культуры отношения к вредным привычкам, число с низким все же остается относительно высоким 23,5 на 100 опрошенных, при том, что снижение произошло на 64,7% ($p < 0,01$). Что позволяет констатировать тот факт, что работу в данном направлении необходимо усилить.

Таким образом в среднем у 58,9 (на 100 опрошенных, увеличение на 18,7%, $p = 0,05$) сформирован высокий уровень по уровню мотивации к культуре

здоровья, что свидетельствует о высоких нравственных ориентирах личности и менталитета по отношению к собственному здоровью, у 37,4 обучающихся (на 100 опрошенных) сформирован средний ($p > 0,05$) и у 3,8 (на 100 опрошенных, снижение на 74,7%, $p < 0,01$) – низкий.

Результаты изучения динамики влияния социальных примеров, на которые ориентировались обучающиеся при формировании отдельных параметров культуры здоровья представлен на рисунке 21.

Данные, полученные в ходе исследования показали, что наиболее значимые результаты получены по следующим параметрам: культура саморазвития в отношении сохранения здоровья (рост на 11,3%), культура здорового быта (рост на 24,0%), культура личной гигиены (рост на 24,5%), культура отдыха (рост на 32,2%), культура учебной деятельности (рост на 34,6%), культура физической активности (рост на 28,1%), культура предупреждения заболеваний (рост на 18,1%), культура отношения к вредным привычкам (рост на 15,9%), культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье (рост на 14,4%).

Среди респондентов, отнесенных к группе с низким уровнем сформированности наиболее высокие референтные оценки получены по следующим параметрам: культура питания отдыха и учебной деятельности (соответственно 12,5, 15,6 и 12,6 на 100 опрошенных), культура физической активности, отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье и культура отношения к вредным привычкам (соответственно 12,6, 10,3 и 19,8 на 100 подростков).

Выявлено, что в среднем 32,7 (на 100 опрошенных) проявили средний уровень сформированности социальных компонентов культуры здоровья, что практически не отличается от начальных результатов ($p > 0,05$). При этом в среднем у 57,2 (на 100 опрошенных, рост 18,2%) сформирован высокий уровень по уровню формирования социальных компонентов здоровья ($p < 0,01$). При этом среднее число опрошенных, показавших низкие значения по сформированности

социальных компонентов культуры здоровья после реализации медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья стало ниже на 50,6% ($p < 0,01$) [53].



Рисунок 21 – Уровень сформированности социальных компонентов культуры здоровья до и после реализации медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (число подростки на 100 опрошенных, $n=1600$)

Оценен тренд полноты реализации физических компонентов культуры здоровья подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования (Рисунок 22) [53].

В ходе выполнения исследования показано, что после осуществления медико-социально-образовательных мероприятий, направленных на формирование культуры здоровья по большинству изучаемых параметров культуры здоровья получены высокие референтные оценки активности,

сохраняющей и созидающей личное здоровье подростков (увеличение в среднем на 27%).

В ходе исследования было установлено, что большинство опрошенных демонстрируют высокий уровень развития практически по всем анализируемым показателям культуры здоровья: от 41,3 до 80,3 на 100 опрошенных, увеличение в среднем на 27%, $p < 0,01$.



Рисунок 22 – Уровень сформированности физических компонентов культуры здоровья до и после реализации медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (число подростков на 100 опрошенных, $n=1600$)

Среди респондентов, отнесенных к группе со средним уровнем сформированности произошли следующие изменения: увеличение числа респондентов, продемонстрировавших знание правовых норм и правил в данной области (874 по сравнению с 826). В то же время, наблюдается тенденция к

снижению количества подростков по остальным параметрам, в среднем на $159,6 \pm 29,17$ человек. При этом, наиболее существенное падение зафиксировано в области культуры предупреждения заболеваний (на 466 подростков) и культуры отношения к вредным привычкам (на 35 подростков).

Среди респондентов, отнесенных к группе с низким уровнем сформированности наиболее высокие референтные оценки, но с тенденцией к снижению, получены по следующим параметрам: культура отношения к вредным привычкам (317 опрошенных, что ниже на 36,6%) и культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье (165 опрошенных, что ниже на 45,3%).

Таким образом после реализации медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования в среднем у 58,1 (на 100 опрошенных, рост на 27%, $p < 0,01$) сформирован высокий уровень по уровню формирования физических компонентов здоровья, у 35,7 подростков (на 100 опрошенных, снижение на 26,7%, $p < 0,01$) сформирован средний и у 6,1 (на 100 опрошенных, снижение на 50,7%, $p < 0,01$) – низкий.

Распределение подростков по группам, основанным на уровне сформированности культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования после реализации медико-социально-образовательных мероприятий на основании расчетных показателей интегрального уровня сформированности культуры здоровья представлен на рисунке 23.

Исследование показало, что значительное большинство (59,7%) подростков демонстрируют высокий уровень развития культуры здоровья [53]. Этот показатель увеличился на 27,1% по сравнению с предыдущим периодом ($p < 0,01$), что свидетельствует о положительной тенденции. Имеют средний уровень – 40,0% подростков Предуниверсариев (снижение на 23,1%, $p < 0,01$), и низкий уровень – 0,3% (снижение на 4,1%, $p < 0,05$). Таким образом у

значительной части подростков со средним и низким уровнем культуры здоровья в результате проведенных мероприятий повысился уровень сформированности культуры здоровья, что доказывает эффективность проводимых в Предуниверсариях медико-социально-образовательных мероприятий

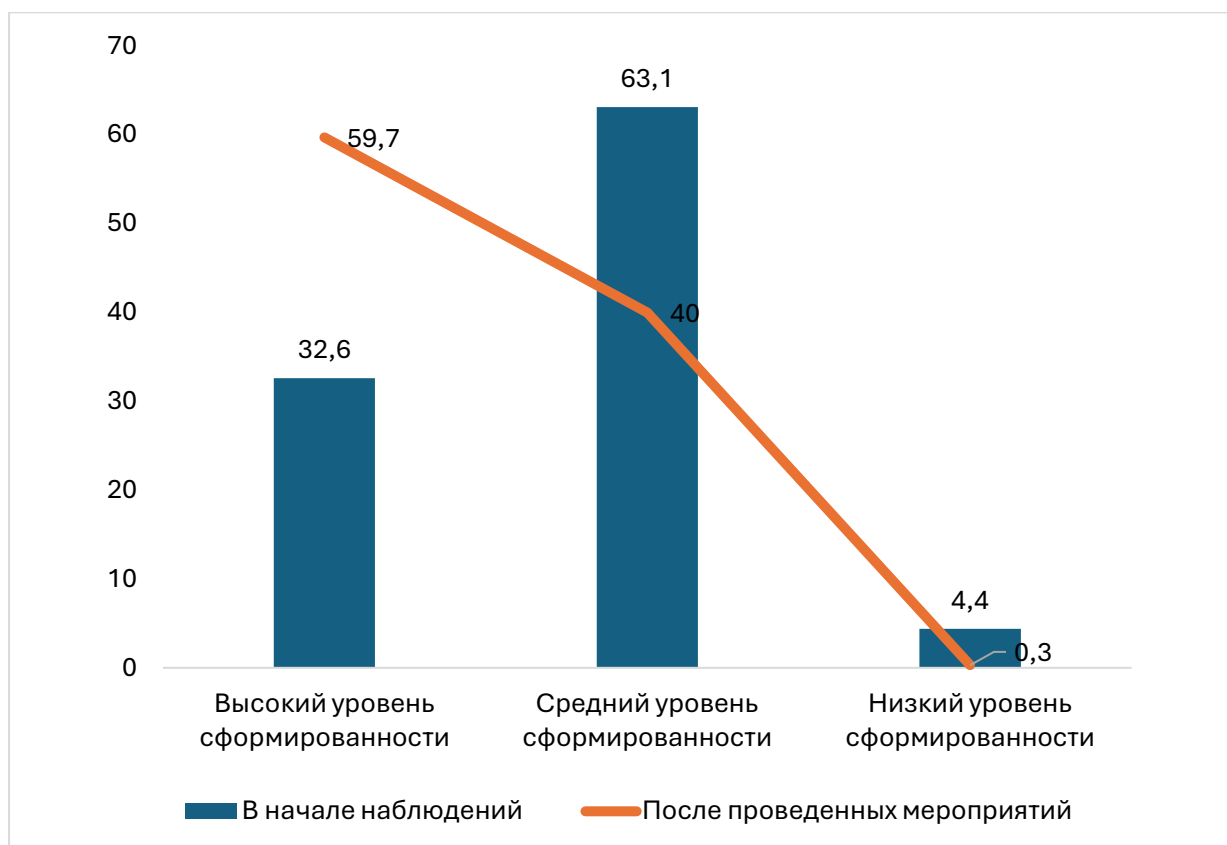


Рисунок 23 – Распределение подростков по группам, основанным на уровне сформированности культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования после реализации медико-социально-образовательных мероприятий (% , n=1600).

При этом, установлено, что в группе подростков с высоким уровнем культуры здоровья имеется резерв улучшения преимущественно за счет таких параметров как: культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья; культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья;

культура предупреждения заболеваний; культура отношения к вредным привычкам (Таблица 42) [53].

Таблица 42 – Распределение баллов по исследуемым параметрам культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (n=1600)

№	Параметры	Группы по уровню сформированности культуры здоровья, средний балл (M±σ)		
		Высокий	Средний	Низкий
1	Культура получения информации о здоровье и его сохранении	1,9±0,35	1,3±0,45	1,2±0,45
2	Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	1,7±0,47	1,1±0,30	1,2±0,45
3	Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	1,9±0,29	1,2±0,42	1,2±0,45
4	Культура здорового быта	1,8±0,37	1,1±0,37	0,4±0,55
5	Культура личной гигиены	2,0±0,21	1,4±0,50	0,8±0,84
6	Культура питания	1,8±0,37	1,2±0,42	0,6±0,55
7	Культура отдыха	1,8±0,44	1,2±0,49	0,8±0,45
8	Культура учебной деятельности	1,8±0,36	1,2±0,44	0,8±0,45
9	Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	1,8±0,40	1,2±0,42	0,6±0,55
10	Культура физической активности	1,8±0,41	1,1±0,60	0,8±0,45
11	Культура предупреждения заболеваний	1,7±0,44	1,1±0,40	0,6±0,55
12	Культура отношения к вредным привычкам	1,7±0,52	1,2±0,52	0,8±0,45
13	Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	1,8±0,42	1,3±0,48	0,6±0,55
14	Сумма средних значений по группе	23,5±1,84	15,6±2,24	9,8±0,45

Показано, что необходимо усилить работу среди подростков со средним уровнем культуры здоровья, уделяя особое внимание вопросам правовой грамотности в области охраны здоровья, принципам здорового образа жизни,

физической активности, профилактики заболеваний и формирования негативного отношения к вредным привычкам.

Выявлено, что необходимо продолжить работу по всем направлениям повышения культуры здоровья среди подростков с низким уровнем культуры здоровья. Однако, следует отметить значительный прогресс, среди подростков данной группы, в следующих аспектах: культура получения информации о здоровье и его сохранении выросла на 41,7%; культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья увеличилась на 50,0%, и культура саморазвития в отношении сохранения здоровья повысилась на 33,3%.

Наибольшего усилия требуется приложить к раскрытию потенциала таких компонентов, по которым больше всего у подростков низких баллов. Как показало исследование такими компонентами стали (по мере убывания): культура личной гигиены; культура получения информации о здоровье и его сохранении; культура саморазвития в отношении сохранения здоровья; культура питания [53].

6.5. Оценка раскрытия потенциала культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Профессионально-ориентированные к медицине подростки нами рассматриваются как первый и базовый элемент системы подготовки медицинских кадров, поскольку именно эта категория абитуриентов имеет целевую мотивацию к реализации себя в медицинской профессии. При этом комплексный анализ использования данного ресурса должно быть ориентирован на раскрытие и поддержание интегрированного потенциала культуры здоровья каждого будущего студента медицинского вуза.

По нашему мнению, интегрированный потенциал культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования – это совокупность свойств и качеств, определяющих возможности индивида

посредством формирования высокой культуры обеспечивать достижение наиболее высокого уровня здоровья и успехов в учебной деятельности [41].

В интегрированный потенциал культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования входят следующие компоненты: информационный потенциал, потенциал культуры образа жизни, потенциал культуры отношений.

Информационный потенциал включает следующие компоненты культуры здоровья: 1. Культура получения сведений о здоровье и его сохранении; 2. Правовая грамотность в области сохранения здоровья; 3. Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья [53].

Потенциал культуры образа жизни: 1. Культура здорового быта; 2. Культура личной гигиены; 3. Культура питания; 4. Культура отдыха; 5. Культура учебной деятельности; 6. Культура физической активности; 7. Культура предупреждения заболеваний.

Потенциал культуры отношений по поводу здоровья: 1. Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье; 2. Культура отношения к вредным привычкам; 3. Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья.

В контексте образовательной среды, полноценное раскрытие возможностей, заложенных в концепцию культуры здоровья, играет ключевую роль в достижении целей, связанных с поддержанием и укреплением здоровья учащихся. Эта концепция предполагает интеграцию принципов здорового образа жизни и предотвращения болезней, которые могут проявиться в процессе учебной деятельности, что в свою очередь способствует формированию у студентов и подростков обширных знаний, умений и навыков, направленных на самозаботу и самосохранение.

Реализация данной культуры здоровья в рамках образовательного процесса создает уникальную синергию, способствующую не только академическому, но и физическому развитию учащихся. Она выступает как фундаментальный фактор,

который позволяет максимизировать эффективность обучения через укрепление здоровья, что, в свою очередь, улучшает качество жизни студентов и повышает их академическую производительность.

Таким образом, адекватное внедрение и пропаганда здорового образа жизни в системе образования оказывает значительное влияние на поддержание и укрепление как физического, так и психического здоровья учащихся. Это становится ключевым фактором, способствующим достижению высоких результатов в их учебе и социальной адаптации.

Руководство лечебно-профилактических и образовательных учреждений должно взять на себя ответственность за развитие культуры здоровья у подростков в период предпрофессионального медицинского образования. Для этого необходимо целенаправленное воздействие на все составляющие этой культуры, а также на управляемые факторы, как ближайшего окружения (микросреды), так и более широкого социального контекста (макросреды).

Материалы предыдущих глав диссертации и проведенные ранее исследования позволяют утверждать, что необходимым условием успешной учебной деятельности и сохранения здоровья подростков является постоянное пополнение ими своего потенциала культуры здоровья [32, 41].

При осуществлении мероприятий по развитию общего потенциала культуры здоровья профессионально-ориентированных к медицине подростков, под которым, по нашему мнению, следует понимать многокомпонентный непрерывный осознанный процесс анализа и самоанализа характеристик здорового образа жизни, стратегии и тактики сохранения и укрепления здоровья, факторов его обуславливающих и духовных и нравственных ценностей, необходимо учитывать многогранность данного феномена.

В процессе исследования были выявлены и систематизированы пять ключевых этапов, необходимых для развития высокоуровневой культуры здоровья среди подростков в контексте предпрофессионального медицинского обучения. Эти этапы составляют фундаментальную последовательность

действий, направленных на всестороннее повышение уровня здоровьесбережения в данной возрастной группе.

Первоначальный этап характеризуется проведением исходной оценки, позволяющей определить текущее состояние и потребности учащихся в области здоровья. Этот шаг предоставляет основу для индивидуализированного планирования образовательного процесса.

Следующий этап заключается в обогащении курса медицинского образования практическими и теоретическими ресурсами, специально адаптированными для формирования глубоких знаний и навыков в сфере здоровьесбережения. Он предполагает активное внедрение здоровьесохраняющих технологий и методик на всех этапах обучения.

На этапе оценки и коррекции осуществляется периодический анализ эффективности реализуемой программы и вносятся необходимые корректировки, направленные на улучшение качества образовательного процесса и достижения поставленных здоровьесохраняющих целей.

Четвертый этап, мониторинг динамики здоровья, подразумевает систематическое наблюдение за изменениями в состоянии здоровья учащихся. Это позволяет своевременно идентифицировать положительные тенденции и возможные риски, а также адаптировать образовательный процесс согласно текущим потребностям.

Завершающий этап включает в себя закрепление достигнутых результатов и устойчивое развитие культуры здоровья среди подростков. Этот этап направлен на укрепление здоровьесберегающего поведения и формирование приверженности здоровому образу жизни на долгосрочную перспективу.

Таким образом, данные этапы обеспечивают комплексный и многоуровневый подход к формированию и развитию культуры здоровья у подростков на этапе получения предпрофессионального медицинского образования, способствуя повышению эффективности образовательного процесса в целом.

В инициальной фазе комплексного подхода к реализации программы по воспитанию и закреплению культуры здоровья среди молодежи, находящейся на уровне получения предпрофессиональных медицинских знаний, производится детальная разработка диагностического профиля культуры здоровья учащихся. Для этой цели используется метод анкетирования, позволяющий получить объективные данные о текущем состоянии знаний, установок и практик подростков в отношении здорового образа жизни. В результате тщательного анализа собранных данных разрабатывается комплексная стратегия по стимулированию и развитию культуры здоровья. Эта стратегия представлена в виде инновационного инструмента – «Карты развития потенциала культуры здоровья». Данный документ предлагает структурированный подход к планированию мероприятий, направленных на повышение осведомленности и интеграцию здорового образа жизни среди учащихся медицинских учреждений на начальном этапе их профессионального образования.

Второй этап развития потенциала культуры здоровья характеризуется обогащением ресурса путем усиления практических навыков и знаниевой базы. Успешность реализации данного этапа оценивается с помощью тестирования, по результатам которого можно определить круг тем и вопросов, требующих дальнейшей проработки. Это становится началом следующего этапа – переосмысления и корректировки, по истечению которого вносятся изменения в карту развития.

В последующем проводится мониторинг и подкрепление траектории индивидуального развития подростка, в ходе которого выполняются запланированные мероприятия по личностному развитию с целью осознанного повышения подростком своего потенциала культуры здоровья. При этом, контролем успешности предпринимаемых усилий служит контрольная карта – «Матрица индикации степени реализованности потенциала культуры здоровья подростков, на этапе предпрофессионального медицинского образования».

Данный инструмент представляет собой анкету, структурированную в виде таблицы с множественным выбором ответов. Вопросы анкеты объединены в тематические блоки, каждый из которых направлен на оценку состояния конкретного элемента потенциала культуры здоровья [53]. Каждому ответу определена бальная оценка. С учетом степени реализованности всех компонентов потенциала культуры здоровья проводится дальнейшее подкрепление траектории индивидуального развития подростка по формированию культуры здоровья.

Предлагаемая методика позволяет количественно и качественно оценить фактически используемый потенциал культуры здоровья (ФИПкз), сравнить его с потенциальными возможностями (ПВкз) и таким образом, получить сведения о проценте неиспользованного потенциала (резерва развития) культуры здоровья.

Под возможностями потенциала культуры здоровья мы понимаем числовое отображение максимальной степени реализованности всех компонентов потенциала культуры здоровья. Его величина, согласно методике, составляет 26 баллов и принята за 100%. Фактическое состояние этих характеристик отражает фактически использованный потенциал культуры здоровья (ФИПкз), который вычисляется по следующей формуле:

$$\text{ФИПкз} = \frac{\text{ИПкзф} + \text{ПОЖкзф} + \text{ПОкзф}}{\text{ИПкзв} + \text{ПОЖкзв} + \text{ПОкзв}} \times 100\%, \text{ где}$$

ИПкзф – бальная оценка фактического состояния информационного потенциала культуры здоровья;

ИПкзв – бальная оценка полной реализованности потенциала культуры здоровья;

ПОЖкзф – бальная оценка фактического состояния потенциала культуры

здоровья;

ПОЖкзв – бальная оценка полной реализованности потенциала культуры здоровья;

ПОкзф – бальная оценка фактического состояния потенциала культуры отношений по поводу здоровья;

ПОкзв – бальная оценка полной реализованности потенциала культуры отношений по поводу здоровья.

Величину НПкз, т.е. процентное выражение резерва развития потенциала культуры здоровья, находим по формуле:

$\text{НПкз (в \%)} = \text{ПВкз} - \text{ФИПкз}$, где

НПкз – неиспользованный потенциал культуры здоровья (в%),

ПВкз – потенциальные возможности культуры здоровья,

ФИПкз – фактически использованный потенциал культуры здоровья.

Расчеты фактически используемого потенциала культуры здоровья и резерва его развития подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, до проведения мероприятий по развитию потенциала культуры здоровья и после таковых представлены в таблицах 43-44.

Таким образом в результате проведения с подростками комплекса мероприятий по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья произошло увеличение фактически используемого потенциала культуры здоровья во всех группах в среднем на 45,0% ($p < 0,05$), а также по уровню информационного потенциала культуры здоровья на 20% ($p < 0,05$), потенциала культуры здоровья на 19,6% ($p < 0,05$) и отношений по поводу здоровья на 16,6% ($p < 0,05$).

Итак, предложенная методика определения степени реализованности потенциала культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования включает в себя следующие этапы:

1. Самотестирование и анкетирование.
2. Заполнение контрольной карты – «Матрицы индикации степени

реализованности потенциала культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования».

3. Вычисление ФИПКз.
4. Определение НПкз.
5. Анализ полученного результата.

Таблица 43 – Распределение баллов по исследуемым параметрам культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования до проведения мероприятий по развитию потенциала культуры здоровья (n=1600)

№	Параметры	Группы по уровню сформированности культуры здоровья		
		Высокий	Средний	Низкий
1	ИПКзф	4,2±0,80*	3,5±1,02**	2,0±0,58***
2	ПОЖкзф	9,5±1,11*	7,9±1,49**	3,5±2,23***
3	ПОкзф	4,0±1,28*	3,4±0,92**	1,6±1,50***
4	ФИПКз	22,8±6,10*	19,0±2,85**	9,1±4,33***
5	НПКз	77,2±6,10*	81,0±2,85**	90,9±4,33***

Примечание: здесь и далее – *Имеются достоверные различия (p<0,05) между значениями групп: с низким и высоким уровнем культуры, ** – между группами с низким и средним; *** – между группами со средним и высоким уровнями культуры

Таблица 44 – Распределение баллов по исследуемым параметрам культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования после проведения мероприятий по развитию потенциала культуры здоровья (n=1600)

№	Параметры	Группы по уровню сформированности культуры здоровья		
		Высокий	Средний	Низкий
1	ИПКзф	5,4±0,80*	3,6±0,88**	3,0±0,71***
2	ПОЖкзф	12,8±1,11*	8,4±1,51**	4,8±0,84***
3	ПОкзф	5,3±0,95*	3,6±0,91**	2,0±1,00***
4	ФИПКз	32,8±2,36	30,2±2,87	29,7±0,57
5	НПКз	67,2±2,36	69,8±2,87	70,3±0,57

Руководство образовательных организаций должно принимать активное участие в развитии потенциала культуры здоровья подростков, ориентированных на медицину, действуя в двух направлениях: первое – контролируя составление плана индивидуального развития, проводя анализ контрольных карт; второе – создание максимально благоприятных условий (микросоциальных, социально-психологических, информационных) для развития потенциала культуры здоровья.

6.6. Динамика состояния культуры здоровья выпускников школ, профессионально ориентированных к медицине, в ходе обучения в медицинском вузе

Повышение стандартов качества образования приводит к увеличению психофизиологической нагрузки на студентов в процессе освоения необходимых профессиональных знаний, умений и навыков.

В ходе обучения в медицинских вузах студенты испытывают значительные умственные нагрузки в процессе обучения, сочетающиеся с недостаточным восстановлением. В таких условиях организм теряет способность к адаптации, что увеличивает вероятность возникновения и прогрессирования заболеваний различного спектра, некоторые психосоматические расстройства могут перейти в стадию предболезни и болезни [22].

Одним из факторов, влияющих на возможность и желание начинающего работника продолжить трудовую деятельность по выбранной специальности или сменить профессию является качество здоровья. Зачастую одним из решающих аргументов в пользу смены рабочего места становится наличие риска потери здоровья [102, 215, 239].

Как следствие, на фоне ухудшения общего самочувствия происходит снижение показателей когнитивных функций, таких как внимание и память, снижается качество образовательного процесса.

Несмотря на то, что студенты медицинских вузов непосредственно сталкиваются с больными, особенно на старших курсах, существует проблема снижения ценности собственного здоровья на фоне понимания его важности и значения в целом для окружающих, близких.

Зачастую студенты боятся прерывать насыщенный учебный процесс даже если им самим необходима квалифицированная помощь и занимаются самолечением.

Научно обоснованный мониторинг функционального состояния и здоровья обучающихся на ранних этапах медицинской образовательной траектории позволит своевременно выявлять факторы риска и снижать заболеваемость, что в свою очередь будет способствовать повышению качества их жизни, уменьшению выгорания и стресса, что является важным аспектом их будущей карьеры.

Однако невозможно решить проблему здоровьесбережения студентов-медиков без наличия полной картины о состоянии здоровья обучающихся и ее динамики на протяжении учебного периода. Основываясь на данных такого мониторинга, можно сформировать оптимальные схемы профилактических и при необходимости лечебно-оздоровительных мероприятий на стадии предпрофессионального обучения будущих медиков. Недоучет этих данных снижает потенциальные возможности проводимых мероприятий по управлению культурой здоровья подростков, медико-образовательного процесса в части, ориентированной на поддержание здорового образа жизни и улучшение качества жизни обучающихся.

Поэтому изучение динамики здоровья, выпускников школ профессионально-ориентированных к медицине в их образовательной траектории в вузе важная часть разработки мероприятий по формированию и поддержанию высокого уровня культуры здоровья подростков, ориентированных на профессиональную деятельность в области медицины.

В целях оптимизации работы с учащимися старших классов, планирующими получить высшее медицинское образование, нами был проведен сравнительный анализ заболеваемости среди студентов, окончивших программу предвузовской подготовки (Предуниверсария), и не прошедших ее.

Анализировались данные студентов-выпускников Предуниверсария, не участвовавших в мероприятиях по формированию культуры здоровья, разработанных автором. Данный анализ направлен на проверку гипотезы о том, что ученики, исходно нацеленные на медицинское образование, имеют высокий уровень культуры здоровья, выражающийся в более низкой заболеваемости, и не нуждаются в дополнительных мероприятиях по их формированию.

Для определения динамики в состоянии здоровья подростков, ранее обучавшихся в Предуниверсарии, при их дальнейшем обучении в медицинском вузе (ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)), проанализированы данные студентов специальностей «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология», обучающихся на 5 и 6 курсах, с года их поступления (2018, 2019 г.) по 2024 гг. Изучению подверглись данные студентов, проходивших обучение непрерывно (не уходили в академический отпуск, не отчислялись), численность которых составила 155 чел. (107 человек на 5 курсе и 48 человек на 6 курсе).

Аналогично анализировались данные студентов 5 и 6 курсов, не являющихся выпускниками Предуниверсария, поступивших на обучение в Сеченовский Университет в 2019-2018 гг. и непрерывно обучавшихся до 2024 г., численность которых составила 1132 чел. (754 человек на 5 курсе и 378 человек на 6 курсе, без учета иностранных студентов).

Изучена медицинская документация (форма N131/у).

Критерии включения: обучение по образовательным программам медицинской специальности: «лечебное дело»; «педиатрия»; «медико-

профилактическое»; «стоматология», 5-6 курс, пол мужской и женский, являются гражданами Российской Федерации, обучаются непрерывно.

Также, в 2024 году проведено одномоментное сплошное исследование уровня заболеваемости студентов 2 курса Института Клинической Медицины имени Н.В. Склифосовского Сеченовского Университета (далее ИКМ) за их период обучения в вузе.

Студенты 2 курса, выпускники Предуниверсария подвергались оцениванию, так как они частично участвовали в эксперименте (выпуск 2023 гг.), выбор ИКМ обусловлен тем, что абсолютное большинство выпускников, в том числе и выпуск 2023 года, традиционно поступают на образовательную программу по специальности высшего образования «лечебное дело».

Анализировались данные студентов 2 курсов: 82 выпускников Сеченовского Предуниверсария (Москва), поступивших на обучение в ИКМ в 2023 году (после годового участия в мероприятиях по формированию культуры здоровья) и 207 студентов (без учета иностранных студентов), не являющихся выпускниками Предуниверсария, обучающихся по специальности высшего образования «лечебное дело».

Установлено, что среди студентов 5-6 курсов, обучающихся по специальностям: «лечебное дело»; «педиатрия» и «медико-профилактическое дело» преобладают девушки (62,6-70,4%). По специальности «стоматология», наоборот, в основном обучаются студенты мужского пола (52,6-54,5%).

Таблица 45 – Частота нарушений в здоровье, выявленная у студентов, выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова (Москва), обучающихся на 6 курсе (данные за период 2018-24 гг., на 1000 чел.,)

Классы (МКБ 10)	1 курс		6 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	247,8±10,0	244.97; 250.63	237,3±17,6	232.32;242.28

Продолжение Таблицы 45

Классы (МКБ 10)	1 курс		6 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Новообразования	50,5±5,9	48.83;5 2.17	41,0±0,8*	40.77; 41.23
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	55,5±3,3	54.57; 56.43	53,3±2,9	52.48;54.12
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	54,3±1,0	54.02; 54.58	49,5±1,9	48.96;50.04
Болезни нервной системы	327,8±16,0	323.27; 332.33	358,0±6,9	356.05;359.95
Болезни глаза и его придаточного аппарата	301,3±4,7	299.97; 302.63	300,3±2,1	299.71;300.89
Болезни уха и сосцевидного отростка	99,0±1,4	98.6; 99.4	72,8±14,5*	68.7;76.9
Болезни системы кровообращения	33,5±0,6	33.33; 33.67	28,5±1,3*	28.13;28.87
Болезни органов дыхания	3486,5±67, 9	3467.29; 3505.71	3270,8±84,4	3246.81;3294. 79
Болезни органов пищеварения	254,5±5,9	252.83; 256.17	250,8±6,7	248.9;252.7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	237,5±9,1	234.93; 240.07	217,8±2,9*	216.98; 218.62
Болезни костно- мышечной системы и соединительной ткани	286,5±62,4	268.85; 304.15	200,3±17,2*	195.43; 205.17
Болезни мочеполовой системы	154,3±1,0	154.02; 154.58	117,0±21,8*	110.83; 123.17
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	33,8±3,3	32.87; 34.73	33,8±3,3	32.87; 34.73

Продолжение Таблицы 45

Классы (МКБ 10)	1 курс		6 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	98,2±1,0	97.92; 98.48	94,8±2,5	94.09; 95.51
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	164,5±3,1	163.62; 165.38	131,5±19,2*	126.07; 136.93
Примечание: *Имеются достоверные различия (p<0,05) между показателями 1 и 6 курса (p<0,05)				

Ретроспективное изучение медицинской документации студентов 6 курса выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова, за период их обучения в вузе с момента поступления, показало, что наиболее часто у студентов выявляются заболевания органов дыхания – 3486,5±67,9 – 3270,8±84,4 случаев на 1000 человек, на 1 и 6 курсе, соответственно (Таблица 45).

По таким группам заболеваний как: некоторые инфекционные и паразитарные болезни; болезни нервной системы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни органов пищеварения и болезни кожи и подкожной клетчатки и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани выявлено практически равное число заболеваемости – в среднем 275,9±35,12 случая на 1000 человек.

Среди студентов, выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова выявлено снижение уровня заболеваемости по классу «Болезни органов дыхания». Так, на первом курсе заболевания данного класса встречается у

3486,5±67,9 случаев на 1000 студентов, а на шестом году обучения у 3270,8±84,4 (снижение на 6,2% за период студенчества, рисунок 24).

Существенное снижение за время обучения у выпускников Предуниверсария отмечено по классам новообразования (18,8%, $p < 0,05$), болезни уха и сосцевидного отростка (26,5%, $p < 0,05$), болезни системы кровообращения (14,9%, $p < 0,05$), болезни мочеполовой системы (24,1%, $p < 0,05$), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (30,1%, $p < 0,05$), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (20,1%, $p < 0,05$).

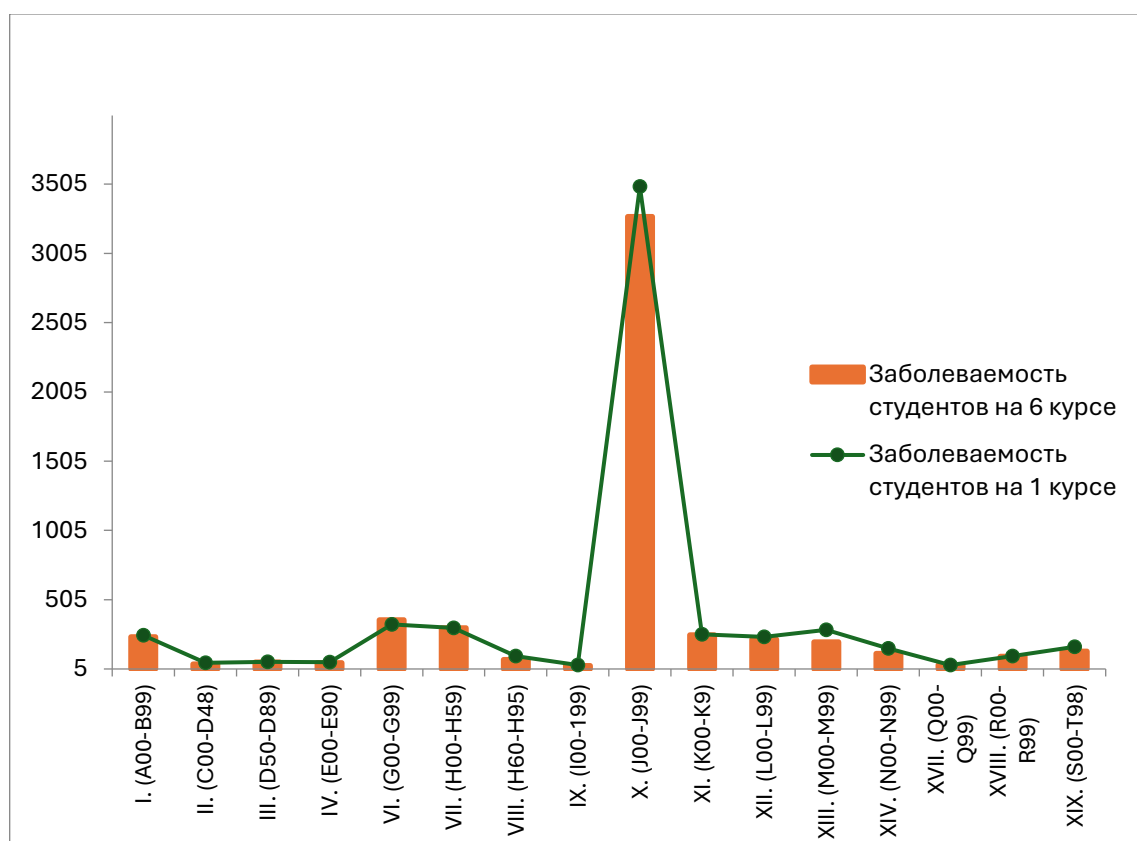


Рисунок 24 – Динамика заболеваемости, выявленная у студентов, выпускников Предуниверсария Сеченовского Университета г. Москва, обучающихся на 6 курсе (данные за 2018 г., 2024 г., на 1000 чел.)

Необходимо отметить, что у выпускников Предуниверсария, по классу заболеваний: болезни нервной системы произошло увеличение заболеваемости

с начала учебы к шестому курсу на 8,4% ($p>0,05$). Однако при сравнении со студентами не заканчивавшими Предуниверсарий их заболеваемость по данному классу была на 11,1% ниже ($p>0,05$).

У студентов не выпускников Предуниверсария отмечено снижение на 6,9% – с $3597,0\pm 169,8$ до $3345,5\pm 170,0$ случаев (на 1000 чел.)

Существенное увеличение заболеваемости у студентов не заканчивавших Предуниверсарий, обучающихся на 6 курсе, за весь период их обучения в вузе, выявлено по таким классам заболеваний как: болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни органов пищеварения; болезни мочеполовой системы. В среднем увеличение составило $5,5\pm 2,8\%$ (Таблица 46).

Таблица 46 – Частота нарушений в здоровье, выявленная у студентов, не выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова (г. Москва), обучающихся на 6 курсе (данные 2018-24 гг., на 1000 чел., $n=378$)

Классы (МКБ 10)	1 курс		6 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	243,5±8,3	242.65; 244.35	235,5±19,5	21.53; 25.47
Новообразования	49,5±8,3	48.66; 50.34	43,8±4,5	43.35; 44.25
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	52,0±1,6	51.84; 52.16	53,3±2,9	53.01; 53.59
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	54,8±0,5	54.75; 54.85	57,0±14,1	55.58; 58.42
Болезни нервной системы	336,3±32,8	332.99; 339.61	378,0±18,8	376.1; 379.9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	297,5±3,3	298.17; 98.83	325,8±30,9	322.68; 328.92
Болезни уха и сосцевидного отростка	100,0±1,4	99.86; 100.14	72,5±11,8*	71.31; 73.69

Продолжение Таблицы 46

Классы (МКБ 10)	1 курс		6 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Болезни системы кровообращения	34,0±2,0	33.8; 34.2	28,3±5,7*	27.73; 28.87
Болезни органов дыхания	3597,0±169,8	3579.88; 3614.12	3345,5±170,0	3328.36; 3362.64
Болезни органов пищеварения	250,5±5,2	249.98; 251.02	262,5±25,2	259.96; 265.04
Болезни кожи и подкожной клетчатки	245,3±6,7	244.62; 245.98	221,3±7,1*	220.58; 222.02
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	242,0±46,3	237.33; 246.67	180,0±66,8*	173.27; 186.73
Болезни мочеполовой системы	160,8±12,9	159.5; 162.1	166,3±3,3	165.97; 166.63
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	58,8±12,9	57.5; 60.1	58,8±12,9	57.5; 60.1
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	100,0±2,8	99.72; 100.28	98,8±5,3	98.27; 99.33
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	173,5±1,9	173.31; 173.69	161,8±11,8	160.61; 162.99
Примечание: *Имеются достоверные различия (p<0,05) между показателями 1 и 6 курса (p<0,05)				

У иных студентов также отмечено снижение заболеваемости по классам новообразования (11,6%, p>0,05), болезни системы кровообращения (16,9%, p<0,05), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (25,6%, p<0,05).

По остальным классам заболеваемости у выпускников Предуниверсария произошло снижение заболеваемости в среднем на $4,6 \pm 3,0\%$.

В целом по всем заболеваниям у них сократилось с $5885,2 \pm 196,7$ (на 1000 чел.) до $5459,3 \pm 299,6$ (на 1000 чел.), т.е. снизилась на $7,2\%$ ($p > 0,05$).

При сравнении аналогичных показателей у студентов не заканчивавших Предуниверсарий, установлено, что в целом у них произошло увеличение числа заболеваемости с $5995,3 \pm 316,7$ до $5689,25 \pm 409,8$ (на 1000 чел.) случаев, т.е. произошло увеличение на $5,1\%$ ($p > 0,05$) (Рисунок 25).

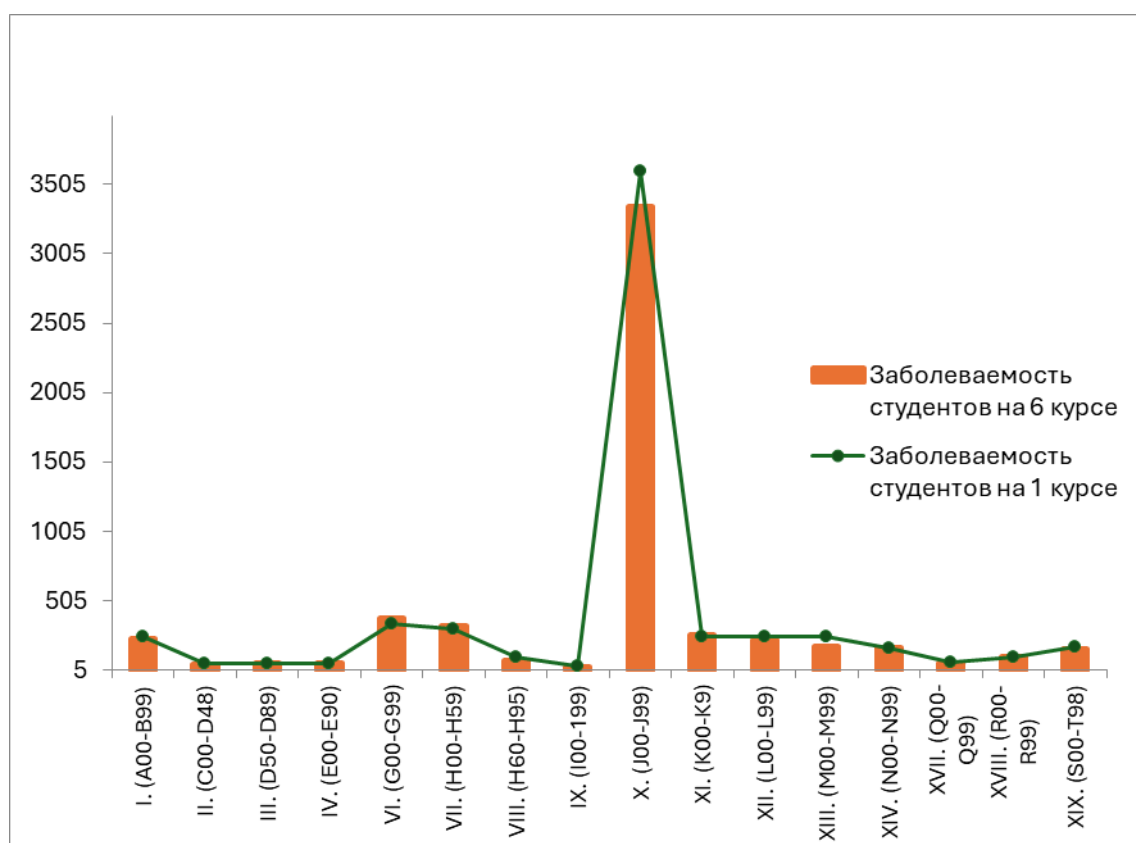


Рисунок 25 – Заболеваемость, выявленная у студентов – не выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова (г. Москва), обучающихся на 6 курсе (данные 2018 г., 2024 г., на 1000 чел.)

Анализ колебаний в ряду динамики заболеваемости проведен с использованием расчета автокорреляции уровней временного ряда.

Таким образом, выявлено, что период обучения для студентов, обучающихся в медицинском вузе, влияет на развитие заболеваний, так как имеются различия и тенденции к росту заболеваемости в период обучения с 1 курса по 6 курс у всех студентов по классу болезни нервной системы ($r_{t,t-1} = 0,365 \rightarrow 0, p > 0,05$ у выпускников Предуниверсария и $r_{t,t-1} = 0,831 \rightarrow 1, p < 0,05$ у иных студентов).

У студентов, не заканчивавших Предуниверсарий, также выявлено увеличение заболеваемости по классам: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ ($r_{t,t-1} = 0,649 \rightarrow 1, p < 0,05$); болезни органов пищеварения ($r_{t,t-1} = 0,732 \rightarrow 1, p < 0,05$); и значимое по болезням глаза и его придаточного аппарата ($R^2=0,6306$).

Не выявлена тенденция к росту заболеваемости в изучаемом периоде по классу «врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» ($r_{t,t-1} = 0,365 \rightarrow 0$).

При этом у всех студентов отмечено снижение таких выявленных заболеваний как новообразования ($r_{t,t-1} = 0,817 \rightarrow 1, p < 0,05$ у выпускников Предуниверсария и $r_{t,t-1} = 0,44 \rightarrow 0, p > 0,05$ у иных студентов); болезни уха и сосцевидного отростка ($r_{t,t-1} = 0,475 \rightarrow 0, p > 0,05$ у выпускников Предуниверсария и $r_{t,t-1} = 0,439 \rightarrow 0, p > 0,05$ у иных студентов) более существенное по классу заболеваний травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин ($r_{t,t-1} = -0,64 \rightarrow 1, p < 0,05$ у выпускников Предуниверсария и $r_{t,t-1} = -0,79 \rightarrow 1, p < 0,05$ у иных студентов), и значительное по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани у выпускников Предуниверсария ($r_{t,t-1} = 0,963 \rightarrow 1, p < 0,05$) и у иных студентов ($r_{t,t-1} = 0,874 \rightarrow 1, p < 0,05$).

У студентов выпускников Предуниверсария выявлено снижение заболеваемости по таким классам МКБ-10 как: болезни системы кровообращение (в данном ряду динамики тенденции не наблюдается: $r_{t,t-1} = 0,467 \rightarrow 0$); болезни органов дыхания (в данном ряду динамики имеется

тенденция: $r_{t,t-1} = 0,838 \rightarrow 1$); болезни кожи и подкожной клетчатки ($r_{t,t-1} = 0,334 \rightarrow 0$); болезни мочеполовой системы ($r_{t,t-1} = 0,786 \rightarrow 1$); классам некоторые инфекционные и паразитарные болезни ($r_{t,t-1} = -0,0669 \rightarrow 0$); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм ($r_{t,t-1} = 0,215 \rightarrow 0$), не имеют достоверных различий в изучаемом периоде заболевания класса «врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» ($r_{t,t-1} = -0,458 \rightarrow 0$).

Данные медицинской документации студентов 5 курса выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова, за период их обучения в вузе с момента поступления, показало, что наиболее часто у студентов выявляются поражения органов дыхания – $3419,8 \pm 61,1 - 3271,3 \pm 83,9$ случаев на 1000 человек, на 1 и 5 курсе, соответственно (Таблица 47).

Таблица 47 – Частота нарушений в здоровье, выявленная у студентов, выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова (Москва), обучающихся на 5 курсе (данные за период 2019-24 гг., на 1000 чел., $n=107$)

Классы (МКБ 10)	1 курс		5 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	246,0±9,4	243.34; 248.66	237,0±17,4	233.7;240.3
Новообразования	49,0±7,6	46.85; 51.15	41,8±1,7*	40.97;42.63
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	53,5±1,7	53.02; 53.98	52,5±4,4	51.67;53.33
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	51,8±5,9	50.68; 52.92	49,3±2,2	48.88;49.72
Болезни нервной системы	340,0±40,2	332.38; 347.62	359,5±8,1	357.97;361.03

Продолжение Таблицы 47

Классы (МКБ 10)	1 курс		5 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Болезни глаза и его придаточного аппарата	312,3±26,5	307.28; 317.32	345,8±22,1*	341.61;349.99
Болезни уха и сосцевидного отростка	91,3±15,6	88.34; 94.26	73,0±14,2*	70.31;75.69
Болезни системы кровообращения	29,8±7,2	28.44; 31.16	27,8±2,6	27.31;28.29
Болезни органов дыхания	3419,8±61,1	3408.22; 3431.38	3271,3±83,9	3255.4;3287.2
Болезни органов пищеварения	254,5±5,9	253.38; 255.62	253,3±2,2	252.88;253.72
Болезни кожи и подкожной клетчатки	237,5±9,1	235.78; 239.22	217,8±2,9*	217.25;218.35
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	286,5±62,4	274.68; 298.32	242,5±79,3*	227.47;257.53
Болезни мочеполовой системы	129,5±17,7	126.15; 132.85	114,5±11,6*	112.3;116.7
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	21,8±7,9	20.3; 23.3	21,8±7,9	20.3;23.3
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	84,8±5,0	83.3; 86.3	87,8±2,6	87.31;88.29
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	143,8±15,2	140.92; 146.68	121,8±7,8*	120.32;123.28
Примечание: *Имеются достоверные различия (p<0,05) между показателями 1 и 5 курса (p<0,05)				

На первом году учебы, среди студентов, выпускников Предуниверсария, по таким группам заболеваний как: некоторые

инфекционные и паразитарные болезни; болезни нервной системы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни органов пищеварения и болезни кожи и подкожной клетчатки и болезни мочеполовой системы и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани выявлено в среднем $279,5 \pm 40,73$ случая на 1000 человек.

Среди студентов-выпускников Предуниверсария выявлено снижение уровня заболеваемости, к пятому курсу обучения, по классам: «Болезни уха и сосцевидного отростка», «Болезни кожи и подкожной клетчатки» и «Болезни мочеполовой системы» в среднем на $13,8 \pm 5,02\%$ ($p < 0,05$) (Рисунок 26).

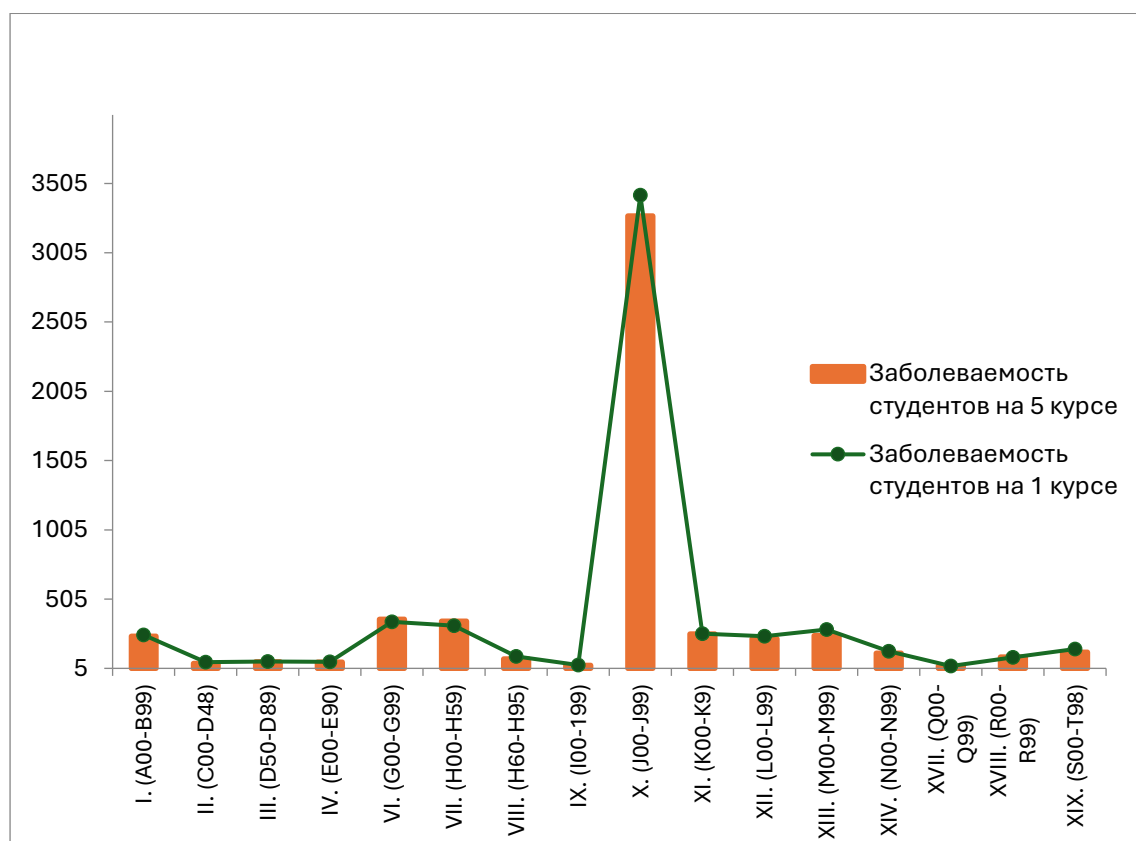


Рисунок 26 – Динамика заболеваемости, выявленная у студентов, выпускников Предуниверсария Сеченовского Университета г. Москва, обучающихся на 5 курсе (данные 2019 г., 2024 г., на 1000 чел.)

При сравнении показателей общей заболеваемости у студентов заканчивавших Предуниверсарий, установлено, что в целом у них, за изучаемый период, произошло снижение заболеваемости на 4,1%: с $359,5 \pm 18,6$ (1 курс); до $344,8 \pm 16,9$ (5 курс, на 1000 чел.) ($p > 0,05$).

У студентов не выпускников Предуниверсария отмечено снижение на $10,8 \pm 2,86\%$ таких заболеваний как: некоторые инфекционные и паразитарные болезни ($p > 0,05$); болезни мочеполовой системы ($p < 0,05$) и травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин ($p < 0,05$).

Необходимо отметить, что у выпускников Предуниверсария, по классу заболеваний «Болезни нервной системы» произошло увеличение заболеваемости с начала учебы к шестому курсу на 5,4% ($p > 0,05$), а по классу «Болезни глаза и его придаточного аппарата» – на 10,7% ($p < 0,05$). Однако при сравнении со студентами не заканчивавшими Предуниверсарий их заболеваемость по данным заболеваниям была, соответственно, на 8,5% ($p < 0,05$) и 3,4% ($p > 0,05$) ниже.

Увеличение заболеваемости у студентов не заканчивавших Предуниверсарий, обучающихся на 5 курсе, за весь период их обучения в вузе, выявлено по таким классам заболеваний как: болезни нервной системы (рост 13,2%, $p < 0,05$); болезни уха и сосцевидного отростка (рост на 11,0%, $p < 0,05$) болезни мочеполовой системы (рост на 8,9%, $p < 0,05$); болезни эндокринной системы (рост на 3,0%, $p > 0,05$); болезни глаза и его придаточного аппарата (11,0%, $p < 0,05$); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (рост на 3,8%, $p > 0,05$); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (рост на 2,4%, $p > 0,05$) (Таблица 48).

Таблица 48 – Частота нарушений в здоровье, выявленная у студентов, не выпускников Предуниверсария МГМУ им. Сеченова (г. Москва), обучающихся на 5 курсе (данные 2019-24 гг., на 1000 чел., n=754)

Классы (МКБ 10)	1 курс		5 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	244,8±8,1	244.22; 245.38	225,5±17,2	224.27; 226.73
Новообразования	46,0±6,9	45.51; 46.49	44,0±4,2	43.7; 44.3
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	52,3±3,8	52.03; 52.57	53,5±3,0	53.29; 53.71
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	49,5±5,8	49.09; 49.91	51,0±3,5	50.75; 51.25
Болезни нервной системы	347,3±38,4	344.56; 350.04	399,3±18,1*	398.01; 400.59
Болезни глаза и его придаточного аппарата	322,0±28,0	320; 324	357,5±5,5*	357.11; 357.89
Болезни уха и сосцевидного отростка	80,5±20,4	79.04; 81.96	65,5±2,5*	65.32; 65.68
Болезни системы кровообращения	27,5±7,0	27; 28	26,3±4,3	25.99; 26.61
Болезни органов дыхания	3352,3±68,9	3347.38; 3357.22	3279,8±75,9	3274.38; 3285.22
Болезни органов пищеварения	255,8±1,7	255.68; 255.92	263,5±24,9	261.72; 265.28
Болезни кожи и подкожной клетчатки	233,5±15,3	232.41; 234.59	227,0±12,8	226.09; 227.91
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	313,0±53,4	309.19; 316.81	324,8±50,3	320.41; 327.59
Болезни мочеполовой системы	124,0±14,7	122.95; 125.05	135,0±4,3*	134.69; 135.31

Продолжение Таблицы 48

Классы (МКБ 10)	1 курс		5 курс	
	М±σ	ДИ	М±σ	ДИ
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	29,8±1,7	29.68; 29.92	29,8±1,7	29.68; 29.92
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	84,5±5,4	84.11; 84.89	87,8±2,8	87.6; 88
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	143,5±15,2	142.42; 144.58	124,0±5,9*	123.58; 124.42
Примечание: *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$) между показателями 1 и 5 курса				

Существенное снижение за время обучения у выпускников Предуниверсария отмечено по классам новообразования (14,8%, $p < 0,05$), болезни уха и сосцевидного отростка (20,0%, $p < 0,05$), болезни системы кровообращения (6,7%, $p > 0,05$), болезни мочеполовой системы (11,6%, $p < 0,05$), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,4%, $p < 0,05$), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (15,3%, $p < 0,05$).

У иных студентов также отмечено снижение заболеваемости по классам новообразования (4,3%, $p > 0,05$), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (13,6%, $p < 0,05$), болезни уха и сосцевидного отростка (18,6%, $p < 0,05$) (Рисунок 25).

При сравнении показателей у студентов не заканчивавших Предуниверсарий, установлено, что в целом у них, за изучаемый период, не

произошло существенного изменения заболеваемости: $356,6 \pm 18,4$ (1 курс); $357,3 \pm 15,0$ (5 курс, на 1000 чел.) ($p > 0,05$) (Рисунок 27).

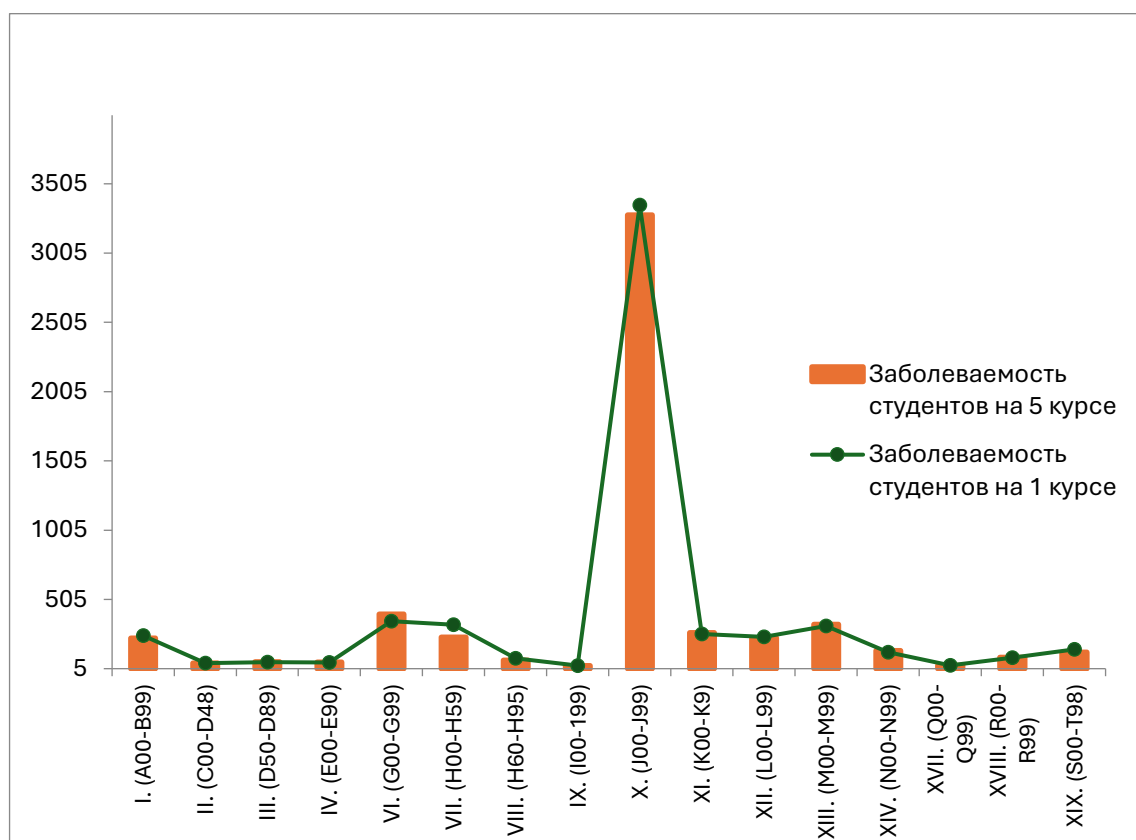


Рисунок 27 – Заболеваемость, выявленная у студентов – не выпускников Предвуниверсария МГМУ им. Сеченова (г. Москва), обучающихся на 5 курсе (данные 2019 г., 2024 г., на 1000 чел.)

Анализ колебаний в ряду динамики заболеваемости показал, что у студентов, не заканчивавших Предвуниверсарий, выявлено увеличение заболеваемости по классам: болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (в данном ряду динамики имеется тенденция ($r_{t,t-1} = -0.891 \rightarrow 1$)); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ ($r_{t,t-1} = -0.839 \rightarrow 1$); болезни нервной системы ($r_{t,t-1} = 0.577 \rightarrow 1$); болезни глаза и его придаточного аппарата ($r_{t,t-1} = 0.76 \rightarrow 1$); болезни органов пищеварения ($r_{t,t-1} = 0.743 \rightarrow 1$); болезни уха и сосцевидного отростка (в данном ряду динамики тенденции не наблюдается ($r_{t,t-1} = -0.425 \rightarrow 0$)); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани ($r_{t,t-1} = -0.127 \rightarrow 0$); болезни мочеполовой системы ($r_{t,t-1} = -0.213 \rightarrow 0$);

симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках ($r_{t,t-1} = -0.0407 \rightarrow 0$).

При этом у всех студентов отмечено снижение таких выявленных заболеваний как: некоторые инфекционные и паразитарные болезни (в данном ряду динамики имеется тенденция ($r_{t,t-1} = 0.798 \rightarrow 1$); новообразования ($r_{t,t-1} = -0.918 \rightarrow 1$); болезни кожи и подкожной клетчатки ($r_{t,t-1} = -0.632 \rightarrow 1$); травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин ($r_{t,t-1} = 0.948 \rightarrow 1$); болезни системы кровообращения (в данном ряду динамики тенденции не наблюдается ($r_{t,t-1} = 0.0348 \rightarrow 0$); болезни органов дыхания ($r_{t,t-1} = -0.101 \rightarrow 0$).

У студентов выпускников Предуниверсария выявлено снижение заболеваемости по таким классам МКБ-10 как: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в данном ряду динамики тенденции не наблюдается: $r_{t,t-1} = -0.258 \rightarrow 0$); болезни системы кровообращения ($r_{t,t-1} = -0.13 \rightarrow 0$); болезни уха и сосцевидного отростка ($r_{t,t-1} = -0.406 \rightarrow 0$); болезни системы кровообращения ($r_{t,t-1} = -0.16 \rightarrow 0$); болезни органов дыхания ($r_{t,t-1} = -0.115 \rightarrow 0$); болезни кожи и подкожной клетчатки ($r_{t,t-1} = -0.123 \rightarrow 0$); болезни органов пищеварения (в данном ряду динамики имеется тенденция: $r_{t,t-1} = -0.626 \rightarrow 1$); новообразования ($r_{t,t-1} = 0.62 \rightarrow 1$); болезни мочеполовой системы ($r_{t,t-1} = 0.514 \rightarrow 1$); классам некоторые инфекционные и паразитарные болезни ($r_{t,t-1} = 0.578 \rightarrow 1$); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани ($r_{t,t-1} = 0.976 \rightarrow 1$); травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин ($r_{t,t-1} = 0.957 \rightarrow 1$). Выявлена тенденция к росту заболеваемости в изучаемом периоде по таким заболеваниям как: болезни нервной системы (в данном ряду динамики тенденции не наблюдается: $r_{t,t-1} = -0.371 \rightarrow 0$); симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках ($r_{t,t-1} = 0.0403 \rightarrow 0$);

болезни глаза и его придаточного аппарата (в данном ряду динамики имеется тенденция: $r_{t,t-1} = 0.726 \rightarrow 1$).

Анализ данных студентов 2 курсов – выпускников Сеченовского Предуниверсария (Москва), поступивших на обучение в ИКМ в 2023 году (после годового участия в мероприятиях по формированию культуры здоровья) и студентов, не являющихся выпускниками Предуниверсария, обучающихся по специальности высшего образования «лечебное дело» показал, что как среди выпускников Предуниверсария, так и среди иных студентов на всех курсах преобладают девушки (Таблица 49).

Студенты первого и последующих курсов распределяются по диспансерным группам наблюдения в зависимости от состояния здоровья. Установлено, что среди выпускников Предуниверсария число девушек и юношей, у которых не были выявлены отклонения в состоянии здоровья (группа Д1) на первом курсе обучения составило 24 человека (29,3%), из которых 79,2% (19 чел.) – девушки и 5 юношей (20,8%), при переходе на второй курс число таковых не изменилось (Таблица 50).

Таблица 49 – Характеристика участников исследования по полу (n=289)

Пол	Студенты-выпускники Предуниверсария, абс.ед.(%)
Женский	63 (76,8)
Мужской	19 (23,2)
	Студенты не выпускники Предуниверсария, абс.ед.
Женский	153 (73,9)
Мужской	54 (26,1)

В группу здоровья Д2 вошли 45 первокурсника-выпускника Предуниверсария, что составило 54,9% от общего числа первокурсников-выпускников, из которых 80,0% (36 чел.) – девушки и 20,0% (9 чел.) – юноши, при переходе на второй курс число таковых не изменилось.

Численность студентов в группе «хронические больные» (Д3) составила на первом курсе 14 выпускников Предуниверсария (17,1%), из которых 57,1% (8 чел.) – девушки и 42,9% (6 чел.) – юноши, при переходе на второй курс число таких не изменилось.

Распределение по диспансерным группам наблюдения среди студентов, не являющихся выпускниками Предуниверсария выявлена аналогичная закономерность.

Таблица 50 – Характеристика участников исследования по группам здоровья на первом курсе обучения (данные 2023 г.)

Группа здоровья	Пол	Выпускники Предуниверсария		Не выпускники Предуниверсария	
		N	%	N	%
Д1	Девушки	19	79,2	45	70,3
	Юноши	5	20,8	19	29,7
	Всего	24	29,3	64	30,9
Д2	Девушки	36	80,0	80	75,5
	Юноши	9	20,0	26	24,5
	Всего	45	54,9	106	51,2
Д3	Девушки	8	57,1	28	73,7
	Юноши	6	42,9	10	26,3
	Всего	14	17,1	38	18,4

Число отмеченных заболеваний выпускников Предуниверсария составила на первом курсе обучения 105 единиц (1243,9‰), на втором курсе выявлено 119 случаев заболеваний (1451,2‰).

Заболеваемость первокурсников, не являющихся выпускниками Предуниверсария на начало обучения составила 386 случаев (1864,7‰), на втором курсе выявлено 494 заболеваний (2386,5‰).

Таким образом, заболеваемость имеет тенденцию к росту на втором курсе у всех студентов.

При этом среди выпускников Предуниверсария ко второму курсу заболеваемость повысилась на 16,7%, по сравнению первым курсом, а у

студентов не выпускников стала на 27,5% выше по сравнению с периодом обучения на первом курсе ($p < 0,001$).

Таблица 51 – Состояние здоровья студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» по классам болезней (по данным медицинских осмотров за 2023 г.)

Классы заболеваний (МКБ 10)	Выпускники Предуниверсария, n=82		Не выпускники Предуниверсария, n=207	
	N	%	N	%
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1	1,2	6	2,9
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1	1,2	3	1,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3	3,7	12	5,8
Болезни нервной системы	18	22,0*	71	34,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	33	40,2*	120	58,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	2	2,4	9	4,3
Болезни системы кровообращения	3	3,7	8	3,9
Болезни органов дыхания	8	9,8*	40	19,3
Болезни органов пищеварения	8	9,8	24	11,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3	3,7	8	3,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	18	22,0*	70	33,8
Болезни мочеполовой системы	4	4,9	15	7,2
Примечание: *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$)				

Наиболее часто у первокурсников юношей и девушек – выпускников Предуниверсария регистрируются: болезни глаза и его придаточного аппарата, из которых миопия различной степени выявлена у 39,0% (32 чел.); болезни нервной системы – 23,2% (19 чел.); болезни костно-мышечной системы и

соединительной ткани, из которых сколиоз выявлен у 17,1% (14 чел.) (Таблица 51).

У студентов выпускников Предуниверсария при обучении на втором курсе наиболее часто выявлялись следующие заболевания: миопия слабой степени – у 23,2% (19 чел.); средней и высокой степени миопии – 11,0% (9 чел.), другие расстройства вегетативной [автономной] нервной системы выявлены у 23,2% (19 чел.), болезни органов дыхания – 20,7% (17 чел.) (Таблица 52).

Таблица 52 – Состояние здоровья студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» по классам болезней (по данным медицинских осмотров за 2024 г.)

Классы заболеваний (МКБ 10)	Выпускники Предуниверсария, n=82		Не выпускники Предуниверсария, n=207	
	N	%	N	%
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2	2,4	7	3,4
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1	1,2	3	1,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4	4,9	18	8,7
Болезни нервной системы	19	23,2*	75	36,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	35*	42,7	168	81,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	3	3,7	12	5,8
Болезни системы кровообращения	3	3,7	8	3,9
Болезни органов дыхания	17	20,7*	76	36,7
Болезни органов пищеварения	10	12,2	24	11,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4	4,9	9	4,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	19	23,2*	78	37,7
Болезни мочеполовой системы	2	2,4	16	7,7
Примечание: *Имеются достоверные различия (p<0,05)				

Ко второму году обучения выявлено снижение частоты заболеваний мочеполовой системы у девушек с 4,9% (4 чел.) на первом курсе до 2,4% (2 чел.) на втором, а у юношей хроническим тонзиллитом – увеличение от 9,8% (8 чел.) на первом курсе, до 20,7% на третьем (17 чел.).

Хронические заболевания среди первокурсников-выпускников Предуниверсария выявлены у 13,4% (11 чел.), у остальных студентов первого курса – 19,3% (40 чел.) ($p > 0,05$). На втором курсе среди студентов-выпускников Предуниверсария хронические формы заболеваний выявлены у 19,5% (16 чел.), а у иных студентов в 28,5% (59 чел.) случаев ($p > 0,05$). Наиболее часто, среди студентов-выпускников Предуниверсария, встречается хроническая форма тонзиллита – 8,5% (7 чел.) на первом курсе и 9,8% (8 чел.) на втором, и гастрита – 9,8% (8 чел.) на первом и 12,2% (10 чел.) на втором курсе.

Установлено, что среди первокурсников, не являющихся выпускниками Предуниверсария наиболее часто встречается бронхиальная астма (у 27,5% от всех выявленных хронических заболеваний, 11 чел.) отсутствующее у сверстников-выпускников Предуниверсария и инфекционно-аллергическое заболевание – хронический тонзиллит (15,0% от всех выявленных хронических заболеваний, 6 чел.). На втором курсе у данных студентов тонзиллит выявляется в 52,5% (31 чел.) случаев, от всех хронических заболеваний, и фарингит (20,3%, 12 чел.), в 22,0% – хронический гастрит (13 чел.).

Анализ динамики заболеваемости студентов второго курса, не являющихся выпускниками Предуниверсария, с момента их поступления в вуз показал, что на первом месте находятся болезни глаза и его придаточного аппарата, что составило 58,0% (120 чел.) на первом курсе и 81,2% (168 чел.) на втором курсе; на втором месте – болезни нервной системы – 34,3% (70 чел.), а на втором курсе – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 37,7% (78 чел.); на третьем месте – на первом курсе – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 33,8% (70 чел.), а на втором курсе – болезни органов дыхания – 19,3% (40 чел.) (Таблицы 49-50).

Исследование показало увеличение заболеваемости студентов ко второму году обучения с меньшим проявлением данной тенденции у выпускников Предуниверсария. Наряду с этим меняется и структура заболеваемости. На всем первом курсе лидирующие позиции занимают (в порядке уменьшения) болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни нервной системы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а на втором курсе: болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни нервной системы, болезни органов дыхания.

У студентов, не являющихся выпускниками Предуниверсария, на первом курсе чаще всего выявляются (в порядке уменьшения) болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни нервной системы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни органов дыхания, а на втором курсе: болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни органов дыхания, болезни нервной системы.

Таким образом, необходимость осуществления запланированных действий в рамках программы по формированию культуры здоровья среди подростков на уровне получения начальных профессиональных медицинских знаний, которые проводятся в структуре Предуниверсария Московского Государственного Медицинского Университета имени Сеченова, демонстрирует высокую степень необходимости в контексте закрепления и распространения прочных установок и моделей поведения, относящихся к здоровому образу жизни среди выпускников Предуниверсария. Этот процесс не только будет способствовать формированию глубинного и систематического понимания значимости поддержания здоровья среди молодых людей, но и вносить значительный вклад в создание общественной основы, нацеленной на пропаганду и реализацию принципов здорового образа жизни на всех уровнях обучения и воспитательной работы, а также решить проблему здоровьесбережения студентов-медиков, что в свою очередь будет способствовать повышению качества их жизни, уменьшению выгорания и стресса, что является важным аспектом их будущей карьеры.

6.7. Экономическая эффективность внедрения предложений по совершенствованию организации мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Для эффективного анализа экономической выгоды, получаемой в результате реализации программы по укреплению потенциала и культуры здоровья среди подростков, ориентированных на профессиональное обучение в медицинской сфере, осуществлено вычисление экономии расходов, которые удалось предотвратить за счет уменьшения уровня заболеваемости. Эти расчеты были проведены за два отчетных периода: 2021 и 2024 годы.

Цель этого комплексного анализа состояла в том, чтобы количественно оценить положительное влияние инициативы по внедрению программы по реализации медико-социально-образовательных мероприятий на снижение потенциальных расходов на лечение и минимизацию экономических потерь, связанных с временной нетрудоспособностью и ухудшением качества жизни подростков из-за болезней. Эта работа представляет собой важный шаг к демонстрации ценности профилактических медицинских и образовательных программ, направленных на продвижение здорового образа жизни среди подростков.

Экономический ущерб, обусловленный случаями заболеваний среди подростков обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, был калькулирован на основе агрегации затрат, направленных на предоставление услуг стационарного лечения и амбулаторно-поликлинической поддержки.

На эту оценку влияют расходы, связанные не только с непосредственным оказанием медицинских услуг, но также с необходимостью использования дополнительных ресурсов, включая медикаментозное обеспечение, проведение диагностических процедур, и прочее, что способствует полному охвату всех

аспектов лечебного процесса.

Такой подход позволяет глубже понять экономическую нагрузку на систему здравоохранения и общество в целом, связанную с охраной здоровья подрастающего поколения.

Размеры затрат на стационарное лечение (СЛ) подростков определялись по формуле:

$$\text{СЛ}=\text{С}*\text{КД},$$

где С – средняя стоимость одного дня лечения в стационаре; КД – сумма койко-дней, проведенных подростками в группе год.

Размеры затрат на амбулаторное лечение (АЛ) вычисляли с учетом количества посещений школьниками группы в течение года, в амбулаторно-поликлинические учреждения, и средней стоимости одного посещения по формуле:

$$\text{АЛ}=\text{С}*\text{П},$$

Где С – средняя стоимость одного посещения амбулаторно-поликлинического учреждения, П – общее число посещений на группу.

Для расчётов использовались средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (руб.) в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. N 2299 О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов и Постановлением от 29 декабря 2022 г. № 2497 О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

Таким образом средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, руб. в условиях круглосуточного стационара за 2021 г. составили 81334,1 руб., за 2024 г. – 92735,3 руб., в условиях дневного стационара – 14042,2 руб. (2021 г.), 16023,4 (2024 г.).

Обращения в связи с заболеваниями (законченных случаев лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) – 1375,9 (2021 г.), 1568,9 (2024 г.).

Результаты соответствующих расчетов представлены в таблице 53.

Таблица 53 – Размеры затрат за 2021 г., связанные с заболеваемостью подростков (руб., n=1600)

Показатели	Группы*		
	1	2	3
Число госпитализаций на 1000 чел.	28,6	14,9	5,8
Число случаев лечения в условиях дневных стационаров на 1000 чел.	173,0	5,0	11,5
Средняя длительность лечения	12	9	7
Число пролеченных больных в условиях круглосуточного стационара	2	15	3
Число койко-дней в год	24	135	21
Уровень обращаемости за амбулаторной помощью на 1000 чел.	928,6	950,5	877,2
Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на группу, руб. в условиях круглосуточного стационара	1952018,4	10980103,5	1708016,1
Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на группу, руб. в условиях дневного стационара	337012,8	1895697,0	294886,2
Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на группу, руб. в амбулаторных условиях	1277660,7	1307793,0	1206939,5
Итого затрачено на группу, руб.	3566691,94	14183593,5	3209841,8
Примечание: *здесь и далее: 1 группа – подростки с низким уровнем сформированности культуры здоровья; 2 группа – со средним; 3 – с высоким			

Таким образом, сумма, с учетом финансовых затрат в целом, в первой группе, из среднего расчета на 1 человека, составила 3566,7 руб., во второй группе – 14183,6 руб., в третьей – 3209,8 руб., что на 10% меньше по сравнению с первой группой ($p < 0,05$).

Величина расходов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи подросткам составила в первой группе, из среднего расчета на 1 человека, 1277,7 руб., во второй группе – 1307,8 руб., в третьей – 1206,9 руб. (на 5,5% меньше по сравнению с первой группой, $p > 0,05$).

Уровень расходов на лечения в условиях дневных стационаров подростков 15-18 лет составила в первой группе, из среднего расчета на 1 человека, 337,0 руб., во второй группе – 1895,7 руб., в третьей – 294,9 руб. (на 12,5% меньше по сравнению с первой группой, $p < 0,05$).

Величина расходов в условиях круглосуточного стационара составила в первой группе подростков, из среднего расчета на 1 человека, 1952,0 руб., во второй группе – 10980,1 руб., в третьей – 1708,0 руб. (на 12,5% меньше по сравнению с первой группой, $p < 0,05$).

Расчеты наглядно показывают, что в группе с низким уровнем культуры, за счет более высокой заболеваемости экономические затраты по сравнению с группой с высоким уровнем культуры здоровья выше.

Соответствующие расчеты за 2024 год, проведенные после реализации мероприятий по формированию культуры здоровья, представлены в таблице 54.

Таким образом, величина расходов, с учетом финансовых затрат в целом, в первой группе, из среднего расчета на 1 человека, составила 2197,5 руб., во второй группе – 2786,7 руб., в третьей – 1856,7 руб., что на 15,5% меньше по сравнению с первой группой ($p < 0,05$).

Сумма затрат на оказание амбулаторно-поликлинической помощи подросткам составила в первой группе, из среднего расчета на 1 человека, 1218,6 руб., во второй группе – 1264,0 руб., в третьей – 1204,2 руб., что на 1,2% меньше по сравнению с первой группой ($p > 0,05$).

Уровень расходов на лечения в условиях дневных стационаров подростков составила в первой группе, из среднего расчета на 1 человека, 144,2 руб., во второй группе – 22,4 руб., в третьей – 96,1 руб., что на 33,4% меньше по сравнению с первой группой ($p < 0,05$).

Величина расходов в условиях круглосуточного стационара составила в первой группе подростков, из среднего расчета на 1 человека, 834,6 руб., во второй группе –1298,3 руб., в третьей – 556,4 руб., что на 33,3% меньше по сравнению с первой группой ($p<0,05$).

Таблица 54 – Размеры затрат за 2024 г., связанные с заболеваемостью подростков (руб., $n=1600$)

Показатели	Группы		
	1	2	3
Число госпитализаций на 1000 чел.	14,3	2,0	1,9
Число случаев лечения в условиях дневных стационаров на 1000 чел.	28,6	9,9	15,4
Средняя длительность лечения	9	7	6
Число пролеченных больных	1	2	1
Число койко-дней в год	9	14	6
Уровень обращаемости за амбулаторной помощью на 1000 чел.	885,7	918,7	875,2
Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на группу, руб. в условиях круглосуточного стационара	834617,7	1298294,2	556411,8
Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на группу, руб. в условиях дневного стационара	144210,6	224327,6	96140,4
Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на группу, руб. в амбулаторных условиях	1218634,63	1264039,33	1204187,68
Итого затрачено на группу, руб.	2197462,9	2786661,1	1856739,9

Расчеты показывают, что в группе, у которой ранее был выявлен низкий уровень культуры, за счет более низкой заболеваемости экономические затраты стали на уровне затрат группы с ранее выявленным высоким уровнем культуры. За счет проделанной работы в группе с ранее выявленным средним уровнем культуры здоровья, так же улучшились экономические показатели.

Затраты с поправкой на инфляцию за период с 2021 по 2024 годы (7,74% в среднем) при исходном уровне заболеваемости составили бы на всю группу подростков 22582441,1 руб., что в любом случае на 15741577,2 руб. (41,1%, $p < 0,05$) больше реальных затрат.

Формула расчета затрата на инфляцию:

$$З = С * (1 + И / 100),$$

где З - затраты с учетом инфляции, руб., С – исходная сумма, руб. И – инфляция за период, %.

Таким образом, по результатам апробации предложений в условиях предвуниверсария ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) в период 2021–2024 гг. была достигнута медико-социальная эффективность, выразившейся в снижении общей заболеваемости подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, повышении их потенциала культуры здоровья, что в целом обеспечило экономическую эффективность проводимых мероприятий.

Анализ динамики показателя «общая заболеваемость» среди подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования показал, что по результатам проводимых мероприятий она снизилась на 9,4% (с 12694,0 на 1000 детей в 2021 году до 11499,1 на 1000 детей в 2024 году, $p < 0,01$).

Анализ изменения частоты факторов риска снижения культуры здоровья показал, что внедрение предложений позволило: уменьшить долю подростков с низким уровнем культуры здоровья в 15 раз (с 4,4 до 0,3%, $p < 0,05$); увеличить долю подростков с высоким уровнем культуры здоровья в 2 раза (с 32,6 до 59,7%, $p < 0,05$); повысить уровень информационного компонента культуры здоровья на 20% ($p < 0,05$), по компоненту образа жизни на 19,6% ($p < 0,05$); по

компоненту отношений на 16,6% и сократить уровень нереализованного потенциала культуры здоровья на 16,7% ($p < 0,05$).

Резюме к главе 6

Исследовательские данные стали основой для создания и теоретического обоснования целого спектра инициатив, направленных на улучшение процесса формирования здорового образа жизни и развертывания его потенциала среди подростков в период их предпрофессионального обучения в области медицины. Эти мероприятия, продиктованные анализом собранных данных, демонстрируют свою актуальность и эффективность в практическом применении.

Они охватывают широкий арсенал подходов, от адаптации образовательных программ с акцентом на здоровьесберегающие технологии, до включения специализированных тренингов и семинаров, направленных на развитие навыков, необходимых для поддержания и преумножения здоровья. Это, в свою очередь, не только способствует формированию индивидуальной культуры здоровья у студентов, но и подготавливает почву для более широкого распространения этих ценностей в обществе через будущую профессиональную деятельность студентов в сфере здравоохранения.

Разработка образовательной программы и комплексного набора мер, интегрирующих медицинские и социально-образовательные аспекты для формирования здорового образа жизни среди подростков на стадии их предпрофессионального образования в сфере медицины, предоставила ценные данные для анализа.

После реализации медико-социально-образовательных мероприятий по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования увеличилось с 39,1 до 49,6 (на 100 опрошенных) число подростков, демонстрирующих высокий

уровень психокогнитивного компонента культуры здоровья. Также наблюдается рост мотивации к здоровому образу жизни: число подростков с высоким уровнем мотивации увеличилось на 18,7%.

Кроме того, зафиксировано положительное изменение в развитии физических аспектов здоровья у подростков: количество подростков с высоким уровнем формирования физических компонентов здоровья выросло на 27%.

Исследование выявило, что для максимальной эффективности в формировании культуры здоровья важно сосредоточить значительные усилия на развитии следующих ключевых аспектов: во-первых, на культуре личной гигиены, которая включает в себя ежедневные привычки и процедуры, способствующие поддержанию чистоты тела и предотвращению распространения инфекций и заболеваний; во-вторых, необходимо уделить особое внимание развитию культуры осведомлённости о здоровье, что предполагает активное стремление к получению и усвоению достоверной информации о принципах здорового образа жизни и методах сохранения физического благополучия; в-третьих, важным аспектом является развитие культуры самосовершенствования в области здоровья, что предполагает постоянное стремление к улучшению личных знаний и навыков, связанных с охраной и укреплением здоровья; и, наконец, на культуре питания, акцентирующей внимание на важности сбалансированного, разнообразного питания, обеспечивающего организм необходимыми питательными веществами.

Проводимые мероприятия по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья привели к увеличению фактически используемого потенциала культуры здоровья во всех группах в среднем на 45,0% ($p < 0,05$), а также по уровню информационного потенциала культуры здоровья на 20% ($p < 0,05$), потенциала культуры здоровья на 19,6% ($p < 0,05$) и отношений по поводу здоровья на 16,6% ($p < 0,05$), а также снижению общей заболеваемости на 10,4%, что привело бы к экономии материальных и финансовых ресурсов.

Необходимость проведения мероприятий по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья у подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, доказывается практически равной заболеваемостью студентов, как выпускников Предуниверсария, не участвовавших мероприятиях по повышению уровня культуры здоровья, так и иных студентов – не являющихся таковыми, в период их обучения в вузе. При этом участники программы повышения уровня культуры здоровья, показывают, несмотря на общую тенденцию к росту заболеваемости, более низкие темпы ее увеличения ($p < 0,001$).

Отмеченные позитивные результаты, в виде меньшей заболеваемости, в изучаемый период обучения, у студентов выпускников Предуниверсария по сравнению с иными студентами можно, предположительно, объяснить их участием в мероприятиях, проводимых со школьниками, обучающимися на этапе предпрофессионального образования в области медицины, по формированию культуры здоровья, основанной на принципах пропаганды здорового образа жизни и отказа от вредных привычек, увеличивающих риски нарушения здоровья.

Однако результаты проведенного исследования показывают, что необходимо продолжить работу по выявлению, профилированию факторов образовательной среды, увеличивающих риски снижения эффективности медико-образовательных мероприятий, формирующих состояние здоровья студенческой молодежи, закладываемого на этапе предпрофильного образования, а также наблюдению и анализу дальнейших тенденций состояния здоровья выпускников Предуниверсария в процессе их обучения в вузе.

Реализация медико-социально-образовательных мероприятий по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья подростков в Предуниверсарии позволит его выпускникам, благодаря сформированному высокому уровню культуры здоровья, реализовать в будущем индивидуальную здоровьесозидающую траекторию развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ доступных литературных данных и официальных документов показал, что для решения вопросов кадрового дефицита в здравоохранении требуется уделять внимание факторам формирования здоровья профессионально-ориентированных подростков.

Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, является необходимой основой не только для санитарного просвещения населения, но может принести неоспоримую пользу медицинскому работнику на любом этапе его жизненной траектории. Доказано, что обучение будущих медицинских работников в условиях, способствующих формированию культуры здоровья, повышает в дальнейшем качество предоставляемых услуг в области оказания медицинской помощи.

Комплексное изучение отечественных и международных научных публикаций через призму системного анализа, а также исследования проведенные нами ранее [51] выявили, что в контексте подростковой среды наблюдается обширное присутствие различных факторов, представляющих собой значительную угрозу для здоровья. Это подтверждение указывает на необходимость более глубокого понимания и активных исследовательских усилий для идентификации конкретных рисков и разработки соответствующих мер по их снижению, направленных на обеспечение благоприятной среды для развития и поддержания здоровья подростков. Такие данные ставят перед научным сообществом, органами здравоохранения и политиками задачи по формированию и реализации совместных дорожных карт и программ. Эти программы должны быть направлены на конкретное изучение и минимизацию выявленных факторов риска в указанной возрастной группе. В то же время, отмечается недостаточность комплексных исследований, посвященных современному состоянию культуры здоровья старшеклассников, выбравших в

качестве своей будущей профессиональной деятельности медицину, что ограничивает возможность разработки научно-обоснованных мероприятий по ее формированию. Выявлено, что для оценки уровня культуры здоровья с медицинских позиций на сегодняшний день существует определенный дефицит интегративных подходов и методов, которые могли бы позволить оценить, изучаемый феномен с учетом всего его многообразия.

Таким образом, обобщение опыта и проведенный анализ показал необходимость разработки комплекса медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья подростков и универсальной и адекватной системы оценки культуры здоровья подростков, обладающей высоким адаптивным потенциалом и возможностью модифицироваться под личностные особенности подростков в период предпрофессиональной подготовки в сфере медицины.

В целях обеспечения научной обоснованности и разработки комплексной модели, направленной на пропаганду здорового образа жизни среди подростков на этапе их предпрофессионального обучения в сфере медицины, было инициировано и проведено всестороннее исследование. Этот процесс исследования заключался в применении интегрированного подхода, включающего в себя широкий спектр методологических практик и техник. Среди применяемых методов выделялись библиографический анализ, использование информационных и семантических поисковых систем, проведение контент-анализа, аналитические исследования, эмпирические опросы, изъятие и анализ данных из первичных источников, а также социологические и статистические исследования. Важной задачей стала интеграция и синтез полученных данных с целью разработки обоснованной и комплексной модели, предназначенной для эффективного формирования здорового образа жизни среди учащейся молодежи на пороге их профессионального обучения в области медицины, тем самым способствуя долгосрочному улучшению состояния здоровья в обществе [64].

На первом этапе потребовалось провести анализ факторов, определяющих состояние культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.

Установлено, что большинство (63,1%) подростков имеет средний уровень сформированности культуры здоровья; 32,6% подростков Предуниверсариев имеют высокий уровень, и 4,4% – низкий.

Профилактические осмотры подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования показали, что частота отклонений в состоянии здоровья у подростков с низким уровнем культуры здоровья достоверно выше ($p < 0,05$), чем у сверстников с высоким уровнем культуры здоровья – 4634,6 и 3805,0 на 1000, соответственно.

Выявлено, что необходимо сконцентрировать основные усилия на развитии следующих компонентов культуры здоровья: культуры личной гигиены; культуры получения информации, касающейся здоровья и его сохранения; культуры самосовершенствования в области поддержания здоровья; культура питания [53].

Более высокие относительные показатели численности часто болеющих детей, а также более низкий ИЗ в первой группе с низким уровнем культуры (2,9), по сравнению с группой со средним и высоким уровнем (3,0 и 10,6), свидетельствует о более высокой заболеваемости наблюдаемого контингента, т.е. о неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья учащихся, что можно связать с их более низким уровнем сформированности культуры здоровья.

Сравнительный анализ комплексных оценок шкал физического (PF, RP, BP, GH) и психологического (VT, SF, RE, MH) благополучия показывает, что у подростков с низким уровнем культуры здоровья по сравнению со сверстниками со средним и высоким уровнем наблюдается более низкое качество жизни, обусловленное как физическими, так и психологическими факторами [53].

Показано, что имеется прямая сильная взаимосвязь между уровнем культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и состоянием их здоровья, качеством жизни, успешностью в учебе ($r = 0,7115, p < 0,05$; $r = 0,7239, p < 0,05$; $r = 0,7239, p < 0,05$), а также между уровнем культуры у родителей и опрашиваемых подростков ($r = 0,7599, p < 0,05$). Корреляция между качеством жизни и состоянием здоровья также показала взаимосвязь, однако умеренную и имеющую отрицательное значение ($r = -0,6361, p < 0,05$). Аналогичная умеренная отрицательная корреляция выявлена и между успешностью в учебе и состоянием здоровья ($r = -0,5550, p < 0,05$). Выявлено, что между культурой здоровья и состоянием здоровья имеется тесная корреляционная связь ($r = -0,7255, p < 0,05$), что свидетельствует о том, что с увеличением уровня культуры здоровья меньшее количество подростков оказывается в третьей группе здоровья – с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок.

Изучение существующих концепций и моделей формирования культуры здоровья, а также анализ специфики предпрофессиональной подготовки будущих медиков усиленное эмпирической частью проведенного исследования позволили разработать и обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию формирования культуры здоровья у подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования. Результаты внедрения разработанного комплекса мероприятий показали свою эффективность. Эти мероприятия демонстрируют значительный успех и результативность при реализации целей, направленных на укрепление здоровья и развитие имеющегося потенциала здорового образа жизни у молодежи, что, в свою очередь, способствует формированию более здорового общества в будущем. Так, проведение медико-социально-образовательных мероприятий, направленных на формирование и развитие культуры здоровья у подростков в период предпрофессионального медицинского образования, привело к значительному росту доли подростков с высоким уровнем психокогнитивных,

мотивационных и физических аспектов культуры здоровья (увеличение на 18,7–27,0%) [53]. Также произошло увеличение фактически используемого потенциала культуры здоровья во всех группах по уровню информационного потенциала культуры здоровья, потенциала культуры здоровья и отношений по поводу здоровья на 16,6-45,0% ($p < 0,05$), а также снижению общей заболеваемости на 10,4%, что привело к экономии финансовых ресурсов.

Необходимость проведения мероприятий по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья у подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, подтверждается практически равной заболеваемостью студентов, как выпускников Предуниверсария, так и студентов – не являющихся таковыми, в период их обучения в вузе.

Проводимые мероприятия позволяют выпускникам Предуниверсария, благодаря более высокому уровню культуры здоровья, реализовать индивидуальную здоровьесберегающую траекторию в ходе продолжения образования в медицинском вузе.

Исследование студентов второго курса ИКМ, ранее участвующих в процессе обучения в 11 классе в мероприятиях по формированию культуры здоровья, показало увеличение заболеваемости студентов к второму году обучения, однако, с меньшим проявлением данной тенденции у выпускников Предуниверсария, по сравнению с иными студентами-сверстниками.

Численность студентов, не выпускников Предуниверсария, отнесенных к группе здоровья ДЗ увеличилась ко второму курсу на 13,2 %.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Внедрение в практическую деятельность организаций и образовательных учреждений, в том числе немедицинской направленности, разработанного комплекса мероприятий позволит:

1. Усовершенствовать методику интегративной оценки культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с учетом адаптации ее к подросткам естественнонаучных классов, что будет способствовать обоснованному, целенаправленному и систематическому воздействию на подростков, с целью выработки у них норм поведения, обеспечивающих высокий уровень культуры здоровья.

2. Продолжить дальнейшее уточнение факторов риска снижения формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с учетом современных тенденций в здравоохранении обществе, образовании.

3. Интеграция специально разработанного комплекса мер в практику сфер здравоохранения и образования, включая учреждения без медицинской специализации, предоставит многообещающие перспективы для дальнейшего развития и укрепления культуры здоровья среди подростков, проходящих этап предпрофессионального медицинского образования. Данное внедрение будет направлено на две основные цели:

- усиление потенциала культуры здоровья у подростков посредством эксплуатации новейших инноваций и минимизации рисков, ранее не идентифицированных в контексте здоровьесбережения;

- создание стратегического плана (дорожной карты) для внедрения и продвижения модели, которая способствует формированию культуры здоровья среди подростков, находящихся на этапе предпрофессионального медицинского образования.

Включение в эту модель широкого арсенала инструментов, таких как база данных исследований о культуре здоровья, система мотивации для повышения осведомленности о здоровом образе жизни, а также обеспечение необходимыми кадровыми, информационными и образовательно-методическими ресурсами при реализации организационных и управленческих мер и синхронизации усилий различных учебных заведений и органов здравоохранения для достижения оптимальных результатов в укреплении базы знаний и практик в области здоровья среди подростков, создаст синергетический эффект, который не только укрепит фундамент культуры здоровья среди подростков, но и подготовит их к более здоровому и ответственному будущему.

ВЫВОДЫ

1. Выявлена значительная степень распространенности факторов риска нарушения здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. Наибольшую частоту распространения, от 20,3 до 46,9%, среди подростков имеют такие неблагоприятные факторы риска развития нарушений здоровья, как: повышенное употребление соли и сладостей; совмещение приема пищи и чтения; добавление пряностей в пищу; переедание. Среди других, менее распространенных, с встречаемостью в пределах 0,4-1,5%, вредных для здоровья, факторов у подростков отмечены: компьютерные игры; нарушения режима сна; использование токсических препаратов; прокрастинация; перегрузки и травмы в спорте. Сочетание нескольких факторов риска развития нарушения здоровья имеют 16,9% от общего числа подростков.

2. Определен интегративный индекс культуры здоровья у подростков, проходящих предпрофессиональное медицинское образование на основании анализа следующих параметров: уровня компетентности; установок и отношения как к личному здоровью, так и к здоровью окружающих; мотивации и стремления к формированию и поддержанию культуры здоровья; ориентиры, которыми подростки руководствовались при формировании отдельных ее аспектов, и фактическое состояние их здоровья. Разработанная методика интегративной оценки состояния культуры здоровья подростков, находящихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, показала, что большинство из них – 63,1% – демонстрирует сформированность культуры здоровья на среднем уровне, 32,6% подростков Предуниверсариев имеют высокий уровень, и 4,4% – низкий.

3. Расчеты фактически используемого потенциала культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с низким уровнем сформированности культуры здоровья показали, что он составил лишь $9,1 \pm 4,33$, по сравнению с аналогичным показателем группы

подростков со средним и высоким уровнем культуры здоровья $19,0 \pm 2,85$ ($p < 0,05$) и $22,8 \pm 6,10$ ($p < 0,05$) баллов соответственно, что показывает наличие резервов для улучшения уровня культуры здоровья у всех подростков .

Установлено, что у подростков имеется резерв улучшения преимущественно за счет таких параметров как: культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья; культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья; культура получения информации о здоровье и его сохранении; культура физической активности; культура предупреждения заболеваний; культура отношения к вредным привычкам и культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье.

4. Данные профилактических осмотров показали, что заболеваемость подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования с низким уровнем культуры здоровья достоверно выше, чем у подростков с высоким уровнем культуры здоровья – 4634,6 и 3805,0 на 1000, соответственно ($p < 0,05$). В группе подростков с низкой культурой здоровья заболеваемость была достоверно больше на 31,8-99,0% ($p < 0,05$) по сравнению с группой сверстников с высокой культурой здоровья по таким классам заболеваний как: IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; VI. Болезни нервной системы; IX. Болезни системы кровообращения; X. Болезни органов дыхания; XI. Болезни органов пищеварения; XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки; XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XIV. Болезни мочеполовой системы; XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках; XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

5. Выявлено, что формирование культуры здоровья у подростков профессионально-ориентированных к медицине определяется действием 13

факторов, причем наиболее высоким весом, по откликам респондентов, обладают такие факторы как: отношения с родителями (ВК=17,0) и отсутствие интереса (ВК=16,6), что позволяет рассматривать данные факторы в качестве наиболее значимых. Далее по значимости расположились следующие факторы: характер (ВК=12,9); мотивированность (ВК=10,7); хороший пример (ВК=10,5); неорганизованность (ВК=6,0); физические ограничения в здоровье (ВК=5,6); жилищные условия (ВК=4,0); занятость (ВК=3,5); особенности личности (ВК=2,9); недостаток знаний (ВК=2,4); материальные (ВК=1,8); моральные убеждения и вера (ВК=0,5) и информационные факторы (ВК=1,3).

6. Установлено, что между уровнем культуры здоровья у подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и состоянием их здоровья, качеством жизни, успеваемостью имеется прямая сильная взаимосвязь ($r = 0,7115, p < 0,05$; $r = 0,7239, p < 0,05$; $r = 0,7239, p < 0,05$), а также между уровнем культуры у родителей и опрашиваемых подростков ($r = 0,7599, p < 0,05$). Корреляция между качеством жизни и состоянием здоровья также показала взаимосвязь, однако умеренную и имеющую отрицательное значение ($r = -0,6361, p < 0,05$). Аналогичная корреляция выявлена между успешностью в учебе и состоянием здоровья, а также между культурой здоровья и состоянием здоровья (соответственно: $r = -0,5550, p < 0,05$, $r = -0,7255, p < 0,05$). Данные результаты указывают на то, что рост уровня культуры здоровья подростков коррелирует со снижением числа случаев нарушений их здоровья. Исходя из этого, были выявлены факторы, оказывающие влияние на формирование культуры здоровья у подростков в период предпрофессионального медицинского образования. Выделение этих факторов позволяет разработать эффективные мероприятия по управлению ими.

7. Разработана и реализована интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования основанная на комплексе медико-социально-образовательных мероприятий, включающих в себя: оценку ключевых факторов и рисков,

образовательного процесса, быта и отдыха, оказывающих влияние на культуру здоровья среди подростков; определение начального и конечного уровней культуры здоровья у подростков при их поступлении и окончании образовательной организации (Предуниверсария), путем проведения мониторинга состояния культуры здоровья, включая анализ общего самочувствия, распространенности хронических и актуальных заболеваний, повседневных привычек, условий жизни, а также уровня вовлеченности в учебные и физические активности; выявление принципиальных потребностей в контексте пропаганды здорового образа жизни среди молодежи; реализация программ медицинского, оздоровительного и психолого-педагогического направления, нацеленных на формирование у подростков понимания важности здорового образа жизни; стимулирование сотрудничества с родительской общественностью в целях повышения осведомленности и направленности на здоровый образ жизни в рамках семейных ценностей.

8. Результаты диссертационного исследования позволили разработать и научно обосновать комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования, оценить его эффективность. Их реализация в 2021–2024 годах показало медико-социальную эффективность: снижение общей заболеваемости подростков на более 10%, повышение их потенциала культуры здоровья более чем на 45%; величина расходов, с учетом финансовых затрат в целом, в группе низким уровнем культуры здоровья, была выше на 15,5% меньше по сравнению с группой с высоким уровнем культуры здоровья ($p < 0,05$).

9. Выявлена необходимость проведения мероприятий по формированию и раскрытию потенциала культуры здоровья у подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования, для поддержания здорового образа жизни среди подростков, ориентированных на получение профессии в области здравоохранения. Что подтверждается отсутствием

значимых отличий в уровне заболеваемости студентов, как выпускников Предуниверсария, так и студентов – не являющихся таковыми, в период их обучения в вузе.

При этом, проводимые мероприятия по формированию культуры здоровья позволяют выпускникам Предуниверсария реализовать индивидуальную здоровьесберегающую траекторию в ходе продолжения образования в медицинском вузе. Исследование студентов, обучающихся на втором курсе Института Клинической Медицины имени Н.В. Склифосовского Сеченовского Университета, ранее участвующих в процессе обучения в 11 классе в мероприятиях по формированию культуры здоровья, показало меньшее проявление тенденции к увеличению заболеваемости по сравнению с иными студентами-сверстниками на 10,8 пп. ($p < 0,001$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На основании полученных, в ходе выполнения диссертационного исследования, данных, полагаем целесообразным предложить рекомендации по использованию комплекса мероприятий и оценочных инструментов для улучшения и развития здоровьесберегающих навыков среди обучающихся, особенно среди тех, кто профессионально ориентирован на работу в сфере здравоохранения.

Образовательным организациям, реализующим программы высшего и среднего профессионального медицинского образования:

1. Создание и реализация подробных методических указаний для медицинского, административного, а также профессорско-преподавательского персонала учебных заведений с акцентом на профессиональное образование в области медицины. Данные рекомендации должны содержать описание эффективных методов и подходов к организации процесса воспитания у учащихся устойчивой культуры здоровья, подкрепленной научно-практическими исследованиями. Особое внимание следует уделить технологиям и стратегиям, способствующим формированию и развитию здорового образа жизни среди подростков, ориентированных на получение профессии в области здравоохранения.

2. Разработка содержательных программ обучения и организация целого ряда образовательных мероприятий, таких как тренинги, круглые столы, семинары и другие подобные активности. Цель этих мероприятий заключается не просто в передаче знаний, но и в создании площадки для обсуждения текущих проблем, обмена опытом между специалистами разных уровней и компетенций, а также в разработке совместных стратегий по вопросам улучшения культуры здоровья среди студентов, стремящихся к карьере в медицинской сфере. Эти мероприятия должны способствовать формированию

единой методологической и практической базы для эффективного обучения и воспитания молодежи в духе высоких здоровьесберегающих стандартов.

Реализация этих направлений позволит не только повысить уровень профессиональной подготовки будущих специалистов в области здравоохранения, но и сформировать у них глубокое понимание важности и значимости здорового образа жизни как основы профессиональной деятельности и личностного благополучия.

Участковым врачам-педиатрам, специалистам в области гигиены детей и подростков, медицинским работникам специализированных отраслей, а также фельдшерам и медсестрам, задействованным в отделениях оказания медицинской помощи студентам и школьникам, настоятельно рекомендуется выполнять следующие действия:

1. Вести детальный и систематический контроль за индивидуальным и групповым уровнем развития культуры здоровья среди обучающихся. Это включает использование специально разработанной шкалы прогнозирования ухудшения культуры здоровья среди профессионально ориентированных подростков, разработанной на базе предшествующих научных изысканий. В случае выявления недостатков, актуализировать создание и реализацию программ коррективных мероприятий по устранению выявленных недочетов.

2. Внедрять и осуществлять систематическую и обширную просветительскую деятельность, нацеленную на разъяснение и распространение знаний о здоровом образе жизни среди подростков, имеющих профессиональную ориентацию, с использованием как печатных, так и электронных ресурсов. Убедиться в том, что распространяемый материал основывается на достоверных данных и имеет научное подтверждение. Для этого медицинским работникам необходимо ориентироваться на актуальный и проверенный реестр печатных и цифровых изданий.

Эти рекомендации направлены на повышение эффективности медицинского и просветительского взаимодействия специалистов

здравоохранения со студентами и школьниками, с целью достижения улучшения показателей здоровья и качества жизни данной группы населения. Реализация этих практик предполагает плодотворное сотрудничество между медицинскими специалистами, учебными заведениями и обучающимися, что способствует формированию стойкой культуры здоровья среди молодого поколения.

Органам управления здравоохранения:

1. Рассмотреть возможность проведения ежегодного мониторинга, основанного на интегративной оценке, состояния потенциала культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования на основе организационно-методического подхода, разработанного по результатам исследования с последующим анализом и внедрением корректирующих мероприятий.

2. Вести поиск по использованию новых возможностей консультирования и информирования подростков, обучающихся на этапе предпрофессионального медицинского образования и их родителей, путем использования современных интерактивных методов и Интернет-площадок, по вопросам формирования культуры здоровья и профилактики факторов риска его снижения и способах решения возможных проблем.

3. Содействовать созданию территориальных научно-практических и консультативных центров по формированию культуры здоровья профессионально-ориентированных подростков.

4. Разработать комплексную региональную подпрограмму, направленную на развитие кадров в области здравоохранения: «Культура здоровья профессионально-ориентированных подростков».

5. Рассмотреть возможность организации для участковых врачей-педиатров, специалистов в области гигиены детей и подростков, медицинских работников специализированных отраслей, а также фельдшеров и медсестер, задействованных в оказании медицинской помощи студентам и школьникам,

семинаров и круглых столов и иных образовательных мероприятий по современным технологиям формирования культуры здоровья профессионально-ориентированных подростков.

6. Рассмотреть возможность направления преподавателей, работающих с профессионально-ориентированными к медицине подростками, на программы повышения квалификации в медицинские учреждения профилактической направленности по вопросам здоровьесбережения, формирования культуры здоровья и профилактики факторов риска его снижения.

Данные рекомендации направлены на повышение консолидации организационных и управленческих усилий, нацеленных на формирование высокой культуры здоровья у подрастающей молодежи и повышения здоровья населения. Реализация этих рекомендаций соответствует стратегическим целям и приоритетам системы здравоохранения в области кадровой политики и обеспечении качества здоровья населения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЕГЭ – Единый государственный экзамен

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИЗ – индекс здоровья

КЗ – культура здоровья

МКБ – международная классификация болезней

НИЗ – неинфекционные заболевания

ОГЭ – Основной государственный экзамен

СМИ – средства массовой информации

ЦЗ – центр здоровья

ЦУР – Цели устойчивого развития

ЦФО – Центральный федеральный округ

РАЕХ – Рейтинговое агентство РАЕХ («РАЭКС-Аналитика»)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакарова, Э. Г. Возможности проективной диагностики в выявлении деструктивных форм поведения / Э. Г. Абакарова, О. А. Семенова. – Текст: непосредственный // Медицинские, социальные, психологические, педагогические, юридические аспекты психоэмоциональных расстройств : материалы научно-практической конференции с международным участием, Астрахань, 18 апреля 2023 года. – Астрахань : Астраханский государственный медицинский университет, 2023. – С. 6–9.

2. Абаскалова, Н. П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа-вуз» / Н. П. Абаскалова. – Новосибирск : Новосибирский государственный педагогический университет, 2001. – 316 с. – ISBN 5-85921-228-3.

3. Авдалян, А. Я. О правовом регулировании буллинга в Российской Федерации / А. Я. Авдалян, С. Л. Никонович // Журнал Российского государственного университета туризма и сервиса (раздел: уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право). – 2019. – № 8 (176). – С. 116-118.

4. Агаджанян, Н. А. Этюды об адаптации и путях сохранения здоровья / Н. А. Агаджанян, А. И. Труфанов, Б. А. Шендеров. – М. : Сирин, 2002. – 156 с.

5. Агатова, О. А. Развитие профильного и предпрофессионального образования : монография / О. А. Агатова. – Москва : Флинта, 2022. – 188 с.

6. Аксенова, В. А. Вопросы туберкулеза у детей и подростков в Российской Федерации / В. А. Аксенова, А. В. Гордина // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2021. – № 1(83). – С. 80-84. – DOI 10.34215/1609-1175-2021-1-80-84.

7. Актуальность развития культуры здоровья как основа профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДА / А. Г. Петров, О. В. Хорошилова, В. А. Семенихин, С. Н. Филимонов // Медицина в Кузбассе. – 2023. – Т. 22. – № 1. – С. 74-80. – DOI 10.24412/2687-0053-2023-1-74-80.

8. Амлаев, К. Р. Карьерные установки выпускников медицинского университета / К. Р. Амлаев, С. М. Койчуева, А.А. Хрипунова // Проблемы

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – №28(5). – С. 1006-1010.

9. Амосов, Н. М. Энциклопедия Амосова : алгоритм здоровья / Н. М. Амосов. – Москва : АСТ ; Донецк : Сталкер, 2005. – 287 с. – ISBN 5-17-031642-9.

10. Анализ мотивации абитуриентов 2014 года при выборе медицинского вуза / Т. Е. Потемина, Л. В. Ловцова, Н. А. Яркова, О. М. Московцева, М. В. Злобин, Д. Н. Морозов // Медицинский альманах. – 2014. – №3 (33). – С. 30-32.

11. Ананьин, С. А. Динамика и современное состояние детской инвалидности в России / С. А. Ананьин, П. А. Ложакова, М. В. Уваров. – Текст: непосредственный // Актуальные вопросы организации здравоохранения: Сборник научных трудов VII Всероссийской научно-практической конференции, Нижний Новгород, 15 февраля 2024 года. – Нижний Новгород: Приволжский исследовательский медицинский университет, 2024. – С. 89-94.

12. Андропова, Т. И. Гелиометеотропные реакции здорового и больного человека: Монография / Т. И. Андропова, Н. Р. Деряпа, А. П. Соломатин. – М. : Медицина, 1982. – 248 с.

13. Антонова, Е. В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления : специальность диссертация 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Антонова Елена Вадимовна; Научно-исследовательский институт педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН. – Москва, 2011. – 298 с.

14. Антропова, М. В. Гигиена детей и подростков. Учебник для мед. Училищ / М. В. Антропова. – М. : Медицина, 1982. – 336 с.

15. Апанасенко, Г. Л. О возможности количественной оценки здоровья человека / Г. Л. Апанасенко // Гигиена и санитария. – 1985. – №6. – С. 55-58.

16. Арендачук, И. В. Проблема выбора профессии современными старшеклассниками / И. В. Арендачук // Профессиональная ориентация. – 2017. – № 1. – С. 15-22.

17. Аристова, И. В. Формирование опыта здоровьесберегающей подготовки студентов средствами социально-гуманитарных дисциплин / И. В. Аристова, Н. В. Бирюкова, А.Г. Овсянников. – Текст: непосредственный // Антропоцентрические науки в образовании : Сборник научных статей XIX международной научно-практической конференции, Воронеж, 28–29 ноября 2023 года. – Воронеж : ООО «Издательство «Научная книга»», 2023. – С. 10-13.

18. Армашевская, О. В. Ценностные приоритеты медицинских работников по отношению к здоровью / О. В. Армашевская, Т. А. Соколовская, Е. В. Бахадова // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2023. 69(5). 11 с. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1530/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-5-11 (дата обращения: 28.05.2022)

19. Асадулаев, М. С. Анализ результатов лечения детей младшей возрастной группы с врожденной деформацией позвоночника и грудной клетки / М. С. Асадулаев, С. В. Виссарионов. – Текст: непосредственный // VIII Пироговский форум травматологов-ортопедов : Сборник материалов, Москва, 15–16 ноября 2023 года. – Казань: Медицинский издательский дом «Практика», 2023. – С. 111.

20. Ахвердова, О. А. К исследованию феномена «культура здоровья» в области профессионального физкультурного образования / О. А. Ахвердова, В. А. Магин // Теория и практика физической культуры. – 2002. – № 9. – С. 5-7.

21. Ахметов, Т. Р. Влияние социально-экономических факторов и рациона питания в семье на здоровье детей и подростков / Т. Р. Ахметов, Р. М. Садыков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – № 6. – С. 1259-1264.

22. Баевский, Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – М. : Медицина. – 1997. – 235 с.

23. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий // Казанский медицинский журнал. – 2018. – Т. 99. – № 4. – С. 698-705.

24. Баранов, А. А. Состояние и проблемы здоровья подростков России / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. Ю. Альбицкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 10-14.

25. Бачал, Д. В. Культура питания и гигиенического поведения среди подростков, их роль в появлении акне / Д. В. Бачал, Н. В. Бирюкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – №74-1. – С. 9-11.

26. Бескаравайная, Т. Половина уволившихся в прошлом году врачей не раскрывали данные о новом месте работы / Т. Бескаравайная // Медвестник. – 2024. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Polovina-uvolnyavshihsva-v-proshlom-godu-vrachei-ne-raskryvali-dannye-o-novom-meste-raboty.html> (дата обращения: 25.06.2022)

27. Бехтерев, В. Личность и условия её развития и здоровья (речь, произнесённая 4 сентября 1905 года на втором съезде отечественных психиатров в г. Киеве) / В. Бехтерев. – СПб. : изд-во К. Л. Ликкера, 1905. – 43 с.

28. Бирюкова, Н. А. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательных учреждениях / Н. А. Бирюкова // Гигиена и санитария. – 2006. – № 1. – С. 76.

29. Бирюкова, Н. В. Влияние социального окружения на поведение подростков в отношении своего здоровья / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – №3. – С. 492–504. DOI 10.24412/2312-2935-2024-3-492-504

30. Бирюкова, Н. В. Анализ влияния предпрофессионального образования на здоровье студентов медицинского вуза / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Социология медицины. – 2024. – Т. 23, № 1. – С. 23–32. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm635441>

31. Бирюкова, Н. В. Анализ состояния здоровья обучающихся предпрофессионального медицинского образования / Н. А. Бирюкова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2023. – Т. 25, № 12. – С. 11-14. – DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2023-25-12-11-14.

32. Бирюкова, Н. В. Выявление ценностных ориентаций у обучающихся медицинских классов / Н. В. Бирюкова // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 2. – С. 24. – DOI 10.17513/spno.31566.

33. Бирюкова, Н. В. Инновационно-интегративная модель довузовского образования, реализуемая в Сеченовском Университете / Н. В. Бирюкова, Т. М. Литвинова, О. В. Нестерова // Проблемы современного образования. – 2018. – № 6. – С. 159-175.

34. Бирюкова, Н. В. Исследование по оценке формирования ответственного отношения подростков к личному здоровью: актуальность и дизайн / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Вестник Росздравнадзора. – 2024. – №6. – С. 67–77.

35. Бирюкова, Н. В. Исторические предпосылки формирования культуры здоровья подростков / Н. В. Бирюкова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2024. – Т. 26, № 9. – С. 57-63. – DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2024-26-9-57-63.

36. Бирюкова, Н. В. Культура здоровья подростков как составляющая её физической / Н. В. Бирюкова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2024. – Т. 26, № 7. – С. 108-116. – DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2024-26-7-108-116.

37. Бирюкова, Н. В. Методы и процедуры оценки культуры здоровья подростков / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Национальное

здравоохранение. – 2024. – Т. 5, № 4. – С. 5-11. – <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.4.5-11>

38. Бирюкова, Н. В. Осведомлённость подростков по вопросам профилактики и диагностики туберкулёза / Н. В. Бирюкова, С. П. Жук // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – №74-1. – С. 58-62.

39. Бирюкова, Н. В. Особенности пищевого поведения и сопутствующей патологии при ожирении у детей-подростков / Н. В. Бирюкова, Панина О. А., С. А. Кособуцкая // Биомедицинские науки и педагогика. – 2024. – № 1.

40. Бирюкова, Н. В. Особенности профессионального самоопределения старшеклассников, ориентированных на получение высшего медицинского образования / Н. В. Бирюкова // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2024. – Т. 21, № 3. – С. 78-82.

41. Бирюкова, Н. В. Отношение обучающихся предпрофессионального медицинского образования к своему здоровью / Н. А. Бирюкова, Х. М. Батаев // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2023. – Т. 25. – № 11. – С. 27-31.

42. Бирюкова, Н. В. Отношение обучающихся предпрофессионального медицинского образования к своему здоровью / Н. В. Бирюкова, Х.М. Батаев // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2023. – Т. 25, № 11. – С. 27-31. – DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2023-25-11-27-31. – EDN NVMUZB.

43. Бирюкова, Н. В. Предпрофессиональное образование как фактор развития кадрового потенциала системы здравоохранения / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Национальное здравоохранение. – 2024. – Т. 5, № 2. – С. 48-57. – DOI 10.47093/2713-069X.2024.5.2.48-57.

44. Бирюкова, Н. В. Противоречия в формировании основных ценностей у современного молодого поколения / Н. В. Бирюкова, У. А. Маадыр-Оол, М. К. Картоева // Современные проблемы науки и образования. – 2024. – № 3. – С. 66. – DOI 10.17513/spno.33417.

45. Бирюкова, Н. В. Разработка интегративной модели формирования культуры здоровья подростков : монография / Н. В. Бирюкова. – Москва : Издательство Сеченовского университета, 2024. – 207 с.

46. Бирюкова, Н. В. Роль изучения истории медицины в самоопределении учащихся в профильном обучении / Н. А. Бирюкова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. – 2022. – № 0-2. – С. 46-48.

47. Бирюкова, Н. В. Самореализация и саморазвитие обучающихся в условиях медицинского профильного обучения / Н. В. Бирюкова // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 5. – С. 30.

48. Бирюкова, Н. В. Современная концепция профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди детей-подростков / Н. В. Бирюкова, О. А. Панина, С. А. Кособуцкая // Биомедицинские науки и педагогика. – 2024. – № 1. – EDN KNMMUZ.

49. Бирюкова, Н. В. Социальные детерминанты культуры здоровья подростков: системный подход к исследованию в контексте современных вызовов / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Здоровье мегаполиса. – 2024. – Т. 5. – №3. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3

50. Бирюкова, Н. В. Социальные детерминанты культуры здоровья подростков: системный подход к исследованию в контексте современных вызовов / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Здоровье мегаполиса. – 2024. – Т. 5. – №3. – С. 217-32. DOI: <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;17-32>

51. Бирюкова, Н. В. Факторы риска для здоровья у обучающихся профильного медицинского образования / Н. В. Бирюкова // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 3. – С. 2.

52. Бирюкова, Н. В. Анатомия и физиология человека. Здоровье человека: учебное пособие с цифровым дополнением. Серия «Шаг в медицину» /

Н. В. Бирюкова, И. Ю. Арестова // Москва. - Просвещение. – 2023. – С. 240.
ISBN 978-5-09-122408-5

53. Бирюкова, Н. В. Формирование культуры здоровья среди подростков как ключевой фактор развития общества / Н. В. Бирюкова, Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова // Саратовский научно-медицинский журнал 2024. – Т. 20, №3. – С.308-315 – DOI: <https://doi.org/10.15275/ssmj2003308>

54. Бирюкова, Н. В. Формирование продуктивного опыта здоровьесбережения студентов медицинского вуза на основе инновационных стратегий / Н. В. Бирюкова, Н. М. Молодожникова // Педагогический вестник. – 2022. – №25. – С. 45-47.

55. Бобков, О. О. Профориентация: современные подходы / О. О. Бобков. – Текст: непосредственный // Технологическое образование в системе «Школа - Колледж – Вуз»: традиции и инновации: Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции, Воронеж, 30 марта 2023 года / Отв. редактор Н.Ф. Бабина. – Воронеж: Воронежский государственный педагогический университет, 2023. – С. 22-25

56. Богдан, К. Б. Совершенствование правового регулирования профилактики и предотвращения буллинга в образовательных организациях Российской Федерации / К. Б. Богдан // Юридическая наука. – 2023. – №4. – С. 153-158.

57. Богданова, Е. Н. Охрана здоровья детей в период раннего детства / Е. Н. Богданова, К. В. Нуштайкина // Власть Закона. – 2022. – № 3(51). – С. 50-62.

58. Богданова, Е. Н. Охрана здоровья детей в Российской Федерации: правовые вопросы / Е. Н. Богданова // Молодой ученый. – 2019. – № 35 (273). – С. 59-62.

59. Борисова, С. А. Реализация проекта «Школа - университет – Клиника». Центр довузовского образования Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского – первая ступень в подготовке медицинских кадров региона / С. А. Борисова,

И. О. Бугаева. – Текст: непосредственный // Всемирный день качества – 2023 : Материалы IV Международной конференции, Саратов, 08 ноября 2023 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 2023. – С. 50-55.

60. Брехман, И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. – Л. : наука, 1980. – С. 125.

61. Бюллетень Счетной палаты РФ. Здравоохранение. – № 4 (317) 2024. – URL : <https://ach.gov.ru/upload/iblock/dc3/0hm8l9phz27mt0m9rf5zg4b22jeewyfl.pdf#page=99> (дата обращения: 18.10.2023).

62. В России корью заболело рекордное число детей минимум с 2015 года. – Медвестник, 2023. – URL: https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-koru-zabolelo-rekordnoe-chislo-detei-minimum-s-2015-goda.html?utm_source=main (дата обращения: 18.10.2023).

63. Вариабельность возраста менархе у современных девушек - представительниц разных этносов / Т. Л. Гурбо, Е. В. Чаплинская, Н. И. Мезен И. П. Сахно, О. С. Чичкан // Актуальные вопросы антропологии. – 2022. – № 17. – С. 177-190.

64. Взаимосвязи в системе «качество жизни -качество здоровья-качество образования» в среде учащейся молодежи / Д. Г. Дерябин, Н. А. Волков, Т. Н. Игнатова, Н. Н. Комаров // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2006. – № 9(59). – С. 239-243.

65. Влияние препарата Колофорт® на психологический статус и миоэлектрическую активность кишечника у пациентов с синдромом раздражённого кишечника / М. А. Бутов, Р. Шебби, М. Мсакни, И. А. Загравская [и др.] // Наука молодых – Eruditio Juvenium. 2024 – №12(2). – С. 209–220. – doi:10.23888/HMJ2024122209-220

66. ВОЗ обновляет рекомендации по графику вакцинации против ВПЧ. 2022. – URL : <https://www.who.int/news/item/20-12-2022-WHO-updates-recommendations-on-HPV-vaccination-schedule> (дата обращения: 18.10.2023).

67. Волокитина, Т. В. Влияние биологических и социальных факторов на формирование здоровья детей / Т. В. Волокитина. – Текст: непосредственный // Образование и воспитание детей и подростков: гигиенические проблемы: материалы Всерос. конференции с международным участием. – Москва, 2002. – С. 57-59.

68. Выборочное наблюдение репродуктивных планов населения в 2022 году // Федеральная служба статистики : [сайт]. – URL : https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/RPN22/reports.html (дата обращения 06 января 2024)

69. Выполнение проектных и исследовательских работ по медицине в школе: проблемы, перспективы и опыт сотрудничества с городской клинической больницей / А. С. Евтухова, С. А. Арапова, А. А. Полякова, А. М. Матюшенко, В. В. Нефёдова // Наука и школа. – 2019. – №6. – С. 77-86.

70. Галеева, Л. Д. Влияние гиподинамии на здоровье подростков / Л. Д. Галеева, И. Р. Салихова // Российский педиатрический журнал. – 2024. – 27(1S). – С. 22-22.

71. Галицкая, М. Г. Электронные сигареты (вейпы) — старая угроза здоровью в новом обличье / М. Г. Галицкая, А. П. Фисенко, С. Г. Макарова // Российский педиатрический журнал. – 2022. – №25(5). – С. 357-361. – URL : <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-5-357-361>.

72. Галкин, К. А. Культура здоровья: концептуализация понятия и перспективы осмысления в медицинской социологии и антропологии / К. А. Галкин // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Политические, социологические и экономические науки. – 2023. – № 8. – 3(29). – С. 277-283.

73. Гаркуша, Н. С. Воспитание культуры здоровья школьников в деятельности классного руководителя : дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.01 / Гаркуша Наталья Сергеевна; Белгород. гос. ун-т. – Белгород, 2007. – 259 с.

74. Гербарт, И. Ф. Психология / Иоганн Фридрих Гербарт ; [пер. А. Нечаева]. – Москва : Территория будущего, 2007. – 282. ISBN 5-91129-043-X

75. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030). – 2018. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/A71-19> (дата обращения 06 января 2024).

76. Глобальные ускоренные действия в интересах здоровья подростков (АА-НА!): руководство для содействия осуществлению в странах. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017 г. (WHO/FWC/MCA/17.05). 176 с. – URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/zdorove-podrostkov/2669.html>. (дата обращения 14 мая 2024)

77. Глыбочко, П. В. Сеченовский Университет: современная трансформация обучения должна быть направлена в первую очередь на повышение качества подготовки выпускника / П. В. Глыбочко // Медицинское образование и вузовская наука. – 2017. – № 2(10). – С. 6-11.

78. Голованова, Е. Г. Особенности психологического здоровья подростков с разным уровнем осознанной саморегуляции поведения / Е. Г. Голованова // Проблемы современного педагогического образования. – 2024. – № 82-3.

79. Головкин, С. И. Возможности применения адаптированного опросника Sf-36 в детской популяции / С. И. Головкин, Н. А. Шабалдин // Мать и дитя в Кузбассе. 2017. – № 4. С. 16–19.

80. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году». – 2023. – URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=25076 (дата обращения 06 января 2024).

81. Гриншпун, С. С. Опыт создания государственной службы профориентации во Франции / С. С. Гриншпун // Педагогика. – 2004. – № 7. – С. 85-91.

82. Гужова, В. В. Профильное образование в школе: этапы, инструменты, результаты / В. В. Гужова, Т. Ю. Шавлинская // Стратегия развития образования для будущего России : Материалы Международной научно-практической конференции, приуроченной к Году педагога и наставника в Российской Федерации, Владимир, 16–17 марта 2023 года. Том Часть 1. – Владимир: Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Владимирской области Владимирский институт развития образования имени Л.И. Новиковой, 2023. – С. 34-39.

83. Гуляева А. А. Заболевания, передающиеся половым путем среди подростков / А. А. Гуляева, Н. В. Бирюкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – №74-1. – С. 33-37.

84. Гусейнова, С. А. Изучение вопросов безопасности жизнедеятельности и здоровья человека в начальных и средних образовательных учреждениях / С. А. Гусейнова, М. М. Абиева, И. Ю. Килаев // Вестник Екатеринбургского института. – 2022. – № 4(60). – С. 142-145.

85. Гущина, Д. В. Основы здорового образа жизни подростков / Д. В. Гущина, Н. В. Бирюкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 74-3. – С. 94-97. – DOI 10.18411/lj-06-2021-105.

86. Гюлумян, В. Г. Ответственность детей, не прошедших туберкулезную диагностику / В. Г. Гюлумян // Вопросы ювенальной юстиции. – 2016. – № 4. – С. 12-14.

87. Давлетова, Н. Х. Оценка качества жизни студентов спортивного вуза / Н. Х. Давлетова, Е. А. Тафеева, Ф. А. Мавлиев // Медицина труда и экология человека. – 2021. – № 4. – С. 279-296. – doi: 10.24412/2411-37942021-10418

88. Дамулин, И. В. Этика и медицина / И. В. Дамулин, А. А. Струценко, А. В. Конотоп // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – № S3. – С. 22-24.

89. Декларация прав ребенка (принята резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года) [Электронный ресурс]. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml (дата обращения 06 января 2024).

90. Дементьев, И. В. Профориентация: зарубежный опыт / И. В. Дементьев. – Текст: непосредственный // Актуальные проблемы современного гуманитарного образования: материалы V науч.-практ. конф. молодых ученых и аспирантов РИВШ. – Минск, 2008. – С. 9-16.

91. Денисов, И. Н. Медицинское образование: пути совершенствования подготовки врачей / И. Н. Денисов // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2005. – № 1. – С. 158-164.

92. Дергунова, Е. А. Здоровье детей дошкольного возраста: объективные и субъективные факторы / Е. А. Дергунова, Ю. А. Крикунова // Научно-методический электронный журнал Концепт. – 2017. – № 14. – С. 1–6.

93. Дети с инвалидностью в Европе и Центральной Азии: статистический обзор их благополучия», ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, 2023 г. – URL : file:///C:/Users/Inessa/Downloads/ECARO-Disability-report-RU_28-Nov-2023_new.pdf (дата обращения: 20.06.23).

94. Дианина, Е. В. Российская и зарубежные системы управления профессиональной ориентацией учащейся молодежи: сравнительный анализ / Е. В. Дианина // Социодинамика. – 2017. – № 3. – С. 10-17.

95. Динамика заболеваемости болезнями органов дыхания среди населения Российской Федерации в 2010-2022 гг. / Н. С. Антонов, Г. М. Сахарова, Л. И. Русакова, О. О. Салагай // Медицина. – 2023. – Т. 11, № 3(43). – С. 1-17.

96. Доцанникова, О. А. К вопросу о совершенствовании механизмов целевой подготовки студентов медицинского ВУЗа / О. А. Доцанникова // Высшее образование в России. – 2017. – №12. – С. 46-53.

97. Дулич, Л. М. Конституционное право на жизнь и проблемы врачебных ошибок / Л. М. Дулич, В. П. Вахмистров // Вестник Санкт-Петербургской юридической академии. – 2024. – № 1(62). – С. 31-38.

98. Дядюн, К. В. Установление уголовной ответственности за розничную продажу несовершеннолетним алкогольной продукции: анализ целесообразности / К. В. Дядюн // Lex Russica. – 2020. – Т. 73. – №10. – С. 150-158.

99. Егорова, Э. Формирование позитивного отношения к здоровью и безопасности : опыт отечественного и зарубежного образования / Э. Егорова // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2007. – № 11. – С. 10–12.

100. Елизаров, В. П. Духовное развитие человека – основа формирования здоровья / В. П. Елизаров // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2007 – № 9. – С. 52-58.

101. Ельцов, А. В. О роли мотивации в обучении студентов медицинского вуза / А. В. Ельцов, Л. Ф. Ельцова // ОБЖ: Основы безопасности жизни. – 2024. – № 1. – С. 29-33.

102. Еремина, М. Г. К вопросу о методологии исследования кадрового кризиса в здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев. – Текст: непосредственный // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе: сборник VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Пермь, 2019. – С. 367- 71.

103. Ермиенко, Е. С. Особенности стрессоустойчивости в подростковом возрасте / Е. С. Ермиенко // Вестник магистратуры. – 2022. – № 1–2(124). – С. 94–96.

104. Журавлева, И. В. Роль школы в формировании здоровья подростков: социокультурный и нормативно-правовой аспект / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова // Социология медицины. – 2022. – 21(2). – С. 159-170. doi: 10.17816/socm252066

105. Журавлева, М. С. Социально-гигиенические аспекты адаптации подростков в современных условиях жизнедеятельности / М. С. Журавлева, Н. П. Сетко // Гигиена и санитария. – 2009. – № 1. – С. 49-51.

106. Загороднюк, Т. И. Проектное обучение в школах США, Франции и России / Т. И. Загороднюк // Инновационная научная современная академическая исследовательская траектория (ИНСАЙТ). – 2022. – №1(9). – С. 124–135.

107. Зайцев, Г. К. Валеолого-педагогические основы обеспечения здоровья человека в системе образования : автореферат дис. ... доктора педагогических наук : 13.00.01 / Зайцев Георгий Кирович ; Санкт-Петербург. гос. ун-т. – Санкт-Петербург, 1998. – 409 с.

108. Заляев, А. Р. Кадры для российского здравоохранения: ожидания и надежды российских студентов-медиков / А. Р. Заляев // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2015. – № 2 (38). – С. 139–145.

109. Зарецкая, С. Сформировать здоровую личность. Как решает эту задачу педагогический коллектив школы? / С. Зарецкая // Народное образование. – 2008. – № 4. – С. 265–269.

110. Здоровье детей города и села в Российской Федерации / И. С. Цыбульская, В. Б. Цыбульский, С. А. Леонов, Э. Р. Низамова // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2014. №36(2). С. 9. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/556/30/lang,ru/>

111. Здравоохранение // Федеральная служба государственной статистики : сайт. – URL : <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения 06 января 2024).

112. Зелинская, Д. И. Инвалидность детского населения России (современные правовые и медико-социальные процессы) : монография / Д. И. Зелинская, Р. Н. Терлецкая. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 194 с.

113. Злотников, А. А. Гендерные аспекты здорового образа жизни (на материалах Социологического исследования в Гомельской области) / А. А. Злотников // Социология. – 2006. – № 3. – С. 90–95.

114. Зудин, А. Б. Основы реформирования здравоохранения в России / А. Б. Зудин. – Москва: Шико, 2017. – 280 с.

115. Ибрагимова, Е. М. Состояние здоровья и медико-социальные особенности подростков, обучающихся по разным программам профессиональной подготовки в колледжах / Е. М. Ибрагимова, Е. И. Шубочкина // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2013. – № 4. – С. 22-26.

116. Иванов, В. Ю. Медико-социальные аспекты профессиональной ориентации старшеклассников в современных условиях / В. Ю. Иванов, Е. И. Шубочкина, В.В. Черкасов // The Journal of scientific articles «Health and Education Millennium». – 2017. – Vol. 19. – № 5. – С. 12-15.

117. Иванова, О. А. Правовые аспекты иммунодиагностики и иммунопрофилактики некоторых заболеваний / О. А. Иванова // Вестник Пермского университета. Юридические науки. – 2020. – Вып. 50. – С. 650- 677.

118. Иванова, О. Е. Формирование и развитие кадровой политики системы здравоохранения / О. Е. Иванова, В. А. Дегтярева // Социально-экономические процессы современного общества. Чебоксары, 2021. – С. 114–117.

119. Игнатова, Л. Ф. Методика комплексной оценки образа жизни подростков / Л. Ф. Игнатова, В. В. Стан, Х. Х. Хамидулина // Педагогика профессионального медицинского образования. – 2021. – № 4. – С. 131-141.

120. Индекс массы тела у российских подростков во втором десятилетии XXI века / С. П. Левушкин, О. Ф. Жуков, Н. А. Скоблина, Е. В. Скоблина // Российский вестник гигиены. – 2022. – №1. – С. 10-14.

121. Исаенкова, Е. А. Совершенствование характеристик качества медицинских услуг на основе результатов измерения удовлетворенности пациентов и инструментов QFD / Е. А. Исаенкова, И. М. Сон // Проблемы

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S1. – С. 857-861.

122. Исаков, В. Л. Мониторинг физического здоровья учащихся как фактор повышения эффективности предмета «Физическая культура» / В. Л. Исаков // Физическая культура. – 2006. – № 5. – С.61.

123. Исторические аспекты трансформации системы медицинского образования / И. Н. Каграманян, А. И. Тарасенко, И. А. Купеева, О. О. Янушевич, К. А. Пашков, А. О. Ефимова // Национальное здравоохранение. – 2021. – №2(1). – С. 32-40. – <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.1.32-40>

124. К вопросу о распространенности курения среди обучающихся в учебных заведениях: современное состояние, проблемы / В. Г. Косенко, Т. Я. Кобринюк, Н. А. Косенко, А. В. Солоненко // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 4-1. – С. 139-142.

125. Казакова, Т. Технология здоровьесбережения в образовательном учреждении : метод пособие / Т. Казакова // Здоровье детей. – 2007. – № 4 (февр.). – С. 3–30.

126. Казначеев, В. П. Адаптация и конституция человека / В. П. Казначеев, С.В. Казначеев // Новосибирск : Наука, 1988. – 120с.

127. Каптерев, П. Ф. Педагогическая психология для народных учителей, воспитателей и воспитательниц / П. Ф. Каптерев. – СПб.: Типография А.М. Котомина, 1877. – 640 с.

128. Карасева, Т. В. Особенности мотивации ведение здорового образа жизни / Т. В. Карасева, Е. В. Руженская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 23-24.

129. Карташова, Е. С. Здоровье ребёнка как цель совместных усилий школы и семьи / Е. С. Карташова, Ю. В. Одинцова, О. В. Павлова // Вестник научных конференций. – 2018. – № 12(40). – С. 85–86.

130. Касимовская, Н. А. Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях: диссертация ... доктора медицинских наук : 3.2.3. / Касимовская Наталия Алексеевна ; ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). – Москва, 2024. – 387 с.

131. Килина, И. А. Слагаемые профориентации / И. А. Килина. – Текст: непосредственный // Профессиональное образование и занятость молодежи: XXI век. Подготовка кадров для инновационной экономики на основе широкого внедрения передовых технологий : Материалы Международной научно-практической конференции, Кемерово, 11 апреля 2018 года. – Кемерово: Кузбасский региональный институт развития профессионального образования, 2018. – С. 164-167.

132. Кириллина, С. А. Социально-психологический анализ детерминанты переживаний тревоги у подростков / С. А. Кириллина // Национальный психологический журнал. – 2013. – № 4(12). – С. 36-43.

133. Клепач, А. Н. Российское здравоохранение: макроэкономические параметры и структурные проблемы / А. Н. Клепач, Р. Ф. Лукьяненко // Проблемы прогнозирования. – 2023. – № 2(197). – С. 76-96.

134. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 25.12.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 05.01.2024) [Электронный ресурс]: Принят Государственной Думой 20 декабря 2001 года. Одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 года. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/ (дата обращения 06 января 2024).

135. Кожанов, В. В. Саморазвитие культуры здоровья студента в процессе спортивно-ориентированного физического воспитания / В. В. Кожанов // Теория и практика физической культуры. – 2006. – № 2. – С. 12-14.

136. Кожыханов, С. М. Кадровые ресурсы в поликлинической службе / С. М. Кожыханов, С. Б. Калмаханов // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 1-1. – С. 241-245.

137. Койчубеков, Б. К. Определение размера выборки при планировании научного исследования / Б. К. Койчубеков, М. А. Сорокина, К. Э. Мхитарян // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014, № 4. С. –71-74.

138. Коменский, Я. А. Великая дидактика / А. Я Коменский. – СПб : Типография А.М. Котомина, 1875. – 312 с.

139. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) [Электронный ресурс]. – URL:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9959/8dd76fa744c4a215c388d6a7b97017be1e8fe80d/ (дата обращения 06 января 2024)

140. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]. – дата опубликования 06.10.2022. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202210060013?index=25> <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202210060013?index=25> (дДата обращения 06 января 2024).

141. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351)». – URL: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения 06 января 2024).

142. Концепция сопровождения профессионального самоопределения обучающихся в условиях непрерывности образования / В. И. Блинов, И. С. Сергеев, Е.В. Зачесовой [и др.]. – М. : ФИРО : Перо, 2015. – 28 с.

143. Коньшина, Ю. Е. Профильные классы с медицинской направленностью в системе подготовки «школа – вуз» / Ю. Е. Коньшина,

А. Ф. Амиров // Педагогический журнал Башкортостана. – 2018. – № 4(77). – С. 64-73.

144. Коробкова, О. К. Сфера здравоохранения региона, оказывающая услуги, на современном этапе развития: состояние отрасли, проблемные вопросы и пути их решения / О. К. Коробкова // Экономические науки. – 2023. – № 229. – С. 146-150.

145. Костинова, А. М. Обоснование включения вакцинации против заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека, в Национальный календарь профилактических прививок / А. М. Костинова, А. А. Рыжов // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – №2 (25). – С. 59-64.

146. Кудашова, Н. Н. Система образования в современной Германии / Н. Н. Кудашова // Современное педагогическое образование. – 2022. – №2. – С. 25-29.

147. Кузнецова, Д. Л. Вредные привычки у подростков и их влияние на состояние здоровья / Д. Л. Кузнецова, Н. В. Бирюкова // The Scientific Heritage. – 2021. – № 66-2(66). – С. 10-12. – DOI 10.24412/9215-0365-2021-66-2-10-12.

148. Кузнецова, П. М. Мотивационные факторы в сохранении здоровья и ведения здорового образа жизни среди современных подростков / П. М. Кузнецова, Н. В. Бирюкова // Современная школа России. Вопросы модернизации. – 2021. – № 3-1(36). – С. 137-139.

149. Кукурика, А. В. кадровая политика в учреждении здравоохранения как фактор повышения эффективности управления / А. В. Кукурика // Исследования и практика в медицине. – 2021. – Т. 8. – № 4. – С. 109-117.

150. Кулева, С. А. Подростковый рак. – Текст : электронный // ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России: [сайт]. – 2021. – URL : <https://nii-onco.ru/diagnostika/podrostkovyj-rak/>

151. Культура здоровья молодёжи / В. И. Бондин, Г. Ф. Карпова, А. В. Лысенко, В. И. Мареев, И. А. Пономарева, О. Н. Толстокопа. М. : Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/30MNNPM18.pdf>

152. Куркина, Л. В. Эффективность обучения и воспитания культуры здоровья в процессе обучения в вузе / Л. В. Куркина // Актуальные научно-технические средства и сельскохозяйственные проблемы: материалы II национальной научно-практической конференции. – Кемерово: Кузбасская государственная сельскохозяйственная академия. – 2019. – С. 110-117.

153. Кучма, В. Р. Медико-профилактические основы здоровьесбережения обучающихся в Десятилетие детства в России (2018-2027 гг.) / В. Р. Кучма // Российский педиатрический журнал. – 2018. – №1. – С. 31-37.

154. Кучма, В. Р. Поведенческие риски, опасные для здоровья подростков в XXI веке: Монография / В. Р. Кучма, С. Б. Соколова – ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2017. – 170 с.

155. Латыговская, О. Н. Диагностика культуры здоровья детей младшего дошкольного возраста / О. Н. Латыговская // Пралеска. – 2017. – № 5(309). – С. 8–14.

156. Леин, Г. А. Скрининг на юношеский идиопатический сколиоз (обзор литературы) / Г. А. Леин // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2022. – Т. 10, № 3. – С. 309-320.

157. Лелетко, А. П. Формирование навыков здорового образа жизни у младших подростков в ППМС-ЦЕНТРЕ /А. П. Лелетко, Г. Е. Котькова // В сборнике: Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации. Материалы V Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией А.И. Ахулковой, науч. редактор Е. Г. Речицкая. – Орёл, 2023. – С. 199-207.

158. Линденбратен, А. Л. Некоторые аспекты управления системой охраны здоровья / А. Л. Линденбратен, Я. И. Вигдорчик // Проблемы социальной

гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 4. – С. 625-628.

159. Лукьянов, А. В. Телесное и духовное пространство здоровья как формы самореализации человека / А. В. Лукьянов, А. А. Алибаев // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2011. – №7 (126). – С. 92-95.

160. Лучкина, П. В. Вредные привычки среди подростков и их влияние на состояние здоровья / П. В. Лучкина, Н. В. Бирюкова // В сборнике: Наука, образование, инновации: актуальные вопросы и современные аспекты. сборник статей VII Международной научно-практической конференции. В 2 ч. Пенза, 2021. – С. 183-186.

161. Ляпина, Е. С. Влияние видеоигр на нервно-психическое состояние подростков (обзор литературы) / Е. С. Ляпина, Н. В. Бирюкова, А. А. Бирюков // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – №74-1. – С. 88-91.

162. Мавропуло, О. С. Культура здоровья и нездоровья в российском обществе : структурно-воспроизводственный и рискологический анализ : дис. ... доктора философских наук : 09.00.11 / Мавропуло Ольга Савельевна; Юж. федер. ун-т. – Ростов-на-Дону, 2017. – 252 с.

163. Магомедова, П. М. Здоровье и здоровый образ жизни в системе ценностей у современных подростков / П. М. Магомедова, Н. В. Бирюкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 74-1. – С. 91-95. – DOI 10.18411/lj-06-2021-20.

164. Малярчук, Н. Н. Индивидуальное здоровье как отражение телесной, душевной и духовной природы человека / Н. Н. Малярчук // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – Тамбов : Грамота, 2012. – № 6. – Ч.1. – С. 141-144.

165. Манерова, О. А. Сравнительный анализ уровня информированности старшеклассников и студентов медицинского вуза в вопросах социально-значимых заболеваний и профилактики ИППП / О. А. Манерова,

Е. И. Нестерова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2024. – Т. 26. № 2. – С. 65-74

166. Маньшина, А. В. Оценка кадрового потенциала центров общественного здоровья и медицинской профилактики в Российской Федерации / А. В. Маньшина, И. И. Косаговская, Р. А. Хальфин // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 8. – С. 7-14.

167. Мартыненко, А. В. Формирование здорового образа жизни молодежи: Медико-социальные аспекты / А. В. Мартыненко, Ю. В. Валентик, В. А. Полесский. – М. – 1988. – 192 с.

168. Марусина, М. Г. Отказ от вакцинации – новая чума / М. Г. Марусина, П. Волкова, В. А. Дубенская // Смоленский медицинский альманах. – 2019. – № 1. – С. 186-188

169. Медико-социальные последствия COVID-19 у российских детей: результаты опроса родителей / А. П. Фисенко, С. Б. Лазуренко, Р. Н. Терлецкая, Т. В. Свиридова, А. Г. Тимофеева, С. Г. Макарова // Российский педиатрический журнал. – 2023. – 26(4). – С. 275-283.

170. Меер Бернд. Система профессиональной ориентации в Германии / Бернд Меер // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету. Серія: педагогіка, 2011. – №3. – С. 377-384.

171. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. ВОЗ. – 1995. – 315 с.

172. Микляева, А. В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция / А. В. Микляева, П. В. Румянцева. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 248 с.

173. Минздрав оценил дефицит врачебных кадров в 29 тысяч человек. – 2024. – URL : <https://ria.ru/20240326/vrachi-1935845355.html> (дата обращения 20.10.2023).

174. Мирошниченко, А. Г. Высшее медицинское образование в России и за рубежом: тенденции изменений действующих национальных моделей:

аналитический доклад / А. Г. Мирошниченко, Л. Г. Смышляева, И. И. Сошенко и др. – Томск : Изд-во СибГМУ, 2022. – 111 с.

175. Мирошниченко, О. С. Алкоголизм среди подростков / О. С. Мирошниченко, Н. В. Бирюкова // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – №74-8. – С. 111-118.

176. Михайленко, К. А. Сила искусства: поэзия против туберкулеза / К. А. Михайленко, Е. А. Захарова, Н. В. Бирюкова // Образовательный вестник Сознание. – 2023. – Т. 25. – № 7. – С. 10-15.

177. Михайлов, Н. Г. Новые критерии оценки культуры здоровья: теория и практика / Н. Г. Михайлов. – Текст: непосредственный // Интеграция теории и практики в общем, дополнительном и профессиональном физкультурном образовании. Материалы V Национальной научно-практической конференции с международным участием. – Москва. – 2023. – С. 100-104.

178. Мнение пациентов о доступности, качестве и результативности медицинской помощи / Д. Л. Мушников, А. В. Олейник, Л. Г. Ананьина [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2024. – Т. 26, № 1. – С. 58-64.

179. Моисеева, К. Е. Основные причины отказов от вакцинации / К. Е. Моисеева, А. А. Алексеева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – №5 (65). – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnyye-prichiny-otkazov-ot-vaktsinatsii> (дата обращения: 20.09.2023).

180. Молодякова, Э. В. Школьное образование в Японии / Э. В. Молодякова // Ежегодник Япония, 2010. – №39. – С. 155-171.

181. Москвин, К. М. Модели профилизации российской общеобразовательной школы / К. М. Москвин // Профильная школа. – 2018. – №. 4. – С. 11-16.

182. Мотивация ординаторов к работе в сельской местности: вызовы и перспективы кадрового обеспечения / А. Ю. Сенченко, Е. А. Юрьева, В. Ф. Капитонов [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – № 6(144).

183. Мушников, Д. Л. База данных мониторинга социокультурных факторов здоровья и здравоохранения : свидетельство о регистрации базы данных RU 2024622210, 22.05.2024 / Д. Л. Мушников, Н. В. Бирюкова ; заявка от 27.02.2024. – Текст : непосредственный.

184. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Основные данные по результатам исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2013/2014 гг. в Российской Федерации. – 2016. – URL: https://www.krascmp.ru/wp-content/uploads/2019/10/kzr_doc_20191023_2.pdf?ysclid=lwas0q795o81366092 (дата обращения: 18.10.2023).

185. Нефёдова, В. В. Опыт организации проектной и исследовательской деятельности в Курчатовской школе в рамках реализации городского проекта «Медицинский класс в московской школе» / В. В. Нефёдова, Н. С. Соловьева. – Текст: непосредственный // Сборник трудов Российской научно-методической конференции-семинара «Творчество молодых исследователей в системе «школа - наука - вуз», г. Москва, 22-23 ноября 2017 г. / под ред. Д. Б. Богоявленской, А. О. Карпова. М., 2017. – С. 164-171.

186. О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 22.11.1995 N 171-ФЗ (последняя редакция). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8368/ (дата обращения 06 января 2024).

187. О детском здравоохранении и кадровом обеспечении Тезисы доклада Исполняющей обязанности Председателя Счетной палаты Галины Изотовой [Электронный ресурс]. – 2023. – URL: <https://ach.gov.ru/news/voprosy-kadrovogo-defitsita-v-sfere-zdravookhraneniya-ostayutsya-aktualnymi?highlight->

search-result=3ДОРОВ&highlight-search-result=ДЕТ (дата обращения 06 января 2024).

188. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н. – URL: <https://base.garant.ru/71748018/> (дата обращения 06 января 2024).

189. О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 18.06.2001 N77-ФЗ (ред. от 05.12.2022). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_32131/ (дата обращения 06 января 2024).

190. О профессиональных заболеваниях медицинских работников в Республике Башкортостан / Л. М. Карамова, Э. Т. Валеева, Н. В. Власова, А. С. Хафизова // Гигиена и санитария. – 2021. – Т. 100, № 11. – С. 1250-1255.

191. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 24.07.2023). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/39f9c162e66df21972b80918d1cd5f83d6e8e0d9/ (дата обращения 06 января 2024).

192. О физической культуре и спорте в Российской Федерации [Электронный ресурс]. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ. Принят Государственной Думой 16 ноября 2007 года. Одобрен Советом Федерации 23 ноября 2007 года. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_73038/ (дата обращения 06 января 2024).

193. Об образовании в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения 06 января 2024).

194. Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства [Электронный ресурс]: Указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240. – URL: https://10let.edu.gov.ru/uploads/documents/normativnye_akty/ukaz_prezidenta_rossijskoj_federatsii_-ob_ob-javlenii_v_rossijskoj_federatsii_desjatiletija_detstva-_ot_29_maja_2017_goda_-_240.pdf (дата обращения 06 января 2024).

195. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ (ред. от 25.12.2023). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/bae330cb27c78f5d869019ad831c3027b8f97f30/ (дата обращения 06 января 2024).

196. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 28.04.2023). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/f452587fe76b67013ce993978fbc9aca63fd7e4e/ (дата обращения 06 января 2024).

197. Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции [Электронный ресурс]: Федеральный закон» от 23.02.2013 N 15-ФЗ (последняя редакция). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142515/c5051782233acca771e9adb35b47d3fb82c9ff1c/ (дата обращения 06 января 2024).

198. Об утверждении Концепции профильного обучения на старшей ступени общего образования: Приказ Министерства образования Российской Федерации от 18.07.2002 № 2783 // Официальные документы в образовании. – URL : <https://docs.cntd.ru/document/901837067?ysclid=lvmfen8ueq960717871> (дата обращения 06 января 2024).

199. Об утверждении перечня тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение

труда лиц моложе восемнадцати лет [Электронный ресурс]: Постановление Правительства РФ от 25.02.2000 N 163 (ред. от 20.06.2011). Утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2000 г. N 163. – URL:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_26364/3980bc932427885fb8d9dc529d70c26d793fedd1/#dst100008 (дата обращения 06 января 2024).

200. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания» [Электронный ресурс]: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. № 2. URL: <https://base.garant.ru/400274954/> (дата обращения 06 января 2024).

201. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (вместе с «СанПиН 3.3686-21. Санитарные правила и нормы...») [Электронный ресурс]: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 (ред. от 25.05.2022) (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_377388/ (дата обращения 06 января 2024).

202. Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. № 8. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73421912/> (дата обращения 06 января 2024).

203. Обеспечение охраны здоровья детей. – 2021. – URL: <https://medvedomosti.media/pediatrics/articles/obespechenie-okhrany-zdorovya-detey/?ysclid=lwbudzcls1841534358> (дата обращения 20 января 2024).

204. Омеличкин, О. В. Медицинские ошибки: этический аспект / О. В. Омеличкин // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2024. – Т. 5, № 1. – С. 16-25.

205. Оперативное совещание с вице-премьерами [Электронный ресурс]: Вступительное слово Михаила Мишустина. – 2023. – URL : <http://government.ru/news/49228/> (дата обращения 20 января 2024).

206. Организационно-педагогические условия реализации учебной мотивации и адаптационного потенциала старшеклассников / И. Н. Вербовая, Э. М. Казин, Е. В. Нарतिकоева [и др.] // Профессиональное образование в России и за рубежом. – 2023. – № 1(49). – С. 115-126.

207. Орешкина, А. К. «Методический диагностический комплект: профессиональная готовность к медицинским специальностям»: учебное пособие / А. К. Орешкина, Н. В. Бирюкова, К. Г. Кузнецов. – Москва : Издательство Сеченовского университета, 2023. – 43 с.

208. Особенности мониторинга физического состояния населения / Д. Н. Гаврилов, А. В. Комков, А. В. Малинин [и др.] // Теория и практика физической культуры. – 2006. – № 3. – С. 60-62.

209. Особенности морфофизиологического развития сельских подростков Чувашии и Нижегородской области / Е. Ю. Пермякова, В. А. Бацевич, А. В. Степанова, Е. А. Калюжный // Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология. – 2022. – № 3. – С. 36-47.

210. Особенности установления продолжительности ежегодных дополнительных отпусков медицинским работникам первичного звена здравоохранения / О. В. Обухова, Ф. Н. Кадыров, О. С. Кобякова, П. В. Митрошин // Экономика труда. – 2024. – Т. 11, № 3. – С. 375-392. – DOI 10.18334/et.11.3.120621.

211. Отдельнова, К. А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / К. А. Отдельнова. – Текст : непосредственный // Сб. трудов 2-го ММИ, 1980. – №150(6). – С. 18–22.

212. Отношение к ведению здорового образа жизни в среде студентов-медиков / Ж. Б. Набережная, И. Б. Набережная, А. А. Ромахова, У. Д. Захарова // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 5-2. – С. 48.

213. Отравенко, Е. В. Программа формирования духовного здоровья подростков в системе физического воспитания / Е. В. Отравенко // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2008. – № 11. – С. 197-202.

214. Охват начальным, средним и высшим образованием и его завершение, показатели в мире. – World Bank (2023). – 2023. – URL : <https://ourworldindata.org/global-education> (дата обращения 20 января 2024).

215. Оценка состояния здоровья студентов старших курсов фармацевтического факультета / Т. А. Канакина, Ю. Г. Нагорняк, Е. А. Рузляева [и др.] // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, № 1. – С. 57-62.

216. Оценка уровня подготовки слушателей в рамках организации обучения и курсов повышения квалификации / Н. К. Базиян-Кухто, А. П. Кухто, Э. Я. Фисталь, Н. Н. Фисталь, В. Ю. Авраменко // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2022. – Том 7, № 1. – С. 23-27.

217. Панина, С. В. Активизация довузовской профориентации в подготовке кадров для системы здравоохранения / С. В. Панина, М. Н. Петрова, А. А. Донская // Перспективы науки. – 2023. – № 8(167). – С. 263-266.

218. Парфенов, О. Г. Проблемы нормативного правового обеспечения медицинской деятельности по отдыху и оздоровлению детей / О. Г. Парфенов, А. В. Копцева, Л. С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. – 2022. – Т. 19, № 1. – С. 56-60.

219. Пасмурцева, Н. Н. Формирование и реализация государственной кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации / Н. Н. Пасмурцева, М. С. Колотов // Вестник евразийской науки. – 2023. – Т. 15. – № 4. – URL: <https://esj.today/PDF/35ECVN423.pdf>

220. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». [Электронный ресурс]. – URL : <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения 20 января 2024).

221. Пацеева, А. Г. Профессиональная культура врача через призму представлений о профессионализме / А. Г. Пацеева // Весці нацыянальнай акадэміі навук Беларусі, серыя гуманітарных навук. – 2014. – №4. – С. 21-26.

222. Песталоцци, И. Г. Избранные педагогические сочинения : в 2 т. Т. 1 / И. Г. Песталоцци. – М. : Педагогика, 1981. – 334 с.

223. Пивень, Д. В. Повышение квалификации врачей: основные вызовы сегодня и что делать / Д. В. Пивень // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 2. – С. 4-13.

224. Письмо Минобрнауки России от 12.04.2012 N 06-731 «О формировании культуры здорового питания обучающихся, воспитанников» (вместе с Методическими рекомендациями «Формирование культуры здорового питания обучающихся, воспитанников»). – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70070148/> (дата обращения 20.01.2024).

225. Письмо Минобрнауки России от 24.05.2017 N 07-2732 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по профилактике зацепинга среди несовершеннолетних»). – https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_220827/ (дата обращения 20.01.2024).

226. Письмо Минпросвещения России N 07-6607, МВД России N 12/5351, Минобрнауки России N МН-11/1548 от 2 ноября 2020 г. «О межведомственном взаимодействии» (вместе с «Рекомендациями об организации межведомственного взаимодействия и обмена информацией между образовательными организациями и органами внутренних дел о несовершеннолетних, в отношении которых проводится индивидуальная профилактическая работа, а также о выявленных несовершеннолетних «группы

риска»)). –2020. – URL: https://rulings.ru/acts/Pismo-Minprosvescheniya-Rossii-N-07-6607,-MVD-Rossii-N-12_5351,-Minobrnauki-Rossii-N-MN-11_1548-ot-02./ (дата обращения 20.01.2024).

227. План основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства : распоряжение Правительства Российской Федерации от 06.06.2018 № 1375-р. – URL: <https://base.garant.ru/71983080/> (Дата обращения 20 января 2024).

228. Повестка дня в области устойчивого развития. – URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/> (дата обращения 20.01.2024).

229. Поволоцкая, Н. В. Исследование распространенности основных факторов риска среди медицинских работников / Н. В. Поволоцкая, Е. Ю. Шкатова // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2023. – №69(5). – С. 12. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1531/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-5-12 (дата обращения 20.01.2024).

230. Подростковое ожирение и связанное с ним поведение: тенденции и социальные неравенства в Европейском регионе ВОЗ, 2002–2014 годы. – URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289052405> (дата обращения 20.01.2024).

231. Показатели функционального состояния ЦНС детей, подростков и молодёжи с позиций определения их реагирования на движущийся объект : свидетельство о регистрации базы данных RU 2024622446, 04.06.2024 / заявка от 24.05.2024. — Авторы: Кучма В. Р., Лапонова Е. Д., Макарова А. Ю., Дёмина Н. Н., Платонов О. В., Монахова А. А., Нарышкина Е. В., Ямщикова Н. Л., Бирюкова Н. В., Лещева М. А. — № 2024622446 ; заявл. 24.05.2024.

232. Положение об отделении организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях [Электронный ресурс]: Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи

несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 г. № 822н. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_158224/2da5d973510ba418ad16d604d07cc5c978e7e59d/ (дата обращения 20.01.2024).

233. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70471454/> (дата обращения 20.02.2023).

234. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ от 21 февраля 2023 г. [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/406419647/> (дата обращения 20.01.2024).

235. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»». – URL: <https://ivo.garant.ru/#/document/74840123/paragraph/1/doclist/7936/4/0/0/аборт%20несовершеннолетним:4> (дата обращения 20.02.2023).

236. Приказ Минпросвещения России от 18.05.2023 N 371 «Об утверждении федеральной образовательной программы среднего общего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.07.2023 N 74228). – URL: <https://base.garant.ru/407384432/> (дата обращения 20.01.2024)

237. Приказ Роспотребнадзора «Об утверждении обучающих (просветительских) программ по вопросам здорового питания» от 07.07.2020 N 379. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_369924/46934e517f5d019fdb3748a0f676bcef79057dd7/ (дата обращения 20.01.2024)

238. Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – Москва : Моск. психолого-социал. ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 2000. – 304 с.

239. Проблема дефицита врачебных кадров в здравоохранении России: причины и пути решения (литературный обзор) / Д. А. Канева, Т. Ю. Тарараева, А. В. Бреусов, Л. В. Максименко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 747-767. – DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-747-767.

240. Проблемы здоровья подростков в Российской Федерации / С. Р. Конова, М. И. Слипка, В. Ю. Альбицкий, Р. Н. Терлецкая, Е. В. Антонова, А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах. – №31. – 2017. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-31/difficulties-of-development-of-communication-in-children-first-years-of-life-with-disabilities> (дата обращения 06 января 2024).

241. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, В. Н. Козырев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – №4. – С. 4-16.

242. Путилов, А. А. «Совы», «жаворонки» и другие люди: о влиянии наших внутренних часов на здоровье и характер / А. А. Путилов. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2003. – 608 с.

243. Распоряжение Правительства РФ от 22.03.2017 N 520-р (ред. от 18.03.2021) Об утверждении Концепции развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2025 года (вместе с «Планом мероприятий на 2021-2025 годы по реализации Концепции развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2025 года». – URL: https://e-ecolog.ru/docs/4BR_L_j2510erexc7CjhY/full) (дата обращения: 20.01.2024)

244. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков в Санкт-Петербурге: оценка рисков развития метаболического синдрома / Д. О. Иванов, Ю. П. Успенский, Н. В. Барышникова, Д. В. Захаров, Я. В. Соусова // Педиатр. – 2021. – Т. 12. – № 4. – С. 5–13.

245. Распространенность структурального сколиоза среди подростков Новосибирска по данным компьютерной топографии / В. Н. Сарнадский, М. В. Михайловский, Т. Н. Садовая [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – № 1. – С. 80-91.

246. Резолюция XXIV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» 3–5 марта 2023 г. г. Москва. Российский педиатрический журнал. – 2023. – №4(3). – С. 94-96. – URL: <https://doi.org/10.15690/rpj.v4i3.2595>

247. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года.
– URL : <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/92/pdf/n1529192.pdf?token=xKuzOpSt8OENd22N67&fe=true> (Дата обращения 20 января 2024).

248. Рейтинг лучших школ России по конкурентоспособности выпускников в сфере «Медицина» (2023 год). – URL : https://raex-rr.com/education/best_schools/medical_school_rating/2023/ (дата обращения: 20.01.2024)

249. Рекомендации по проведению в образовательных организациях с обучающимися профилактических мероприятий, направленных на формирование у них позитивного мышления, принципов здорового образа жизни, предупреждение суицидального поведения (Письмо Минпросвещения России от 30 июня 2021 г. N 07-3586). – URL: <https://base.garant.ru/402631898/> (дата обращения: 20.01.2024)

250. Решетников, В. А. Перспективы регулирования кадровых ресурсов здравоохранения на основе технологий управления профессиональной траекторией будущих медицинских работников на этапах становления в

профессии / В. А. Решетников, Н. А. Касимовская // Медицинский вестник МВД. – 2023. – Т. 122, № 1(122). – С. 52-57. – DOI 10.52341/20738080_2023_122_1_52.

251. Рожков, И. В. Особенности законодательного регулирования и информационной поддержки повышения качества жизни (на примере «здорового образа жизни») / И. В. Рожков // Евразийская адвокатура. – 2023. – № 4(63). – С. 144.

252. Роль современных демографических тенденций в совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения / О. Ю. Александрова, С. М. Смбатян, Т. П. Васильева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 1. – С. 5-11.

253. Романова, Т. Е. Опыт реализации программы наставничества в Нижегородской области / Т. Е. Романова, С. С. Карпова, О. А. Доцанникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23, № S1. – С. 6-10. – DOI 10.15829/1728-8800-2024-4031.

254. Рукавицына, Е. А. Профессиональная ориентация молодежи: теория, история, практика / Е. А. Рукавицына, О. Ю. Колпецкая, М. В. Холодова // Образование и право. – 2021. – №1. – С. 189-194.

255. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии, 2 изд. испр. и доп. / А. А. Баранов, Е. И. Алексеева, Е. В. Антонова [и др.] // Под ред. А.А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа; 2009. – 592 с. – ISBN 978-5-9704-1018-9.

256. Русских, Т. Н. Семантический анализ отзывов пациентов для обеспечения поддержки принятия решений на рынке медицинских услуг / Т. Н. Русских, В. И. Тинякова, Д. В. Кухарец // Креативная экономика. – 2024. – Т. 18, № 2. – С. 455-474.

257. Рынок медицинских услуг: современное состояние и перспективы развития в условиях санкций / А. Р. Давыдович, С. В. Гриненко, А. С. Карамова,

О. П. Фесенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 740-745.

258. Савостьянов, А. И. Подростковый алкоголизм: двойная опасность / А. И. Савостьянов // Педагогическая наука и практика. – 2018. – №2 (20). – С. 105-110.

259. Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения. Санитарно-эпидемиологические правила и нормы СанПиН 2.3/2.4.3590-20 [Электронный ресурс]: Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27 октября 2020 г. № 32.– URL: <https://base.garant.ru/74891586/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения: 20.01.2024).

260. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи. Санитарные правила СП 2.4.3648-20 [Электронный ресурс]: Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 г. № 28. URL: <https://base.garant.ru/75093644/> (дата обращения: 20.01.2024).

261. Сборник Росстата «Здравоохранение в России-2023» [Электронный ресурс]. – 2023. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 20.01.2024).

262. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2024625566 Российская Федерация. «Датасет для определения социально-гигиенических характеристик и состояния культуры здоровья профессионально-ориентированных к медицине школьников» № 2024625336: заявл.18.05.2024: опубл. 28.10.2024 / Н. В. Бирюкова, А. Г. Овсянников, О. А. Филимонова.

263. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 31.07.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.10.2023) [Электронный ресурс]: Принят Государственной Думой 8 декабря 1995 г. – URL:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (дата обращения: 20.01.2024).

264. Сетко, Н. П. Функциональное состояние и адаптационные возможности организма подростков в условиях реформирования образования / Н. П. Сетко, Е. А. Володина, Е. Ю. Суетнова // Вестник Оренбургского государственного университета. – Оренбург, 2005. – № 11. – С. 72–76.

265. Система статистических показателей, характеризующих ход выполнения мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства [Электронный ресурс]. – 2022. – URL: https://10let.edu.gov.ru/uploads/documents/normativnye_aktы/rasporjazhenie_pravitel-stva_rossijskoj_federatsii_ot_11_nojabrja_2022_g._-_3427-r.pdf (дата обращения: 20.01.2024).

266. Скворцова, П. О. Здоровый образ жизни: нормы питания, физических нагрузок и сна / П. О. Скворцова, Н. В. Бирюкова. – Текст: непосредственный // Естественно-научные и гуманитарные исследования: теоретические и практические аспекты : Материалы XXXI Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 18 мая 2021 года. – Ростов-на-Дону: ООО «Издательство ВВМ», 2021. – С. 80-82.

267. Скоромец, В. М. Анализ психоэмоционального состояния подростков и разработка памятки для его поддержания / В. М. Скоромец, Н. В. Бирюкова. – Текст: непосредственный // Научные исследования 2022 : Сборник статей Международной научно-практической конференции. В 2-х частях, Пенза, 23 мая 2022 года. Том Часть 1. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2022. – С. 121-125.

268. Снегирева, Ю. Ю. Проблемы обучения и практической подготовки в ординатуре по направлению «Организация здравоохранения и общественное здоровье» / Ю. Ю. Снегирева // Труд и социальные отношения. – 2021. – Т. 32, № 3. – С. 41-52.

269. Соболев, К. Э. Совершенствование методических подходов к планированию объемов специализированной медицинской помощи на уровне регионального здравоохранения / К. Э. Соболев, М. В. Пирогов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2023. – № 4(45). – С. 26-32.

270. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов здравоохранения (обзор) / Р. А. Хальфин, С. А. Орлов, В. В. Мадьянова [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – №3-4. – С. 3-12.

271. Сорокина, И. А. К вопросу о методологии формирования культуры здорового образа жизни / И. А. Сорокина, А. Ф. Чернявский. – Текст : непосредственный // Проблемы сущности человека и типа личности: Материалы IV Региональной научно-практической конференции. – Челябинск. – 2004. – С. 63-68.

272. Состояние психического здоровья старшеклассников в условиях цифровой трансформации образования (пилотное исследование) / В. В. Чубаровский, И. К. Рапопорт, С. Б. Соколова, Н. В. Бирюкова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2023. – № 2. – С. 33-49.

273. Социально-психологические риски и здоровье подростков / Т. В. Свиридова, А. П. Фисенко, С. Б. Лазуренко, С. Р. Конова, О. В. Комарова, В. В. Хитрюк // Российский педиатрический журнал. – 2023. – 26(5). – С. 337- 346.

274. Социальные, демографические и профессиональные характеристики врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых государственного и частного секторов здравоохранения / А. В. Волнухин, Т. Е. Морозова, Г. П. Сквирская [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 155-161.

275. Старикова, Е. М. Здоровьесохраняющая направленность в обучении физике студентов вузов в условиях эргономического подхода / Е. М. Старикова

// Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2009. – № 2. – С. 172–182.

276. Старшинина, И. В. Феномен подростковой тревожности / И. В. Старшинина // Преподаватель XXI век. – 2007. – № 1. – С. 183–187.

277. Стратегия комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года [Электронный ресурс]. – 2023. – URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&prevDoc=606127871&backlink=1&&nd=605443875> (дата обращения: 20.01.2024).

278. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации до 2025 года. Указ Президента Российской Федерации от 06.06. 2019 N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». – URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (дата обращения: 20.03.2024).

279. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. [Электронный ресурс]. – 2012. – URL: <http://static.government.ru/media/files/U7XwGooJUSUFRVUMJKC9I7FKqDMwGEgE.pdf> (дата обращения: 20.03.2024).

280. Сухарев, А. Г. Роль образовательной организации в формировании у учащихся мотивации к здоровью и здоровому образу жизни / А. Г. Сухарев, В. В. Стан, Л. Ф. Игнатова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2016. – № 2. – С. 32-35.

281. Таран, А. А. Современное качество жизни в мегаполисе и методы борьбы с ухудшением экологии / А. А. Таран, Н. В. Бирюкова. – Текст : непосредственный // Научная дискуссия современной молодёжи: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник статей XI Международной научно-практической конференции, Пенза, 17 марта 2020 года / Отв. ред. Гуляев Герман Юрьевич. – Пенза: «Наука и Просвещение» (ИП Гуляев Г.Ю.), 2020. – С. 97-102.

282. Терещук, А. И. Зарубежный опыт профильной подготовки старшеклассников / А. И. Терещук // Наукові записки Тернопільського

національного педагогічного університету. Серія: педагогіка. – 2012. – №3. – С. 144-149.

283. Терлецкая, Р. Н. Состояние здоровья российских подростков / Р. Н. Терлецкая, Е. В. Антонова, И. В. Винярская // Российский педиатрический журнал. – 2023. – 26(5). – С. 327-336.

284. Тимурзиева, А. Б. Стандартизация в системе здравоохранения и взаимодействие участников лечебно-диагностического процесса (обзор литературы) / А. Б. Тимурзиева, А. Л. Линденбратен // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. – Т. 68, № 2. – С. 95-101.

285. Токарев, А. Ю. Формы и методы формирования здорового образа жизни у подростков. Развитие современного образования в контексте педагогической (образовательной) компетенциологии / А. Ю. Токарев. – Текст : непосредственный // Материалы IV Всероссийской научной конференции с международным участием. – Чебоксары: Издательский дом «Среда». – 2024. – С. 201-203.

286. Трапезникова, И. В. Функционирование специализированных классов медицинской направленности на базе общеобразовательных организаций Белгородской области / И. В. Трапезникова, И. С. Рощупкина // Вестник Белгородского института развития образования. – 2022. – Т. 9. – № 1(23). – С. 87-97.

287. Третьякова, Н. В. Охрана здоровья детей: нормативно-правовые основания / Н. В. Третьякова. – Текст : непосредственный // 30 лет Конвенции о правах ребенка: современные вызовы и пути решения проблем в сфере защиты прав детей : сборник материалов Международной научно-практической конференции, Екатеринбург, 17 ноября 2020 года. – Екатеринбург: Российский государственный профессионально-педагогический университет, 2020. – С. 108-112.

288. Трещева, О. Л. Формирование культуры здоровья личности в образовательной системе физического воспитания : автореферат дис. ... доктора

педагогических наук : 13.00.04 / Трещева Ольга Львовна; Сиб. гос. ун-т физ. культуры и спорта. – Омск, 2003. – 466 с.

289. Труд и здоровье медицинских работников / М. В. Аленицкая, П. Ф. Кику, Е. В. Дубель, Т. Н. Унгурияну. – Владивосток: Дальневосточный федеральный университет, 2023. – 250 с.

290. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 30.01.2024) [Электронный ресурс]: Принят Государственной Думой 21 декабря 2001 года. Одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 года. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 20.03.2024).

291. Трудовые стратегии выпускников медицинских образовательных учреждений: прогнозируемые риски медицинской отрасли / И. С. Шаповалова, С. В. Хашаева, Е. А. Чернышева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S1. – С. 774-783.

292. Труфанова, Н. Л. Медико-социальная характеристика здоровья врачей как основа профилактических и оздоровительных мероприятий (на примере Новосибирской областной клинической больницы) / Н. Л. Труфанова, Е. Л. Потеряева // Медицина труда и промышленная экология. – 2018. – № 4. – С. 28-32.

293. Тюков, Ю. А. Профессиональные ожидания выпускников медицинского университета в решении вопросов кадрового обеспечения системы здравоохранения / Ю. А. Тюков, Е. С. Матвеева, А. М. Березина // Уральский медицинский журнал. – 2021. – № 20(4). – С. 67–72.

294. Тюнина, О. И. Опыт преподавания физиологии в педуниверсарии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко / О. И. Тюнина, Е. В. Дорохов, О. А. Япрынцева // Известия Воронежского государственного педагогического университета. – 2021. – № 2(291). – С. 103-106. – DOI 10.47438/2309-7078_2021_2_103

295. Указ Президента Российской Федерации «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до

2036 года» от 7 мая 2024 г. № 309. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408892634/> (дата обращения: 20.04.2024).

296. Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». – URL : <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705290022?pageSize=10&index=1> (дата обращения: 20.04.2024).

297. Уланова, Н. Н. Особенности здоровьесберегающего поведения и приверженности лечению у врачей на разных этапах профессионального становления / Н. Н. Уланова, Н. В. Яковлева // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – №23 (1). – С. 102-108.

298. Управление кадровыми ресурсами частной медицинской организации / Ю. Ю. Снегирева, П. И. Ананченкова, Л. Д. Гурцкой [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S2. – С. 1257-1262.

299. Устав ВОЗ. [Электронный ресурс]. – URL : <https://www.who.int/ru/about/accountability/governance/constitution> (дата обращения: 20.04.2024).

300. Факторы, влияющие на выбор абитуриентом образовательной организации высшего медицинского образования / К. Р. Амлаев, И. Б. Шикина, С. М. Койчуева, А.А. Хрипунова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №2. – С. 223-238.

301. Фалей, М. В. Сквозная образовательная траектория в теории и практике предпрофессионального образования / М. В. Фалей // Актуальные вопросы современного общества, науки и образования. – Пенза : Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2024. – С. 78-88.

302. Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»

/ «Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16). – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/?ysclid=lwbv8663j391286952>. (дата обращения: 20.04.2024).

303. Федоров, В. А. Концептуальные основы здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций в контексте теории управления качеством / В. А. Федоров, Н. В. Третьякова // Образование и наука. – 2023. – Т. 25, № 2. – С. 15-45.

304. Фетисов, А. С. Специфика девиантного поведения студенческой молодежи / А. С. Фетисов, Н. В. Бирюкова, Н. М. Молодожникова. – Текст : непосредственный // Психология XXI века: вызовы, поиски, векторы развития : Сборник материалов IV Международного симпозиума психологов. В 3-х частях, Рязань, 07 – 08 августа 2022 года / Под общей редакцией Т.П. Скрипкиной, С.Н. Сорокоумовой. Том Часть III. – Рязань: Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, 2022. – С. 248-251.

305. Фетисов, А. С. Формирование здоровьесбережения у подростков с девиантным поведением / А. С. Фетисов, Н. В. Бирюкова, Н. М. Молодожникова. – Текст : непосредственный // Психология XXI века: вызовы, поиски, векторы развития : Сборник материалов III Всероссийского симпозиума психологов с международным участием, посвященного 30-летию со дня образования психологического факультета Академии ФСИН России, Рязань, 08–09 апреля 2021 года. Том Часть III. – Рязань: Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, 2022. – С. 249-252.

306. Физиолого-гигиеническая оценка использования в старшей школе технологий виртуальной реальности / В. Р. Кучма, Е. Д. Лапонова, О. В. Платонов, А. С. Седова, А. Ю. Макарова, Бирюкова Н. В [и др.] // Гигиена и санитария. – 2024. – Т. 103, № 5. – С. 468-476. – DOI 10.47470/0016-9900-2024-103-5-468-476.

307. Физиолого-гигиеническая оценка организации профильной подготовки старшеклассников / В. Р. Кучма, Е. Д. Лапонова, О. В. Платонов, Н. В. Бирюкова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2024. – Т. 103, № 10. – С. 1198-1206. – <https://doi.org/10.47470/0016-9900-2024-103-10-1198-1206>

308. Филатова, Л. О. Профильное обучение в зарубежных странах / Л. О. Филатова // Пространство экономики. – 2005. – №1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilnoe-obuchenie-v-zarubezhnyh-stranah> (дата обращения: 02.05.2024).

309. Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА). – URL : <https://www.un.org/ru/ecosoc/unfra> (дата обращения: 20.04.2024).

310. Хальфин, Р. А. Профессиональное выгорание медицинских работников: актуальный вопрос управления системой здравоохранения / Р. А. Хальфин, П. С. Смольникова, А. С. Столкова // Национальное здравоохранение. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 40-46.

311. Хомяков, К. А. Особенности реализации регионального проекта «медицинские классы» через межведомственное взаимодействие образовательных организаций Тюменской области / К. А. Хомяков // Вестник ТОГИРРО. – 2023. – № 2(51). – С. 41-45.

312. Целинский, Б. П. К вопросу о внесении изменений в законодательство Российской Федерации в целях регулирования вопроса, связанного с продажей несовершеннолетним никотиносодержащей продукции и потенциально опасных товаров бытового назначения, содержащих сжиженный углеводородный газ / Б. П. Целинский, А. В. Хмелева, Т. В. Клименко // Вопросы наркологии. – 2022. – № 1(208). – С. 83-86.

313. Ценюга, С. Н. Включение участников образовательного процесса в деятельность, стимулирующую проявление их личной позиции в выборе и реализации безопасного досуга / С. Н. Ценюга, В. Н. Богданкевич, И. Н. Ценюга. – Текст : непосредственный // Современные проблемы общества, науки и

образования: от теории к практике : сборник статей Международной научно-практической конференции, Пенза, 17 января 2024 года. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2024. – С. 82-86.

314. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту. // Федеральная служба статистики. – 2024. – URL : <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 20.04.2024).

315. Чичерин, Л. П. Современные вызовы в области охраны прав, здоровья и жизнесохранения детей России / Л. П. Чичерин, Е. В. Михальская. – Текст : непосредственный // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : мат. Всеросс. науч.-практ. конф., посвященной 100-летию Иркутского государственного медицинского университета (1919–2019) / Под общей редакцией Г.М. Гайдарова. Том 1. – Иркутск : Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2019. – С. 367-373.

316. Чичерин, Л. П. Тенденции психического здоровья детей и подростков России / Л. П. Чичерин, В. О. Щепин, А. А. Загоруйченко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. – №68(2). – С. 123-130.

317. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит кадров/ И. М. Шейман, С. В. Сажина // Мир России. – 2018. –Т. 27. – № 3. – С. 130-153.

318. Шепелева, О. М. Специальность «медико-профилактическое дело» — от абитуриента до специалиста / О. М. Шепелева, Е. С. Герасимова, М. И. Чурилин // Российский вестник гигиены. – 2024. – №1. – С. 31-36. DOI: 10.24075/rbh.2024.090

319. Шиган, Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социальногигиенических исследованиях / Е. Н. Шиган. – М. : Медицина, 1986. – 208с.

320. Шовкун, В. А. Основы формирования здорового образа жизни у детей - педиатрический аспект / В. А. Шовкун, О. В. Лутовина // Национальное здоровье. – 2023. – № 3. – С. 71-77.

321. Шпрангер, Э. Психология юношеского возраста / Э. Шпрангер // Педология юности. – М.-Л. : Литература, 1931. – 453 с.

322. Шульцева, Т. В. Цели и содержание профильного обучения в общеобразовательной школе Франции / Т. В. Шульцева // Вестник НовГУ. – 2007. – №40. – сайт. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/tseli-i-soderzhanie-profilnogo-obucheniya-v-obscheobrazovatelnoy-shkole-frantsii> (дата обращения: 02.05.2024).

323. Шустова, С. А. О причинах ожирения у детей / С. А. Шустова, Т. А. Мирошкина, Л. Ю. Шугай. – Текст : непосредственный // Наука, образование, инновации: гуманитарные, естественно-научные и технические решения современности : Материалы XXIII Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 10 февраля 2020 года. – Ростов-на-Дону: Южный университет (ИУБиП), 2020. – С. 100-103.

324. Щербакова, Е. Возрастные границы отрочества и юности не жестки / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2012. – № 509-510 (1 мая). – URL : <https://www.demoscope.ru/weekly/2012/0509/barom01.php> (дата обращения: 02.05.2024).

325. Эльконин, Д. Б. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. – М. : Педагогика, 1989. – 560 с.

326. Эмануэль, Т. С. Методические рекомендации «Воспитание культуры здоровья у учащихся». [Электронный ресурс]. – URL : <http://emanuelt.ru/wp-content/uploads/2015/01/KZ.pdf> (дата обращения: 02.05.2024).

327. Эффективность вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний и рака шейки матки в Московской области / В. И. Краснопольский, Л. С. Логотова, Н. В. Зароченцева, Ю. М. Белая [и др.] // Альманах клин. медицины. – 2015. – № 37. – С. 105-110.

328. Юрьев, В. К. Физическое развитие детей Чеченской Республики по результатам профилактических медицинских осмотров / В. К. Юрьев, К. С. Межидов, К. Е. Моисеева // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2023. – № 69(6). – С. 10. – DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-6-10.

329. A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. – 2024. – URL : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376323/9789289060929-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (accessed: 02.05.2024).

330. A model for collaborative laboratory experiences between higher education and a high school technical preparation program: promoting higher education, mentoring, and research / R. Otterstetter, S. Buser, R. Kappler, K. Herold // Adv Physiol Educ. – 2011 Dec. – Vol. 35(4). – P. 460-3. – doi: 10.1152/advan.00103.2010. PMID: 22139787.

331. A systematic review of reviews: recruitment and retention of rural family physicians. / S. Asghari, M. C. Kirkland, J. Blackmore, S. Boyd, A. Farrell, J. Rourke [et al.] // Canadian Journal of Rural Medicine. – 2020. – Vol. 25(1). – P. 20-30. – DOI link, PMid:31854339.

332. After-School Program for urban youth: Evaluation of a health careers course in New York City high schools / L. Holden, W. Berger, R. Zingarelli, E. Siegel // Inf Serv Use. – 2015. – Vol. 35(1-2). – P. 141-160. doi: 10.3233/ISU-150773. PMID: 26316659; PMCID: PMC4548976.

333. An innovative near-peer mentoring model for undergraduate and secondary students: STEM focus. Innovative Higher Education / L. S. Tenenbaum, M. K. Anderson, M. Jett, D. L. Yourick. – 2014. – Vol. 39(5). – P. 375-385. DOI link

334. Ardic, A. The effectiveness of the COPE healthy lifestyles TEEN program: a school-based intervention in middle school adolescents with 12-month follow-up / A. Ardic, S. Erdogan // J Adv Nurs. – 2017. – Vol.73(6). – P. 1377–89.

335. Association between precocious puberty and obesity risk in children: a systematic review and meta-analysis / Y. Song, Y. Kong, X. Xie, Y. Wang, N. Wang // *Front Pediatr.* – 2023 Aug 11. – Vol.11. – P. 1226933. – doi: 10.3389/fped.2023.1226933.

336. Association of the personal factors of culture, attitude and motivation with health behavior among adolescents in Malaysia / S. R. Hamzah, T. Suandi, M. Ismail, Z. Muda // *International Journal of Adolescence and Youth.* – 2018. – Vol.24(2). – P. 149–159. – <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1482772> (accessed: 02.05.2024).

337. Associations between GoSmart Channel, health literacy and health behaviours in adolescents: A population-based study / J. Huang, S. C. Chan, V.M.W. Keung, C.K.M. Cheung, [et al.] // *Health Expect.* – 2023 Oct 26. – Vol.27(1). – P. e13894. doi: 10.1111/hex.13894. Epub ahead of print. PMID: 37885311; PMCID: PMC10726208.

338. Asuka, E. Mentoring in Medicine: A Retrospective Study / E. Asuka, C. Halari, M. Halari // *American Scientific Research Journal for Engineering, Technology, and Sciences.* – 2016. – Vol. 19. – P. 42-52.

339. Baloğlu, M. A descriptive study of individual and cross-cultural differences in statistics anxiety / M. Baloğlu, E. Deniz, S. Kesici // *Learning and Individual Differences*, 2011. – №11. – P. 387-391 – URL : <https://www.sci-hub.ru/10.1016/j.lindif.2011.03.003?ysclid=m30ftm0dzt298622428> (accessed: 02.05.2024).

340. Behavioral risk factors of chronic heart failure Chapter 3 Pathophysiology, Risk Factors, and Management of Chronic Heart Failure / B. Ram Singh, Tomko Komatsu, Masaichi-Changil Lee, Shaw Watanabe, [et al.]. – Academic Press, 2024. – P. 41-52. ISBN 9780128229729, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822972-9.00007-9>.

341. Biryukov, A. A. Evolution of ethical and deontological principles in the practice of medical workers based on priest-doctors life experience / A. A. Biryukov,

N. V. Biryukova, O. V. Nesterova // *European Journal of Science and Theology*. – 2020. – Vol.16. – №6. – С. 121-129.

342. Bulimia symptoms and anger and aggression among adolescents / R. Koposov, A. Stickley, D. Sukhodolsky, V. Ruchkin // *BMC Public Health*. – 2023 May 5. – Vol.23(1). – P. 833. – doi: 10.1186/s12889-023-15664-1.

343. By, John Fink. Rethinking Dual Enrollment as an Equitable On-Ramp to a Career-Path College Degree Program After High School / By John Fink, Davis Jenkins. – 2023. – <https://ccrc.tc.columbia.edu/publications/revamping-dual-enrollment-equitable-college-degree-paths.html>

344. Child mortality and COVID-19 // [Electronic resource]. – 2023. – URL : <https://data.unicef.org/topic/child-survival/covid-19/>

345. Chovatiya, R. Inpatient morbidity and mortality of measles in the United States / R. Chovatiya, J. I. Silverberg // *PLoS ONE* – 2020. – Vol.15(4). – P. e0231329. – <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231329>].

346. Consortium Health Literacy Project European (HLS-EU). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models / K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle // *BMC Public Health*. 2012 Jan 25. – Vol. 12. – P. 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80. PMID: 22276600; PMCID: PMC3292515.

347. Depressive symptoms and anger and aggression in Russian adolescents / V. Ruchkin, A. Stickley, R. Koposov, D. G. Sukhodolsky, J. Isaksson // *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. – 2023. – Nov 16. – Vol. 17(1). – P. 130. – doi: 10.1186/s13034-023-00677-w.

348. Diet and Lifestyle Guidelines for Immunomodulation with Reference to Corona Virus Pandemic: A Scientific Statement of the International College of Nutrition / B. Ram Singh, Lekh Juneja, D. W. Wilson, N. V. Biryukova, [et al.]. // *World Heart Journal*. – 2021. – Vol.13. – I.4. – pp. 500-517.

349. Diphtheria – Guinea. – 2023. – URL: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON492>. (accessed: 02.05.2024).

350. Drowning prevention: turning the tide on a leading killer Author links open overlay panel / R. David, M. D. Meddings, M. B. A. Justin-Paul Scarr, M.P.H. Kelly Larson, [et al.] // *The Lancet Public Health* Volume 6, Issue 9, September 2021, Pages e692-e695

351. Early Foundation: Lifestyle Medicine Pre-Professional Education (LMPP) Member Interest Group / Gia Merlo, Michelle Tollefson, Marie Dacey, Thomas Lenz, [et al.] // *American Journal of Lifestyle Medicine* – 2020. – Vol.14(5). – P. 474-482.

352. Early Onset Scoliosis and Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Review of the Literature and Correlations With Pulmonary Dysfunction / E. K. Mbamalu, J. Hyacinthe, A. Hui, [et al.] // *Cureus*. – 2023. – Nov. – Vol. 15(11). – P. e48900. DOI: 10.7759/cureus.48900. PMID: 38111427; PMCID: PMC10726067.

353. Economic and Social Trends for Sustainability of Modern Society (ICEST-II 2021). Trends And Prospects For The Development Of Healthcare In Modern Conditions / E. R. Shaybakova, E. F. Mukhamadieva, D. R. Rakhmatullina, I. V. Kovalev, [et al.] // *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. 2021. – Vol. – 116. – P. 888-897. European Publisher. – <https://doi.org/10.15405/epsbs.2021.09.02.100>

354. Effect of a health education program on reduction of pediculosis in school girls at Amphoe Muang, Khon Kaen Province, Thailand / M. Yingklang, C. Sengthong, O. Haonon, R. Dangtakot, [et al.] // *PLoS ONE*. – 2018. – Vol.13(6). – P. e0198599. – <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198599>

355. Ethical Aspects in Medical Practice: Investigation of Ethical Dilemmas and Principles Related to Medical Practice / D. Ibragimov, M. Soboleva, Yu. Dmitrievna Dementyeva [et al.] // *Journal of Complementary Medicine Research*. – 2023. – Vol. 14, No. 3. – P. 111. – DOI 10.5455/jcmr.2023.14.03.20.

356. Experiences and lessons learned from 29 HPV vaccination programs implemented in 19 low and middle-income countries, 2009-2014 / J. Ladner, M. H. Besson, E. Audureau, [et al.] // *BMC Health Serv Res* 16, 575 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1824-5>].

357. Filimonova, O. A. Probability calibration with fuzzy set theory to improve early cancer detection / O. A. Filimonova, A. G. Ovsyannikov, N. V. Biryukova // *Doklady Mathematics*. – 2023. – Vol. 108. – № S2. – C. S179-S185.

358. From Advocacy to Action in Global Adolescent Health / G. C. Patton, S. M. Sawyer, D. A. Ross, R. M. Viner // *J. Adolesc Health*. – 2016 Oct. – Vol.59(4). – P. 375-7. – doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.08.002

359. Gambaryan, M. G. Impact of National Tobacco Control Policy on Rates of Hospital Admission for Pneumonia: When Compliance Matters / M. G. Gambaryan, A. V. Kontsevaya, O. M. Drapkina // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2023. – Vol. 20, No. 10. – P. 5893.

360. Garro Linda, C. Cultural Meaning, Explanations of Illness, and the Development of Comparative Frameworks / C. Garro Linda // *Ethnology*. 2000. – Vol. 39. – #. 4 (2000). – P. 305-334. <https://doi.org/10.2307/3774049>.

361. General information about education in Norway/ – URL : – <https://www.nokut.no/en/norwegian-education/general-information-about-education-in-norway/> (accessed: 02.05.2024).

362. Gibbons, F. Social-psychological theories and adolescent health risk behavior / F. Gibbons, J. Kingsbury, M. Gerrard // *Social and Personality Psychology Compass*. – 2012. – Vol. 6(2). – P. 170-183. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00412.x>

363. Gifford, R. Personal and social factors that influence pro-environmental concern and behaviour: A review / R. Gifford, A. Nilsson // *International Journal of Psychology*. 2014. – Vol. 49 (3). – P. 141–157.

364. Gopalkrishnan, N. Cultural diversity and mental health: Considerations for policy and practice / N. Gopalkrishnan // *Frontiers in public health*. – 2018 Jun 19. – Vol. 6. – P. 308538.

365. Gramatges, M. M. The adolescent and young adult with cancer: state of the art acute leukemias / M. M. Gramatges, K. R. Rabin // *Curr Oncol Rep*. – 2013 Aug. – Vol.15(4). – P. 317-24. – doi: 10.1007/s11912-013-0325-5. PMID: 23757222; PMCID: PMC3758222

366. Hail, L. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges / L. Hail, D. Le Grange // *Adolesc Health Med Ther*. – 2018 Jan 4. – Vol.9. – P. 11-16. – doi: 10.2147/AHMT.S135326

367. Heath, I. I. Illness and culture in the postmodern Age / I. I. Heath // *BMJ*. – 2000 Jan 8. – Vol. 320(7227). – P. 125A. PMID: 10625283; PMCID: PMC1117378.

368. Helman, Cecil. Culture, health and illness / Cecil Helman. – CRC press, 2007. – P. 620.

369. Herrick, C. The 'health workforce crisis' and 'the medical manpower problem': New term, old problems / C. Herrick // *Health Place*. – 2023 – Nov. – Vol. 84. – P. 103132. – doi: 10.1016/j.healthplace.2023.103132. Epub 2023 Oct 20. PMID: 37866113

370. Historical aspects and features of deontology in preventive medicine / N. V. Biryukova, A. S. Kharina, N. V. Nesterova, V. V. Malakhovskiy // *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*. – 2021. – Vol.11. №3. – C. 77-82.

371. Hospital-based, Multidisciplinary, youth mentoring and medical exposure program positively influences and reinforces health care career choice: «The Reach One Each One Program early Experience» / O. K. Danner, C. Lokko, F. Mobley, M. Dansby, [et al.] // *Am J Surg*. – 2017 Apr. – Vol. 213(4). – P. 611-616. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.12.002. Epub 2016 Dec 14. PMID: 28040097.

372. How socioeconomic circumstances, school achievement and reserve capacity in adolescence predict adult education level: a three-generation study in

Finland / P. Acacio-Claro, D. Doku, L. Koivusilta, A. Rimpelä // *Int J Adolesc Youth*. 2018. – Vol. 23(3). – P. 382–397. doi: 10.1080/02673843.2017.1389759

373. Illness and injury among children attending summer camp in the United States, 2005 / E. E. Yard, M. M. Scanlin, L. E. Erceg, G. M. Powell, [et al.] // *Pediatrics*. – 2006. – Nov. – Vol.118(5). – P. e1342-9. – doi: 10.1542/peds.2006-0834. PMID: 17079535

374. Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally: A Standards-Driven Approach / M. Nair, V. Baltag, K. Bose, C. Boschi-Pinto, [et al.] // *J Adolesc Health*. – 2015 Sep. – Vol.57(3). – P. 288-98. – doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.05.011. PMID: 26299556; PMCID: PMC4540599.

375. Interventions in outside-school hours childcare settings for promoting physical activity amongst schoolchildren aged 4 to 12 years / R. Virgara, A. Phillips, L.K. Lewis, [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2021 Sep 27. – Vol.9(9). – P. CD013380. – doi: 10.1002/14651858.CD013380.pub2

376. Jiangsu Education Newspaper, – URL : <http://epaper.jsenews.com/Article/index/aid/5300148.html> (accessed: 02.05.2024).

377. Kang, G. J. Facilitators and barriers of parental attitudes and beliefs toward school-located influenza vaccination in the United States: Systematic review / G. J. Kang, R. K. Culp, K. M. Abbas// *Vaccine*. – 2017 Apr 11. – Vol. 35(16). – P. 1987-1995. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.03.014.

378. Khalajtsan, A. P. Culture of health of a person as a part of physical culture / A. P. Khalajtsan // *Pedagogics, Psychology, Medical-Biological Problems of Physical Training and Sports*. 2014. – Vol. 3. – DOI:10.6084/m9.figshare.938185

379. Kuntz, B. How healthy is the lifestyle of adolescents in Germany? *Gesundheitswesen* / B. Kuntz, T. Lampert // *Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)*. – 2013 Feb. – Vol.75(2). – P. 67-76. DOI: 10.1055/s-0032-1311620. PMID: 22664796.

380. Lehmann, A. The variation in age at menarche: An indicator of historic developmental tempo / A. Lehmann, C. Scheffler, M. Hermanussen // *Anthropologischer Anzeiger*. – 2010. – Vol.68. – P. 85-99.

381. Ma, Y. Secondary Education (Middle School) in China / Y. Ma // *Education in China and the World: Achievements and Contemporary Issues*. – Singapore : Springer Nature Singapore, 2024. – P. 89-127.

382. Marques, P. Menstrual cycle among adolescents: girls' awareness and influence of age at menarche and overweight / P. Marques, T. Madeira, A. Gama // *Rev Paul Pediatr*. – 2022. – Vol.40. – P. e2020494

383. Marsh, K. M. Firearm-Related Violence in the Pediatric Population / K. M. Marsh, F. Scott-Wellington // *Pediatr Ann*. – 2024 Jan. – Vol.53(1). – P. e28-e33. – doi: 10.3928/19382359-20231114-02. Epub 2024 Jan 1. PMID: 38194661.

384. Martinez, G. M. Trends and patterns in menarche in the United States: 1995 through 2013–2017 / G. M. Martinez // *National Health Statistics Reports*. – 2020 Sep 10 – URL : <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr146-508.pdf>. opens in new tab.

385. Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children study / C. Roberts, C. E. Currie, O. Samdal, D. Currie, R. Smith, L. Maes // *Journal of Public Health*. – 2007. – Nov 15. – P. 179-186.

386. Medical student service learning program teaches secondary students about career opportunities in health and medical fields / K. Karpa, K. Vakharia, C. A. Caruso, C. Vechery, [et al.] // *Adv Physiol Educ*. – 2015 Dec. – Vol. 39(4). – P. 315-9. – doi: 10.1152/advan.00124.2015. PMID: 26628654

387. Milutinović, Dragana & Vida, Željana & Arandžević, Branimirka & Smuđa, Mirjana & Živković, Dragana. Measuring adolescents' health literacy // *Sestrinska rec*. – 2023. – Vol. 26. – P. 4-11. 10.5937/sestRec2387004M.

388. National, regional, and global causes of mortality in 5-19-year-olds from 2000 to 2019: a systematic analysis / L. Liu, F. Villavicencio, D. Yeung, J. Perin, [et

al.] // *Lancet Glob Health*. – 2022 Mar. – Vol.10(3). – P. e337-e347. – doi: 10.1016/S2214-109X(21)00566-0. PMID: 35180417; PMCID: PMC8864304

389. Nutritional factors in the pathogenesis of heart failure: a review. Chapter 4 Pathophysiology, Risk Factors, and Management of Chronic Heart Failure / B. Ram Singh, Sarah O. Nwozo, Solomon Owumi, Narsingh Verma, [et al.]. – Academic Press, 2024. – P. 53-63. ISBN 9780128229729. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822972-9.00012-2>.

390. OECD, «The Dutch education system», in Netherlands 2016: Foundations for the Future, OECD Publishing, Paris, 2016 – URL : <https://doi.org/10.1787/9789264257658-4-en>.

391. One in six school-aged children experiences cyberbullying, finds new WHO/Europe study/ – <https://www.who.int/europe/news/item/27-03-2024-one-in-six-school-aged-children-experiences-cyberbullying--finds-new-who-europe-study> (accessed: 02.05.2024).

392. Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent, and European American families / B. K. Biggs, T. M. Luis, J. J. Sanchez-Sosa, R. E. Varela // *J Anxiety Disord*. – 2009 Jun. – Vol. 23(5). – P. 609-16. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.01.012. Epub 2009 Jan 29. PMID: 19264444.

393. Post-TB health and wellbeing / R. Nightingale, F. Carlin, J. Meghji, K. McMullen, [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis*. – 2023 Apr 1. – Vol.27(4). – P. 248-283. – doi: 10.5588/ijtld.22.0514. PMID: 37035971; PMCID: PMC10094053

394. Predictive ability of waist-to-height in relation to adiposity in children is not improved with age and sex-specific values / R. W. Taylor, S. M. Williams, A. M. Grant, [et al.] // *J. Obes*. – 2011. – Vol.19(5). – P.1062–8.

395. Premed Projects. Medicine work experience in hospitals; perfect for aspiring doctors aged 14-18. – URL : <https://www.premedprojects.co.uk/> (accessed: 02.05.2024).

396. Prevalence of adolescent idiopathic scoliosis in Turkey: an epidemiological study / H. Yilmaz, C. Zateri, A. K. Ozkan, [et al.] // *Spine J.* – 2020. – Vol. 20. – No. 6. – P. 947-955.

397. Prevalence of depression & assessment of risk factors among school going adolescents / A. Vashisht, N. A. Gadi, J. Singh, M. Puryakastha, R. Pathak, P. Mishra // *Ind J Comm Health.* – 2014 – №26 (2). – P. 196-199.

398. Promoting physical activity and youth development in schools: the case for near-peer coaches. / C. J. St Pierre, Mitchell, W. Guan, J. M. Sackeck // *Front Public Health.* – 2024 Mar 8. – Vol.12. – P. 1345282. – doi: 10.3389/fpubh.2024.1345282.

399. Ravindranath, Y. Recent advances in pediatric acute lymphoblastic and myeloid leukemia / Y. Ravindranath // *Curr Opin Oncol.* – 2003 Jan. – Vol.15(1). – P. 23-35. – doi: 10.1097/00001622-200301000-00004. PMID: 12490758

400. Recruiting the next generation of rural healthcare practitioners: the impact of an online mentoring program on career and educational goals in rural youth / J. Oshiro, K. Wisener, A. L. Nash, B. Stanley, [et al.] // *Rural and Remote Health.* – 2023. – Vol. 23. – P. 8216. – <https://doi.org/10.22605/RRH8216>.

401. Rizvi, D. S. Health education and global health: Practices, applications, and future research / D. S. Rizvi // *J Educ Health Promot.* – 2022 Aug 25. – Vol.11. – P. 262. – doi: 10.4103/jehp.jehp_218_22.

402. Road map towards a harmonized pan-European surveillance of obesity-related lifestyle behaviours and their determinants in children and adolescents / A. Hebestreit, B. Thumann, M. Wolters, J. Bucksch, [et al.] // *Int J Public Health.* – 2019. – Vol.64(4). – P. 615–23.

403. Road Traffic Injury Prevention Initiatives: A Systematic Review and Metasummary of Effectiveness in Low and Middle Income Countries / C. Staton, J. Vissoci, E. Gong, N. Toomey, [et al.] // *PLoS One.* – 2016 Jan 6. – Vol.11(1). – P. e0144971. – doi: 10.1371/journal.pone.0144971.

404. Role of brain with reference to autonomic nervous system dysfunctions, as predisposing factor of chronic heart failure? Chapter 15 Pathophysiology, Risk

Factors, and Management of Chronic Heart Failure / B. Singh Ram, Krasimira Hristova, Jan Fedacko, Deneva Vaniya, R. K. Agarwal, N. V. Birukova [et al.]. – Academic Press, 2024. – P. 177-185. ISBN 9780128229729. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822972-9.00020-1>

405. Rourke, J. Task Force of the Society of Rural Physicians of Canada. Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada / J. Rourke // Canadian Medical Association Journal. – 2005. – Vol. 172(1). – P. 62-65. DOI link, PMID:15632407.

406. Russell, M. Human papillomavirus vaccination in adolescence / M. Russell, V. Raheja, R. Jaiyesimi // *Perspect Public Health*. – 2013 Nov. – Vol. 133(6). – P. 320-4. doi: 10.1177/1757913913499091.

407. Sallis, J. F. Ecological models of health behavior / J. F. Sallis, N. Owen, E. Fisher // *Health behavior: Theory, research, and practice*. – 2015 Jul 1. – Vol. 5. – P. 43-64.

408. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware, J. K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993. – URL : file:///C:/Users/Inessa/Downloads/WareetalSF-36UserManual_27MB_1993_316pp.pdf (accessed: 02.05.2024).

409. Singh, M. Prevalence and Socio-Demographic Factors Associated with Anemia among Females of Age Group 10-45 Years in a Rural Population of Gurugram, Haryana / M. Singh, M. Kundu, D. Kansal // *Healthline*. – 2023. – Vol. 14, No. 2. – P. 131-136. – DOI 10.51957/healthline_523_2023.

410. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada / J. Inchley, D. Currie, S. Budisavljevic, T. Torsheim, [et al.] // International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – <https://movendi.ngo/wp->

content/uploads/2020/05/WHO-Europe-Spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.pdf (accessed: 02.05.2024).

411. Sustainable care for children with cancer: a Lancet Oncology Commission / R. N. Atun, A. Bhakta, A. L. Denburg, [et al.] // *Lancet Oncol.* – 2020 Apr. – Vol. 21(4). – P. e185-e224. – doi: 10.1016/S1470-2045(20)30022-X. PMID: 32240612

412. Ten threats to global health in 2019. – URL: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>] (accessed: 02.05.2024).

413. The association between adolescents' health and disparities in school career: a longitudinal cohort study / E. Uiters, E. Maurits, M. Droomers, [et al.] // *BMC Public Health.* 2014. – Vol. 14(1). – P. 1104. doi: 10.1186/1471-2458-14-1104

414. The association between water, sanitation and hygiene (WASH) conditions and drowning in Bangladesh / J. Jagnoor, M. Gupta, U.I . Baset K., D. Ryan, [et al.] // *J Water Health.* – 2019. – Vol.17. – P. 172-178.

415. The effects of hypothetical behavioral interventions on the 13-year incidence of overweight/obesity in children and adolescents / C. Börnhorst, I. Pigeot, S. De Henauw, [et al.] // *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2023 Aug 24. – Vol. 20(1). – P. 100. doi: 10.1186/s12966-023-01501-6. PMID: 37620898; PMCID: PMC10463721.

416. The role of social position and depressive symptoms in adolescence for life-course trajectories of education and work: a cohort study / E. Landstedt, A. Brydsten, A. Hammarström, P. Virtanen, Y. B. Almquist // *BMC Public Health.* 2016. – Vol. 16(1). – P. 1–16. doi: 10.1186/s12889-016-3820-4.

417. Tyack, Z. The greatest challenges and solutions to improve children's health and well-being worldwide in the next decade and beyond: Using complex systems and implementation science approaches. *Front. Pediatr* / Z. Tyack. – 2023. – Vol.11. – P. 1128642. – doi: 10.3389/fped.2023.1128642

418. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for idiopathic scoliosis in adolescents: recommendation statement. 2004. – URL :

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/idiopathic-scoliosis-in-adolescents-screening> (accessed: 02.05.2024).

419. Udayakumar, D. Prevalence and Factors Associated With Depression among School Going Adolescents in Bengaluru: A Cross-Sectional Study / D. Udayakumar, B. Nk, L. Livingston // Healthline. – 2023. – Vol. 14, No. 1. – P. 41-47.

420. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022, Online Edition. – 2022. – URL : <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population> (accessed: 02.05.2024).

421. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). Fertility among Young Adolescents at Ages 10-14 Years – A global assessment (ST/ESA/SER.A/453). – 2020. – https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/desa_pd_2017_fertility_among_young_adolescents.pdf (accessed: 02.05.2024).

422. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008. Geneva: World Health Organization; 2011. Report No.: 9241501499

423. Waldhauer, J. Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland / J. Waldhauer, B Kuntz, T. Lampert // Bundesgesundheitsbl. 2018. – Vol. 61. – P. 374-384. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2704-4>

424. Wang, S. Secondary Education (High School) in China / S. Wang, X. Li, S. Shen // Education in China and the World: Achievements and Contemporary Issues. – Singapore : Springer Nature Singapore, 2024. – C. 129-185.

425. WHO Constitution. [Electronic resource]. – URL : <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (accessed: 02.05.2024).

426. WHO Director-General's opening remarks at 5th Global Forum on Human Resources for Health – 3 April 2023. [Electronic resource]. – URL : <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-5th-global-forum-on-human-resources-for-health---3-april-2023>

427. Women, children and adolescents in conflict countries: an assessment of inequalities in intervention coverage and survival / N. Akseer, J. Wright, H. Tasic, K. Everett, [et al.] // *BMJ Glob Health*. – 2020 Jan 26. – Vol.5(1). – P. e002214. – doi: 10.1136/bmjgh-2019-002214

428. World Health Organization: Obesity and overweight. 2024. – URL : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (accessed: 02.05.2024).

ПРИЛОЖЕНИЕ А

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**СТАТС-СЕКРЕТАРЬ –
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

21.08.2024 1/И/2-16072

№ _____

На № _____ от _____

Минздрав России



Вр-3489925

В диссертационный совет при
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М.Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

АКТ

о внедрении результатов научных исследований в деятельность Министерства здравоохранения Российской Федерации

Настоящим актом подтверждаем, что Министерство здравоохранения Российской Федерации учитывает в своей работе отдельные рекомендации докторской диссертации директора Института профильного обучения «Импульс» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России Сеченовский Университет) Бирюковой Натальи Викторовны «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» в рамках решения задач по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 008FAED1036BAE48895ABB2A89F24368BD
Кому выдан: Салагай Олег Олегович
Действителен: с 30.07.2024 до 23.10.2025

О.О. Салагай



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ
АГЕНТСТВО
(ФМБА России)**

Заместитель руководителя

Волоколамское шоссе, д. 30, г. Москва, 123182
Полет, Москва, 123182
тел. 8 (499) 190-33-25, факс 8 (499) 190-07-25
e-mail: fmba@fmba.gov.ru

26.09.2024 № 32-023/1/50

на № _____

В Диссертационный совет при
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский университет)

**Акт внедрения
результатов диссертационной работы Н.В. Бирюковой**

Федеральное медико-биологическое агентство настоящим актом подтверждает, что отдельные результаты диссертационной работы «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» и рекомендации автора, Натальи Викторовны Бирюковой, директора Института профильного обучения «Импульс» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), используются в работе ФМБА России и подведомственных медицинских организаций:

при подготовке и проведении профориентационных мероприятий в школах для формирования у обучающихся старших классов и их родителей осознанного выбора медицинских профессий, и проведении практико-ориентированных открытых уроков, направленных на овладение навыками оказания первой помощи;

при организации и проведении дней открытых дверей и профильных корпоративных мероприятий, посвященных популяризации медицинских профессий (Всемирный день врача, Международный день медицинской сестры и др.), в подведомственных медицинских организациях для профессиональной ориентации молодежи в современной медицине;

при проведении дней открытых дверей и практико-ориентированных лекций в подведомственных образовательных организациях среднего профессионального и высшего образования и научных организациях;

в дополнительной профессиональной программе повышения квалификации медицинских работников и специалистов по управлению персоналом «Корпоративная культура медицинской организации».


И.В. Борисевич



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Красный Путь, 6, г. Омск, 644043
телефон: 23-35-25, факс: (381-2) 25-82-17

minzdrav@minzdrav.omskportal.ru

« ____ » _____ 20__ г. № _____

На № _____

В диссертационный совет
при ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

**Акт
о внедрении результатов докторской диссертации
Бирюковой Натальи Викторовны**

Министерство здравоохранения Омской области информирует о внедрении результатов диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук БИРЮКОВОЙ Натальи Викторовны по теме: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» в деятельности Министерства здравоохранения Омской области при разработке отдельных мероприятий системы здравоохранения Омской области по формированию культуры здоровья среди подростков в виде разработанных Н.В. Бирюковой практических рекомендаций органам управления здравоохранения.

Результаты диссертационной работы Н.В. Бирюковой:

- Разработан по результатам исследования организационно-методический подход для оценивания результатов ежегодного мониторинга по оценке уровня состояния потенциала по формированию культуры здоровья среди подростков, которые обучаются на уровне предпрофессионального медицинского образования.
- Сформулированы рекомендации по использованию интерактивных технологий и веб-платформ для повышения осведомленности о важности развития здорового образа жизни и методах предупреждения факторов, которые могут негативно сказаться на состоянии здоровья. Это предполагает активное привлечение современных цифровых инструментов и онлайн ресурсов для формирования у молодого поколения стойких навыков поддержания и укрепления своего здоровья.

- Показана необходимость разработки инфраструктуры территориальных научно-исследовательских и консультационных учреждений, целью которых является формирование культуры здоровья среди учащихся с профессиональной медицинской направленностью.
- Сформулированы рекомендации по развертыванию и реализации региональной интегрированной подпрограммы для формирования и квалификационного роста медицинских специалистов с упором на «Культуру здоровья у подростков с профессиональной ориентацией».
- Показана необходимость организации серии научных семинаров и дискуссионных панелей на тему технологий развития культуры здоровья среди подростков с профессиональной медицинской направленностью для педиатров первичного звена, школьных врачей-специалистов и медицинских сестер. Эти мероприятия будут направлены на углубление теоретических и практических знаний медицинского персонала о методиках и инструментах воспитания и поддержания здорового образа жизни среди профессионально ориентированной молодежи.
- Получены новые сведения о перспективах организации курсов повышения квалификации для учителей, взаимодействующих с подростками, стремящимися к профессиональной деятельности в сфере медицины, в медицинских организациях с профилактическим акцентом.

Заключение: Использование указанных результатов позволяет совершенствовать организацию работы по здоровьесбережению среди детей и подростков Омской области.

Министр здравоохранения
Омской области



Д.А. Маркелов



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

693020, г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24
тел.: (4242) 671-290 факс: (4242) 438-738
e-mail: zdrav@sakhalin.gov.ru, сайт: <http://minzdrav.sakhalin.gov.ru>

ОКПО: 00095874, ОГРН: 1026500527316, ИНН: 6501024966, КПП: 650101001

19.08.2014 № Укр-3.13-3330/14

На _____ от _____

В диссертационный совет при ФГАОУ
ВО первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России
(Сеченовский Университет)

Акт
о внедрении результатов докторской диссертации
Бирюковой Натальи Викторовны

Настоящим актом подтверждаем, что Министерство здравоохранения Сахалинской области использовало материалы и результаты докторской диссертации Бирюковой Натальи Викторовны на тему: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования», с целью улучшения состояния здоровья школьников и подростков, формирование убеждений и привычек здорового образа жизни, ответственности в деле сохранения собственного здоровья и увеличение количества граждан трудоспособного возраста, ведущих здоровый образ жизни.

Разработанная интегративная модель по формированию культуры здоровья подростков используется для проведения предупредительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и профилактику заболеваний детей и подростков.

Министр
здравоохранения
Сахалинской области

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned between the text of the minister and the name of the official.

В.В. Кузнецов



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
**МИНИСТЕРСТВО
 ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Почтовый адрес: ул.1-ой Конной Армии, 33
 г. Ростов-на-Дону, 344029
 Тел. (863) 242-30-96 факс 223-77-91
 E-mail: minzdrav@donland.ru
 ОКПО 00086585, ОГРН 1026103168904,
 ИНН/КПП 6163049814/616601001

В диссертационный совет при
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ
 им. И.М.Сеченова
 Минздрава России
 (Сеченовский Университет)

20.08.2024 № *22,4-1.10/526*

На № _____ от _____

Акт

о внедрении результатов докторской диссертации
 Бирюковой Натальи Викторовны

Министерство здравоохранения Ростовской области информирует о внедрении отдельных мероприятий по формированию культуры здоровья среди подростков в систему здравоохранения Ростовской области, разработанных в результате диссертационного исследования Бирюковой Натальи Викторовны на соискание ученой степени доктора медицинских наук по теме: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования».

Разработанная интегративная модель по формированию культуры здоровья подростков используется в работе первичного звена здравоохранения Ростовской области по повышению эффективности профилактической работы педиатрической службы.

Заместитель министра

Р.Р. Банацкий



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)

ул. Туркменская, д.6. Волгоград, 400119
Тел. (8442) 30-99-99. Факс (8442) 30-99-96
E-mail: oblzdprav@volganet.ru

№ _____

В диссертационный совет при
ФГАОУ ВО
Первый МГМУ им. И.М.
Сеченова
Минздрава России

(Сеченовский Университет)

Акт

о внедрении результатов диссертационного исследования
Нatalьи Викторовны Бирюковой,
выполненного на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Комитет здравоохранения Волгоградской области, настоящим актом подтверждает, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук Бирюковой Natalьи Викторовны, выполненного на тему «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» используются при проведении мониторинга по оценке уровня состояния потенциала по формированию культуры здоровья среди подростков, обучающихся на уровне предпрофессионального медицинского образования. Особое внимание уделяется использованию интерактивных технологий для повышения осведомленности и важности развития здорового образа жизни.

Материалы диссертации используются при проведении семинаров и дискуссионных панелей для педиатров первичного звена, школьных врачей-специалистов и медицинских сестер, направленных на углубление знаний о методах воспитания и поддержания здорового образа жизни среди профессионально ориентированной молодежи.

Председатель комитета



А.И. Себелев

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Пермская государственная фармацевтическая академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России)
 Юридический адрес: ул. Екатерининская, д.101, г. Пермь, 614990
 Почтовый адрес: ул. Полевая, д.2, г. Пермь, 614990
 Тел/факс (342) 233-55-01; 236-90-50; E-mail: perm@pfa.ru; <http://www.pfa.ru>
 ИНН 5902291011; КПП 590201001; ОГРН 1025900536760

УТВЕРЖДАЮ
 Ректор ФГБОУ ВО ПГФА
 Минздрава России



Лужанин В.Г.

АКТ

о внедрении результатов диссертации директора
 Института профильного обучения «Импульс»
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
 (Сеченовский Университет)
 Бирюковой Натальи Викторовны

Комиссия в составе и.о. проректора по учебно-воспитательной работе д.фарм. наук Турышева А.Ю., зав. учебно-методическим отделом к.фарм.н., Слеповой Н.В. и зам. декана фармацевтического факультета, к.фарм.н. Курицына А.В. подтверждает, что основные научные положения, выводы и рекомендации докторской внедрены в учебный процесс фармацевтического факультета ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России при изучении дисциплин: «Основы фармацевтической этики и деонтологии», «Управление и экономика фармации» читаемым студентам по специальности 33.05.01 – «Фармация».

И.о. проректора по УВР,
 Д.фарм. наук

Турышев А.Ю.

Заведующий учебно-методическим отделом
 К.фарм. наук

Слепова Н.В.

Заместитель декана фармацевтического факультета
 К.фарм.наук

Курицын А.В.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ул. Островитянова, д. 1, стр. 6. г. Москва, 117513
ИНН 7728095113 | КПП 772801001 | ОГРН 1027739054420
Тел./факс: +7 495 434 0329, +7 495 434 6129 | E-mail: rsmu@rsmu.ru

В диссертационный совет при ФГАОУ ВО
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
Минздрава России
(Сеченовский Университет)

АКТ

о внедрении результатов диссертации директора
Института профильного обучения «Импульс»
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)
Бирюковой Натальи Викторовны

Настоящим актом, подтверждаем, что практические рекомендации организациям высшего медицинского образования представленные в докторской диссертации Бирюковой Натальи Викторовны на тему: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» были интегрированы в деятельность Управления внеучебной деятельности обучающихся ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России в части разработки обучающих мероприятий, включая тренинги, дискуссионные встречи, семинары и другие виды активных взаимодействий, направленных на создание, анализ проблематики и выработку стратегий по вопросам культивирования здорового образа жизни среди молодежи с профессиональными наклонностями. Одной из задач молодежной политики является стремление к формированию здоровой личности, для которой характерно состояние полного физического, психологического и социального благополучия. А подготовка будущего врача предполагает не только организацию его собственного здорового образа жизни, но и его становление как проводника для своих пациентов в ценности ведения здорового образа жизни.

Проректор по молодежной политике

В.С. Белякова



МИНЗДРАВ РОССИИ
федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Омский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России)

ул. Ленина, д. 12, г. Омск, 644099
т. (3812) 957-001, т/ф (3812) 957-002
E-mail: rector@omsk-osma.ru
ОКПО 01963321 ОГРН 1035504001500
ИНН/КПП 5503018420/550301001

20 АВГ 2024 № 4208
на № _____ от _____

В диссертационный совет при ФГАОУ ВО
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
Минздрава России
(Сеченовский Университет)

Акт

о внедрении результатов докторской диссертации Бирюковой Натальи Викторовны

Министерство Здравоохранения Омской области информирует о внедрении отдельных мероприятий по формированию культуры здоровья среди подростков в систему здравоохранения Омской области, разработанных в результате диссертационного исследования Бирюковой Натальи Викторовны на соискание ученой степени доктора медицинских наук по теме: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования», с целью совершенствования организации работы по здоровью сбережению среди детей и подростков Омской области.

Основные научные положения, выводы и рекомендации докторской диссертации Бирюковой Натальи Викторовны на тему: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» используется в образовательном процессе на кафедре госпитальной педиатрии с курсом ДПО Омского государственного медицинского университета Министерства Здравоохранения Российской Федерации при изучении следующих дисциплин:

- «Факультетская педиатрия, эндокринология» для студентов 4 и 5 курсов педиатрического факультета;
- «Госпитальная педиатрия» для студентов 6 курса педиатрического факультета;
- «Современные методы диагностики и лечения детских заболеваний» для студентов 6 курса педиатрического факультета;
- в рамках лекционных и практических занятий по программам обучения в ординатуре (специальности «Педиатрия» и «Детская эндокринология»);
- в рамках дополнительного профессионального образования для врачей-педиатров на циклах повышения квалификации (ПК) и профессиональной переподготовки (ПП) по специальности «Педиатрия»: цикл ПК «Педиатрия» 144 часа, цикл ПК «Актуальные вопросы детской патологии» 144 часа, цикл ПП «Педиатрия» 504 часа.

Проректор по учебной работе ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ,
заведующая кафедрой госпитальной педиатрии
с курсом ДПО, д.м.н., профессор



/Е.Б. Павлинова



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

400066, Российская Федерация,
Волгоградская область, Волгоград,
площадь Павших Борцов, зд. 1

+7(8442)38-50-05
post@volgmed.ru

ИНН 3444048472
КПП 344401001
ОКТМО 18701000

« » 20 г. №

УТВЕРЖДАЮ

Научный руководитель ФГБОУ ВО
«Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава
России, д.м.н., профессор

 С.В. Дмитриенко

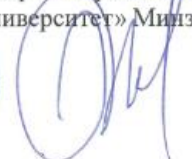
Акт

о внедрении результатов диссертационного исследования на соискание
ученой степени доктора медицинских наук
Нatalьи Викторовны Бирюковой

Материалы диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук директора Института профильного обучения «Импульс» ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Бирюковой Natalьи Викторовны, выполненного на тему «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» используются в образовательном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России при изучении дисциплин клиническими ординаторами кафедры по направлениям подготовки 31.08.71 «организация здравоохранения и общественное здоровье» и 32.08.01 «гигиена детей и подростков». На семинарских занятиях разбираются предложенные автором рекомендации о методах и инструментах воспитания и поддержания здорового образа жизни среди профессионально ориентированной молодежи.

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИНМФО ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор
Ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИНМФО ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, куратор направления специальности 31.08.71

 В.В. Шкарин

 Д.В. Трофимов

Дата «20» августа 2024 г.





УТВЕРЖДАЮ

проректор по учебной работе
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В. И. Разумовского Минздрава России
Н.А. Клоктунова

06.09 2024 г.

АКТ № 12.23

**о внедрении результатов диссертационного исследования
Бирюковой Натальи Викторовны
«Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на
этапе предпрофессионального медицинского образования» в практику
учебной работы.**

наименование кафедры, дисциплины: кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоприменения и истории медицины); направление подготовки, 32.04.01 «общественное здравоохранение», направление подготовки «Организация здравоохранения и общественное здоровье», 31.08.71, программы профессиональной переподготовки (596 ч.) и повышения квалификации (144 ч.) по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» урс, факультет. **Магистры, 32.04.01; ординаторы, 31.08.71; слушатели курсов ДПО по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»**

сфера и время использования: лекции, семинарские и практические занятия по темам: «профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний», «формирование здорового образа жизни», «кадровые ресурсы системы здравоохранения».

раткая аннотация: полученные результаты используются при формировании у обучающихся компетенций по разработке профилактических программ в здравоохранении.


форма внедрения: презентации, ситуационные задачи, моделирование процессов в медицинской организации.

Автор: Н.В. Бирюкова
Заведующая кафедрой: М.В. Еругина, д.м.н., профессор
Директор департамента организации образовательной деятельности
СГМУ: С.В. Федюков, канд. экономических наук.

Дата 06.09 2024г.

СОГЛАСОВАНО

Проректор по УР ФГБОУ ВО ВГМУ
им. Н.Н. Бурденко Минздрава России


Пашкова А.А.
« 15 » августа 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по НИД ФГБОУ ВО ВГМУ им.
Н.Н. Бурденко Минздрава России


Будневский А.В.
« 15 » августа 2024 г.



АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» автор Бирюкова Наталья Викторовна директор Института профильного обучения «Импульс» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) к.пед.н.

Комиссия в составе: председателя: зав. кафедрой управления в здравоохранении, д.м.н., профессора Нехаенко Н.Е. и членов комиссии: профессора кафедры управления в здравоохранении д.м.н. Сауриной О.С., доцента кафедры, к.м.н., доцента Сыч Г.В., к.м.н., доцента удостоверяет, что результаты научного исследования используются в образовательном процессе кафедры управления в здравоохранении Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации при реализации программ дополнительного профессионального образования на циклах профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»

Получен от внедрения эффект: используется интегративная модель формирования культуры здоровья при реализации программы повышения квалификации «Здоровье и здоровьесберегающие технологии» (36 ч.)

Количество специалистов, освоивших результаты научно-исследовательской работы: 50

Председатель:



Нехаенко Н.Е.

Члены комиссии:



Саурина О.С.

Сыч Г.В.

УТВЕРЖДАЮ

проректор по учебной работе
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
 Минздрава России (Сеченовский Университет)



Т.М.Литвинова

2024 г.

АКТ

о внедрении результатов диссертации директора
 Института профильного обучения «Импульс»
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
 (Сеченовский Университет), к.пед.н.
 Бирюковой Натальи Викторовны

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации докторской диссертации Бирюковой Натальи Викторовны на тему: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» внедрены в учебный процесс Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского Университета при изучении дисциплин:

- «Общественное здоровье и здравоохранение» для ординаторов по направлению подготовки 31.08.71 «организация здравоохранения и общественное здоровье»;
- «Укрепление здоровья и профилактика заболеваний» для магистров по направлению подготовки 32.04.01 «общественное здоровье и здравоохранение», профиль: «профилактика неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья».

Заместитель Директора Института
 лидерства и управления
 здравоохранением

Р.А.Хальфин

Заведующий учебной частью
 Института лидерства и управления
 здравоохранением

Т.А.Татарина

Начальник Учебного управления

Л.Ю.Юдина

УТВЕРЖДАЮ

проректор по инновационной и клинической
деятельности ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.
Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет)



В.В.Фомин

2024 г.

АКТ

о внедрении результатов диссертации директора
Института профильного обучения «Импульс»
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), к.пед.н.
Бирюковой Натальи Викторовны

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации докторской диссертации Бирюковой Натальи Викторовны на тему: «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» внедрены в учебный процесс Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского Университета при реализации программ дополнительного профессионального образования для управленческих кадров системы здравоохранения субъектов Российской Федерации:

- программы профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (576 ч.);
- программы повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (144 ч.);
- программы повышения квалификации «Лидерство в общественном здоровье» (36 ч.).

Директор Института

Профессионального образования _____

Е.В.Ших

Заместитель Директора Института

лидерства и управления

здравоохранением _____

Р.А.Хальфин

Заведующий учебной частью

Института лидерства и управления

здравоохранением _____

Т.А.Тагаринова

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
 Министерство здравоохранения Российской Федерации
 (Сеченовский Университет)



ЛОКАЛЬНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ

119435, г.Москва, ул. Абрикосовский пер., 1, стр. 1

тел.: 8(495)622-97-06, icc@staff.sechenov.ru

Выписка из протокола № 16-24
очередного заседания
Локального этического Комитета
от 20.06. 2024

Присутствовали:

Председатель Комитета - Николенко В.Н.

Заместитель председателя Комитета – Реброва Е.Л.

Члены Комитета: Ермолаева И.И., Бердникова Н.Г., Борисова Н.И., Дубограй Е.В., Смолячук Е.А., Спивак Л.Г., Субботина О.А.

Кворум есть, заседание считается правомочным.

Слушали: рассмотрение исследования в рамках диссертационной работы «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» (исполнитель – Бирюкова Наталья Викторовна).

Постановили: принять к сведению исследование в рамках диссертационной работы «Интегративная модель формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» (исполнитель – Бирюкова Наталья Викторовна).

Обсуждение и голосование состоялось с использованием электронных средств связи

Выписка верна.

Ответственный секретарь
 21.06.2024

И.И. Ермолаева



Соглашение
о сотрудничестве между Правительством Брянской области
и федеральным государственным автономным образовательным
учреждением высшего образования Первый Московский
государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

г. Брянск

«19» апреля 2019 г.

Правительство Брянской области, именуемое в дальнейшем «Правительство», в лице Губернатора Брянской области, председателя Правительства Брянской области Богомаза А.В., действующего на основании Устава Брянской области, с одной стороны, и федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), именуемое в дальнейшем «Сеченовский Университет», в лице ректора Глыбочко П.В., действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Предмет Соглашения

1.1. Предметом Соглашения является сотрудничество в области инновационной образовательной деятельности, выявления и поддержки талантливых детей, реализации дополнительных общеобразовательных программ, развития системы ранней профессиональной ориентации обучающихся и содействие эффективному функционированию образовательного кластера «школа – вуз».

1.2. Стороны осуществляют и развивают сотрудничество в области профориентационной образовательной, научно-исследовательской деятельности на основе равноправия, взаимности и обоюдной выгоды.

2. Основные направления сотрудничества

2.1. Основными направлениями сотрудничества Сторон являются:

2.1.1. Развитие предпрофильной подготовки и профильного обучения в государственном автономном общеобразовательном учреждении «Медицинский Сеченовский предуниверсарий Брянской области» (далее – предуниверсарий) и медицинских классах общеобразовательных школ области.

2.1.2. Совместная разработка интегрированных учебных планов и программ, обеспечивающих углубленное обучение обучающихся.

2.1.3. Развитие и совершенствование олимпиадной и исследовательской работы с обучающимися.

2.1.4. Реализация при наличии взаимного интереса совместных дополнительных общеобразовательных программ на базе предвуниверсария.

2.1.5. Ранняя профессиональная ориентация Сеченовским университетом обучающихся предвуниверсария.

2.1.6. Совместное проведение мероприятий для обучающихся и педагогов.

2.1.7. Содействие в обобщении, распространении и внедрении инновационных педагогических технологий.

2.1.8. Проведение совместных научно-методических исследований в области общего и дополнительного образования.

2.1.9. Обеспечение условий для функционирования образовательного кластера «школа – вуз».

3. Обязательства Сторон

3.1. Стороны обязуются:

3.1.1. Содействовать реализации совместных образовательных проектов и программ в сфере общего и дополнительного образования в порядке, размере и способами, предусмотренными отдельными договорами, заключенными во исполнение настоящего Соглашения; своевременно и в полном объеме выполнять юридические и фактические действия, необходимые для реализации совместных проектов и программ.

3.1.2. Обмениваться с соблюдением законодательства имеющимися в их распоряжении информационными ресурсами.

3.1.3. Систематически обсуждать вопросы, связанные с реализацией направлений сотрудничества.

3.1.4. Рассматривать проблемы, возникающие в процессе реализации настоящего Соглашения, принимать по ним согласованные решения.

4. Заключительные положения

4.1. Конкретные формы сотрудничества между Сторонами оговариваются отдельными договорами или соглашениями, учитывающими пожелания Сторон по всем аспектам деятельности.

4.2. Настоящее Соглашение заключено без взаимных финансовых условий Сторон. Финансовые условия оговариваются в договорах, которые дополнительно заключаются между Сторонами.

4.3. В рамках реализации настоящего Соглашения Стороны обеспечивают защиту прав на результаты интеллектуальной деятельности.

4.4. Любые изменения и дополнения условий настоящего Соглашения оформляются дополнительными соглашениями и вступают в силу с момента их подписания всеми Сторонами.

4.5. Настоящее Соглашение действует в течение 5 лет с даты его подписания Сторонами.

4.6. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто до истечения срока его действия по требованию любой из Сторон. О намерении расторгнуть Соглашение Сторона обязана письменно известить другую Сторону не позднее чем за месяц до даты расторжения Соглашения.

4.7. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах одинаковой юридической силы и хранится по одному экземпляру у каждой из Сторон.

5. Юридические адреса и подписи Сторон

Правительство Брянской области

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Губернатор Брянской области,
председатель Правительства
Брянской области

Ректор



А.В. Богомаз



П.В. Глыбочко

Дополнительное соглашение
к Соглашению о сотрудничестве между Правительством Магаданской
области и Федеральным государственным автономным образовательным
учреждением высшего образования Первый Московский
государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет) от 02 марта 2021 г.

г. Магадан

«__» _____ 2021г.

Правительство Магаданской области, именуемое в дальнейшем «Правительство», в лице губернатора Магаданской области - председателя Правительства Магаданской области Носова Сергея Константиновича, действующего на основании Устава Магаданской области, с одной стороны, и федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), именуемое в дальнейшем «Сеченовский Университет», в лице ректора Глыбочко Петра Витальевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», на основании п. 5.2 Соглашения о сотрудничестве между Правительством Магаданской области и Федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) от 02 марта 2021 г. (далее – Основное соглашение) заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем.

1. Внести в Основное соглашение следующие изменения:

1.1. Пункт 1.1 Раздела 1 Основного соглашения дополнить абзацами 9-10 следующего содержания:

«- в области инновационной образовательной деятельности, выявления и поддержки талантливых детей, реализации дополнительных общеобразовательных программ, развития системы ранней профессиональной ориентации обучающихся и содействие эффективному функционированию образовательного кластера «школа-вуз»»

- в области профориентационной образовательной, научно-исследовательской деятельности на основе равноправия, взаимности и обоюдной выгоды.»;

1.2. Раздел 2 Основного соглашения дополнить пунктами 2.1.11-2.1.19 следующего содержания:

«2.1.11. Развитие предпрофильной подготовки и профильного обучения в медицинских классах общеобразовательных школ области.

2.1.12. Совместная разработка интегрированных учебных планов и программ, обеспечивающих углубленное обучение обучающихся.

2.1.13. Развитие и совершенствование олимпиадной и исследовательской работы с обучающимися.

2.1.14. Совместное проведение мероприятий для обучающихся и педагогов.

2.1.15. Содействие в обобщении, распространении и внедрении инновационных педагогических технологий.

2.1.18. Проведение совместных научно-методических исследований в области общего и дополнительного образования.

2.1.19. Обеспечение условий для функционирования образовательного кластера «школа-вуз»»).

2. В рамках реализации настоящего дополнительного соглашения Стороны обеспечивают защиту прав на результаты интеллектуальной деятельности.

3. Настоящее дополнительное соглашение заключено без взаимных финансовых условий Сторон. Финансовые условия оговариваются в договорах, которые дополнительно заключаются между Сторонами.

4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания и является неотъемлемой частью Основного соглашения.

5. Условия Основного соглашения, не затронутые настоящим Дополнительным соглашением, остаются неизменными.

6. Настоящее Дополнительное соглашение составлено на двух листах в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7. Юридические адреса и подписи Сторон


Правительство Магаданской области

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Губернатор Магаданской области,
председатель Правительства
Магаданской области

Ректор


М.П. С. К. Носов


М.П. П.В. Глыбочко

СОГЛАШЕНИЕ
о сотрудничестве между Правительством Калужской области
и федеральным государственным автономным образовательным
учреждением высшего образования Первый Московский
государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

г. Калуга

« ___ » _____ 2023 г.

Правительство Калужской области, именуемое в дальнейшем «Правительство», в лице Губернатора Калужской области Шапши Владислава Валерьевича, действующего на основании Устава Калужской области, с одной стороны и федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), именуемое в дальнейшем «Сеченовский Университет», в лице ректора Глыбочко Петра Витальевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Предмет настоящего Соглашения

1.1. Предметом настоящего Соглашения является сотрудничество в области инновационной образовательной, научно-исследовательской и проектной деятельности, выявления и поддержки одаренных учащихся, реализации дополнительных общеобразовательных программ естественнонаучной направленности, развития системы ранней профессиональной ориентации обучающихся на медицинские специальности содействие эффективному функционированию образовательного кластера «школа-вуз» в целях популяризации профессии медицинского работника среди учащихся Калужской области и удовлетворения потребности системы здравоохранения Калужской области в квалифицированных медицинских кадрах.

1.2. Стороны намереваются реализовывать сотрудничество на основе равноправия, доброй воли, уважения и доверия исходя из общепринятой практики.

1.3. Стороны в процессе реализации настоящего Соглашения осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Основные направления сотрудничества

2.1. Основными направлениями сотрудничества Сторон являются:

2.1.1. Реализация образовательного проекта профильного образования медицинской направленности (далее – проект), включающего создание и организацию функционирования ресурсного центра по реализации проекта – Медицинского предуниверсария (далее – предуниверсарий) и профильных медицинских классов на базе общеобразовательных организаций, находящихся на территории Калужской области (далее – общеобразовательные организации).

2.1.2. Организация предпрофильной подготовки и профильного обучения в профильных медицинских классах предуниверсария и общеобразовательных организаций.

2.1.3. Совместная разработка интегрированных учебных планов и рабочих программ, обеспечивающих углубленное изучение общеобразовательных предметов естественнонаучного цикла, определение направлений проектно-исследовательской деятельности.

2.1.4. Развитие и совершенствование проектно-исследовательской работы с обучающимися.

2.1.5. Реализация при наличии взаимного интереса совместных дополнительных общеобразовательных программ на базе предвузовских общеобразовательных организаций.

2.1.6. Совместное проведение мероприятий для обучающихся и педагогических работников профильных медицинских классов.

2.1.7. Содействие в обобщении, распространении и внедрении инновационных педагогических технологий.

2.1.8. Проведение совместных научно-методических исследований в области общего и дополнительного образования.

2.1.9. Обеспечение условий для функционирования образовательного кластера «школа-вуз».

2.2. Со стороны Правительства органом, уполномоченным на реализацию мероприятий по направлениям сотрудничества, предусмотренным настоящим Соглашением, является министерство образования и науки Калужской области.

3. Обязательства Сторон

3.1. Стороны обязуются:

3.1.1. Обмениваться имеющимися в их распоряжении информационными ресурсами, относящимися к области сотрудничества, с соблюдением законодательства Российской Федерации.

3.1.2. Оказывать информационно-консультативную поддержку по вопросам, относящимся к деятельности Сторон и представляющим взаимный интерес.

3.1.3. Систематически обсуждать вопросы, связанные с реализацией направлений сотрудничества.

3.1.4. Рассматривать проблемы, возникающие в процессе реализации настоящего Соглашения, принимать по ним согласованные решения.

4. Заключительные положения

4.1. Конкретные формы сотрудничества между Сторонами оговариваются отдельными договорами или соглашениями, учитывающими пожелания Сторон по всем аспектам деятельности.

4.2. Заключение настоящего Соглашения не связывает Стороны какими-либо юридическими и финансовыми обязательствами. Стороны могут заключать отдельные договоры (соглашения) по конкретным направлениям сотрудничества в рамках реализации настоящего Соглашения.

4.3. Настоящее Соглашение не является предварительным договором (статья 429 Гражданского кодекса Российской Федерации) и договором простого товарищества (статья 1041 Гражданского кодекса Российской Федерации) и не может служить основанием для возникновения ответственности Сторон за неисполнение его положений.

4.4. В рамках реализации настоящего Соглашения Стороны обеспечивают защиту прав на результаты интеллектуальной деятельности.

4.5. Любые изменения условий настоящего Соглашения оформляются дополнительными соглашениями и вступают в силу с момента их подписания обеими Сторонами.

4.6. Споры по исполнению настоящего Соглашения разрешаются путем переговоров между Сторонами, а при недостижении согласия в ходе переговоров – в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Срок действия настоящего Соглашения

5.1. Настоящее Соглашение действует в течение 5 лет с даты его подписания Сторонами.

5.2. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто до истечения срока его действия по требованию любой из Сторон. О намерении расторгнуть настоящее Соглашение Сторона обязана письменно известить другую Сторону не позднее чем за месяц до даты расторжения настоящего Соглашения.

5.3. Истечение срока или прекращение действия настоящего Соглашения не затрагивает выполнения любых договоренностей, достигнутых в рамках настоящего Соглашения, или других конкретных прав и обязательств, принятых Сторонами в соответствии с действующим законодательством.

5.4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6. Юридические адреса и подписи Сторон

Правительство Калужской области

Россия, 248000, г. Калуга,
пл. Старый Торг, д. 2

Губернатор Калужской области



В.В. Шапша

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Россия, 119048, г. Москва,
ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Ректор



П.В. Глыбочко

11.08.2023
№259

Соглашение Д 01-03-М-44

о сотрудничестве между Камчатским краем и федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

г. Москва

от 26 августа 2021 г.

Камчатский край в лице Губернатора Камчатского края Солодова Владимира Викторовича, действующего на основании Устава Камчатского края, именуемый в дальнейшем «Камчатский край», с одной стороны, и федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), в лице ректора Глыбочко Петра Витальевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Сеченовский Университет» с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

1. Предмет Соглашения

1.1. Предметом Соглашения является сотрудничество в сфере медицинского образования, инновационной образовательной деятельности, выявления и поддержки талантливых детей, реализации дополнительных общеобразовательных программ, развития системы ранней профессиональной ориентации обучающихся и содействия эффективному функционированию образовательного кластера «школа-вуз», а также в сфере здравоохранения.

1.2. Стороны осуществляют сотрудничество в сферах, указанных в пункте 1.1 настоящего Соглашения, в соответствии с принципами равенства Сторон, их добросовестности, защиты взаимных интересов Сторон, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Основные направления сотрудничества

2.1. Основными направлениями сотрудничества Сторон являются:

2.1.1. Содействие Камчатскому краю в организации целевого обучения граждан в Сеченовском Университете, в пределах установленных контрольных цифр приёма граждан на обучение за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета по основным профессиональным образовательным программам высшего образования.

2.1.2. Развитие предпрофильной подготовки и профильного обучения в медицинских классах общеобразовательных организаций и медицинском Предуниверситетии в Камчатском крае.

2.1.3. Совместная разработка интегрированных учебных планов и программ, обеспечивающих изучение предметов на профильном уровне.

2.1.4. Развитие и совершенствование олимпиадной и исследовательской работы с обучающимися.

2.1.5. Реализация совместных дополнительных общеобразовательных программ на базе общеобразовательных организаций в Камчатском крае.

2.1.6. Ранняя профессиональная ориентация Сеченовским Университетом обучающихся общеобразовательных организаций в Камчатском крае.

2.1.7. Совместное проведение мероприятий для обучающихся и педагогов.

2.1.8. Содействие в обобщении, распространении и внедрении инновационных педагогических технологий.

2.1.9. Проведение совместных научно-методических исследований в области общего и дополнительного образования.

2.1.10. Обеспечение условий для функционирования образовательного кластера «школа-вуз».

2.1.11. Организация прохождения на базе Сеченовского университета обучения по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки медицинских, фармацевтических и иных категорий работников сферы здравоохранения.

2.1.12. Оказание жителям Камчатского края специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи по следующим направлениям: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология, в том числе ЭКО, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, неонатология, нейрохирургия, онкология, оториноларингология, педиатрия, ревматология, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, челюстно-лицевая хирургия и эндокринология.

3. Права и обязанности сторон

3.1. В ходе реализации Соглашения Стороны вправе осуществлять взаимодействие в форме взаимных консультаций по вопросам, относящимся к предмету Соглашения.

3.2. Стороны обязуются заблаговременно информировать друг друга о решениях, принятие которых затрагивает права и законные интересы другой стороны в рамках исполнения Соглашения.

3.3. Стороны обязуются в оперативном порядке рассматривать проблемы, возникающие в процессе реализации настоящего Соглашения, и принимать по ним согласованные решения.

3.4. Стороны обязуются осуществлять обмен имеющимися в их распоряжении информационными ресурсами с соблюдением законодательства Российской Федерации.

3.5. Соглашение не ограничивает взаимодействие каждой стороны с иными хозяйствующими субъектами и органами государственной власти, а также не влечет возникновения обязательств Сторон, исполнение которых приведет к недополучению, ограничению, устранению конкуренции и ущемлению интересов других хозяйствующих субъектов.

3.6. Конкретные действия, совершаемые Сторонами, будут регулироваться отдельными договорами и соглашениями, заключаемыми с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.

4. Срок действия Соглашения, порядок его изменения и прекращения

4.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует в течение 5 лет.

4.2. Изменения Соглашения оформляются дополнительными соглашениями, которые подписываются Сторонами и являются неотъемлемыми частями Соглашения.

4.3. Любая из Сторон вправе расторгнуть настоящее Соглашение, предупредив об этом другую Сторону письменно не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты расторжения Соглашения.

5. Заключительные положения

5.1. Все возможные споры и разногласия между Сторонами, которые могут возникнуть в ходе реализации настоящего Соглашения, подлежат разрешению путем взаимных консультаций и переговоров.

5.2. Настоящее Соглашение определяет режим преддоговорных отношений, не является предварительным договором в смысле статьи 429 Гражданского Кодекса Российской Федерации, не порождает юридических и финансовых обязательств.

5.3. Со стороны Камчатского края исполнительными органами государственной власти, ответственными за исполнение Соглашения, являются Министерство образования Камчатского края и Министерство здравоохранения Камчатского края.

5.4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах и хранится по одному экземпляру у каждой из Сторон.

6. Реквизиты и подписи Сторон

Камчатский край

683000, Камчатский край,
г. Петропавловск-Камчатский,
пл. Ленина, д. 1.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2

Губернатор Камчатского края
В.В. Солодов



Ректор
Г.В. Глыбочко



**Соглашение о сотрудничестве
между Правительством Республики Коми
и федеральным государственным автономным образовательным
учреждением высшего образования Первый Московский
государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

г. Москва

«__» _____ 2021 г.

Правительство Республики Коми в лице Первого заместителя Председателя Правительства Республики Коми Булатова Игоря Борисовича, действующего на основании Закона Республики Коми от 26 декабря 2013 г. № 140-РЗ «О Главе Республики Коми, Правительстве Республики Коми и органах в системе исполнительной власти Республики Коми», распоряжения Главы Республики Коми от 5 ноября 2020 г. № 330-р, распоряжения Главы Республики Коми от 5 ноября 2020 г. № 332-р, с одной стороны, и федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), именуемое в дальнейшем «Сеченовский Университет», в лице ректора Глыбочко Петра Витальевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее Соглашение о сотрудничестве (далее – Соглашение) о нижеследующем.

1. Предмет Соглашения

1.1. Предметом настоящего Соглашения является сотрудничество Сторон по следующим направлениям:

укрепление позитивного имиджа медицинского образования и медицинской деятельности;

осуществление Сеченовским Университетом методического сопровождения учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Коми (далее – учреждения здравоохранения Республики Коми), в соответствии с профилями медицинской помощи (направлениями деятельности);

реализация образовательного, коммуникационно-просветительского взаимодействия, включающего в себя деятельность по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации работников учреждений здравоохранения Республики Коми;

взаимодействие в деле развития научно-исследовательской и образовательной деятельности, подготовки кадров высшей научной квалификации;

установление, поддержание и развитие деловых, научных и образовательных связей и контактов;

проведение научно-практических конференций, фестивалей, выставок и иных форм продвижения и популяризации медицинской деятельности;

работа над совместными инновационными проектами;

сотрудничество в области инновационной образовательной деятельности по специальностям здравоохранения;

выявление и поддержка талантливых детей в области естественнонаучных дисциплин;

реализация дополнительных общеобразовательных программ;

развитие системы ранней профессиональной ориентации обучающихся;

содействие эффективному функционированию образовательного кластера «Школа-ВУЗ-Клиника».

2. Основные направления сотрудничества

2.1. Стороны осуществляют взаимовыгодное сотрудничество по следующим направлениям:

2.1.1. анализ и оценка организации оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Республики Коми посредством выездной работы и дистанционно с использованием медицинских информационных систем;

2.1.2. содействие внедрению в систему здравоохранения Республики Коми современных методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, используемых в медицинской практике учреждений здравоохранения Российской Федерации, в том числе с применением информационно-коммуникационных технологий;

2.1.3. проведение Сеченовским Университетом консультаций (консилиумов) с применением телемедицинских технологий;

2.1.4. разработка и внедрение интерактивных электронных образовательных модулей для медицинских работников;

2.1.5. развитие экспорта платных медицинских услуг для иностранных граждан;

2.1.6. разработка и внедрение комплексных программ, направленных на профилактику заболеваний и их коммуникационного сопровождения;

2.1.7. участие Сторон в совместных мероприятиях, в том числе с применением телемедицинских технологий, включая консультации (консилиумы) при планировании и проведении мероприятий с применением телемедицинских технологий;

2.1.8. выполнение научно-исследовательских и аналитических работ;

2.1.9. обеспечение обмена информацией, профессиональным опытом и технологиями работы по вопросам, представляющим взаимный интерес Сторон, в том числе путем участия в совместных проектах, проведении мероприятий и т.д.;

2.1.10. организация повышения квалификации, профессиональной подготовки, переподготовки работников учреждений здравоохранения Республики Коми в рамках федеральной квоты и на внебюджетной основе по прямым договорам на обучение с учреждениями здравоохранения Республики Коми (при наличии финансовых средств);

2.1.11. развитие предпрофильной подготовки и профильного обучения в медицинских классах общеобразовательных школ Республики Коми;

2.1.12. совместная разработка интегрированных учебных планов и программ, обеспечивающих углубленное предпрофильное обучение обучающихся;

2.1.13. развитие и совершенствование олимпиадной и исследовательской работы с обучающимися;

2.1.14. ранняя профессиональная ориентация Сеченовским Университетом обучающихся, включающая реализацию совместных образовательных проектов и программ в сфере общего и дополнительного образования;

2.1.15. совместное проведение мероприятий для обучающихся и педагогов;

2.1.16. содействие в обобщении, распространении и внедрении инновационных педагогических технологий;

2.1.17. проведение совместных научно-методических исследований в области общего и дополнительного образования;

2.1.18. обеспечение условий для функционирования образовательного кластера «Школа-ВУЗ-Клиника».

3. Конфиденциальность и порядок разрешения споров

3.1. Информация, которую одна из Сторон относит к конфиденциальной и письменно сообщает об этом другой Стороне, является конфиденциальной и для другой Стороны. Стороны обязуются не разглашать третьим лицам конфиденциальную информацию и не использовать ее любым другим образом, кроме как для выполнения задач по настоящему Соглашению.

3.2. Каждая из Сторон Соглашения обязуется обеспечить сохранность конфиденциальной информации, получаемой от другой Стороны.

3.3. Все споры и разногласия, возникающие в ходе реализации Соглашения, разрешаются путем переговоров.

4. Контроль за исполнением Соглашения

4.1. Для реализации и контроля за ходом выполнения Соглашения Стороны организуют оперативный обмен необходимой информацией и при необходимости проводят совместные совещания.

4.2. В целях эффективного сотрудничества в рамках Соглашения по решению Сторон может быть создана рабочая группа, состоящая из представителей Сторон.

5. Вступление в силу и сроки действия Соглашения

5.1. Соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 5 лет. Соглашение считается пролонгированным на тот же срок и на тех же условиях, если за 30 дней до окончания срока действия Соглашения ни одна из Сторон не заявила в письменной форме о его расторжении.

5.2. Любые изменения или дополнения условий Соглашения оформляются Сторонами в письменной форме путем подписания дополнительных соглашений к настоящему Соглашению.

5.3. Соглашение может быть расторгнуто досрочно по взаимному согласию Сторон или в одностороннем порядке. Сторона, намеревающаяся расторгнуть Соглашение, обязана направить соответствующее письменное уведомление другой Стороне за 30 дней до даты расторжения Соглашения.

6. Заключительные положения

6.1. Конкретные формы сотрудничества по направлениям деятельности, предусмотренным Соглашением, могут оговариваться Сторонами в отдельных договорах, заключаемых в целях реализации положений настоящего Соглашения.

6.2. В случае расторжения Соглашения указанные в пункте 6.1 настоящего Соглашения договоры сохраняют свою силу в соответствии с указанными в них условиями.

6.3. Соглашение заключено без взаимных финансовых условий Сторон.

6.4. В рамках реализации Соглашения Стороны обеспечивают защиту прав на результаты интеллектуальной деятельности, полученные в ходе реализации положений настоящего Соглашения.

6.5. По вопросам, прямо не урегулированным Соглашением, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6.6. Настоящее Соглашение составлено и подписано в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7. Юридические адреса и подписи Сторон

Правительство Республики Коми

167010, Республика Коми,
г. Сыктывкар,
ул. Коммунистическая, д. 9

Первый заместитель Председателя
Правительства Республики Коми

И.Б. Булатов



Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего
образования Первый Московский
государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский
Университет)

119991, г. Москва, ул. Трубецкая,
д. 8, стр.2

Ректор

П.В. Глыбочко



ПРИЛОЖЕНИЕ В

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации базы данных

№ 2024622210

«База данных мониторинга социокультурных факторов
здоровья и здравоохранения»

Правообладатель: *Мушников Дмитрий Львович (RU)*

Авторы: *Мушников Дмитрий Львович (RU), Бирюкова
Наталья Викторовна (RU)*



Заявка № 2024620722

Дата поступления 27 февраля 2024 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре баз данных 22 мая 2024 г.

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Ю.С. Зубов

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации базы данных

№ 2024622446

**Показатели функционального состояния ЦНС детей,
подростков и молодежи с позиций определения их
реагирования на движущийся объект**

Правообладатель: *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (RU)*

Авторы: *Кучма Владислав Ремирович (RU), Лапонова Евгения Дмитриевна (RU), Макарова Анна Юрьевна (RU), Демина Надежда Николаевна (RU), Платонов Олег Владимирович (RU), Монахова Ангелина Андреевна (RU), Нарышкина Елена Вячеславовна (RU), Ямицкова Наталия Львовна (RU), Бирюкова Наталья Викторовна (RU), Лещева Мария Алексеевна (RU)*

Заявка № 2024622093

Дата поступления 24 мая 2024 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре баз данных 04 июня 2024 г.



Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат: 429164097106136401906836776-4047
Владелец: **Зубов Юрий Сергеевич**
Действителен с 18.08.2021 по 07.08.2024

Ю.С. Зубов

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации базы данных

№ 2024625566

Датасет для определения социально-гигиенических характеристик и состояния культуры здоровья профессионально-ориентированных к медицине школьников

Правообладатель: *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (RU)*

Авторы: *Бирюкова Наталья Викторовна (RU), Овсянников Алексей Геннадьевич (RU), Филимонова Ольга Александровна (RU)*

Заявка № **2024625336**

Дата поступления **18 ноября 2024 г.**

Дата государственной регистрации

в Реестре баз данных **28 ноября 2024 г.**



*Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности*

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 0692e761e63300e15442401670bca2026
Знаделец **Зубов Юрий Сергеевич**
Действителен с 10.07.2024 по 03.10.2025

Ю.С. Зубов

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

АНКЕТА № _____

социально-гигиенического исследования культуры здоровья профессионально-ориентированных к медицине школьников

Уважаемые обучающиеся!

Просим Вас принять участие в исследовании, целью которого является: научное обоснование и разработка мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. Вам предлагается ответить на вопросы анкеты.

Польза исследования: Полученные данные станут научной и методической основой для совершенствования управления здравоохранением. Исследователи гарантируют Вам конфиденциальность полученной в ходе исследования информации и не разглашение ее третьим лицам. Все полученные данные будут использоваться только в обобщенном виде. Участие в данном исследовании носит добровольный характер, и Вы можете отказаться от участия в нем на любом этапе, а также не отвечать на вопросы, которые могут нарушить Ваши права, как личности и гражданина.

БЛОК 1. «СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА»

1. Ваши Ф.И.О. _____
2. Ваш пол: 1 муж. 2 жен.
3. Ваш возраст (полное число лет) _____
4. Место учебы: 3.1. общеобразовательная школа №__ (подчеркните профиль обучения: а) медико-биологический класс б) математический класс г) подготовительные курсы в) с углубленным изучением иностранного языка, г) общего профиля), 3.2. медицинский колледж _____
5. Где Вы воспитываетесь в настоящее время: 1 в полной семье (мать, отец) 2 в неполной семье (с матерью или отцом) 3 в детском доме 4 у родственников 5 самостоятельное проживание
6. Образование Ваших родителей: 1. отца: 1.1. высшее мед. 1.2. среднее мед. 1.3. среднее 2. матери: 1.1. высшее мед. 1.2. среднее мед. 1.3. среднее
7. Планируемое Вами высшее образование: 1. только высшее медицинское 2 только высшее немедицинское 3 не планирую 4 буду поступать в несколько ВУЗов
8. Кто определил необходимость высшего медицинского образования: 1 самостоятельно 2 по совету родителей 3 по совету друзей; 4 по совету педагогов
9. Есть ли в Вашей семье медицинские работники 1) нет 2) да
10. Вы будете поступать в ВУЗ: 1. первый раз 2. второй
11. Если второй и более раз, то укажите причину : 1. недостаточность знаний 2 здоровье 3 желание учиться на бесплатной основе 4 другое _____
12. Какое жилье Вы имеете: 1 квартира(а) собственная б) частная), 2 дом (а) собственный б) частный), 3 общежитие 4 детский дом
13. Оцените материальный достаток Вашей семьи: 1 доходов хватает на оплату жилья, питания, одежду, отдых, (с выбором по возможности) 2 дохода хватает на оплату жилья, питания, одежду, отдых (с выбором по желанию) 3 доходов хватает на оплату жилья, питания, одежду, отдых и накопления.
14. Какие привычки Вы имеете : 1 переедание (постоянно, редко) 2 совмещение приема пищи и чтения(постоянно, редко) 3 добавление соли в пищу(постоянно, редко) 4 добавление пряностей в пищу(постоянно, редко) 5 повышенное употребление сладостей (постоянно, редко) 6 курение (постоянно, редко) 8 прием алкоголя(постоянно, редко) 9 использование токсических препаратов(постоянно, редко) 10 другое _____

БЛОК 2. «ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ»

1. Оцените свое здоровье в баллах: 1 плохое; 2 удовлетворительное; 3 хорошее; 4 отличное
2. Какие и как часто Вас беспокоят жалобы: 1 головная боль (часто, редко, отсутствует); 2 раздражительность (часто, редко, отсутствует); 3 утомляемость (часто, редко, отсутствует); 4 снижение памяти (да, нет); 5 другое _____
3. Какие хронические заболевания у Вас имеются (впишите) _____
4. Сколько раз в год Вы болеете острыми заболеваниями 0 1 2 3 4 5 6 раз
5. Когда возникают чаще острые заболевания: 1. в начале учебного года; 2. в конце учебного года; 3. Весной; 4. Осенью; 5. Зимой.
6. Являетесь ли Вы инвалидом с детства: 1. да; 2 нет.
7. Оцените Вашу активность в охране собственного здоровья: 0.1.2.3.4.5 баллов
8. Отметьте наиболее предпочтительные для Вас способы оздоровления: 1. обращение к врачу 2 обращение к народной медицине 3 советы друзей 4 самолечение 5 отказ от вредных привычек 6 прием пищевых добавок
9. Укажите, что имеет существенное значение для сохранения здоровья (поставьте баллы)
образ жизни ___ наследственность ___ медицинская помощь ___ экология ___
15. Какие главные источники получения знаний о сохранении здоровья: 1 школа 2. семья 3 сверстники 4 педагоги 5 врачи 6 книги по медицине 7 материалы интернета

3 БЛОК «КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ» (ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ ВЫБРАННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА)

ПАРАМЕТРЫ	<u>Знания и умения, представления</u> Градации оценки: 3. В полной мере, лучше других: знаете, представляете, умеете; 2. Как все; 1. Хуже других	<u>Установка, отношение, мотивация, желание</u> Градации оценки: 3. Для Вас это приоритет, подкрепленный большим желанием реализовать 2. Отношение положительное, но большого желания нет. 1. Безразличное отношение	<u>Референтная группа, образцы</u> Градации оценки: 3. Нормативные рекомендации, специалисты 2. Знакомые, друзья, медийные и литературные герои 1. Нет образцов, ориентируетесь в этом на себя	<u>Уровень реализации</u> Градации оценки: 3. Реализуется Вами в полной мере 2. Реализуется Вами частично 1. Не реализуется вами	<u>Ограничивающие факторы:</u> 1. материальные 2. информационные 3. жилищные 4. отношения с родителями 5. физические ограничения в здоровье 6. занятость, нагрузка 7. не привлекает, нет интереса 8. лень 9. особенности вашей личности 10. дрязмы 11 нет примера для подражания 12. неорганизованность 13. недостаток знаний	<u>Способствующие факторы:</u> 1. материальные 2. информационные 3. жилищные 4. отношения с родителями 5. хорошее здоровье 6. хорошее знание 7. мотивированность 8. волевой характер 9. особенности вашей личности 10 моральные убеждения, вера 11хороший пример для подражания 12организованность
1. Культура получения информации о здоровье и его сохранения	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
2. Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
3. Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
4. Культура здорового быта	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
5. Культура личной гигиены	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
6. Культура питания	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
7. Культура отдыха	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
8. Культура учебной деятельности	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
9. Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
10. Культура физической активности	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
11. Культура предупреждения заболеваний	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
12. Культура отношения к вредным привычкам	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
13. Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
Интегральная оценка, баллы					-	-

- Оцените гигиену жилья: 6.1. Наличие коммунальных удобств (подчеркнуть): центральное отопление, водоснабжение, газ, горячая вода, вентиляция, канализация, водоочистители, ионизаторы воздуха 6.2. Жилая площадь на 1 члена семьи: 1. 4-5 кв.м. 2. 6-8 кв.м. 3. 9 и более 6.3. влажная уборка помещений(подчеркнуть): ежедневно, еженедельно, ежемесячно, к праздникам, отсутствует, 6.4. проветривание помещений (подчеркнуть) ежедневно, редко, отсутствует 6.5.
- Укажите, кто осуществляет поддержание гигиены жилья: 1. родители 2. другие члены семьи 3. принимаю участие 4. другие лица
- Выполняете ли Вы индивидуальные санитарно-гигиенические навыки: 1. да: умывание (ежедневно, реже), чистка зубов и ротовой полости (ежедневно, реже), душ или ванна (ежедневно, реже) 2 нет
- Оцените Вашу физическую активность: 1 занятия утренней гимнастикой (ежедневно, иногда, никогда) 2 занятия спортом (постоянно, иногда, никогда) 3. ходьба (иногда, постоянно) 4 пребывание на свежем воздухе 1.более 3 часов (ежедневно, иногда) 2 менее 1 часа 5. занятия на компьютере (ежедневно, реже, нет) 6.другое _____
- Оцените Ваш режим дня: 1 длительность ночного сна ___ час. 2 отдых между учебными занятиями и самоподготовкой ___ час. 3. длительность самоподготовки _____ час. 3 нарушения графика приема пищи (ежедневно, никогда) 4 занятия в школе: 1, 2 смена
- Оцените Ваше питание 1. максимальный интервал между приемами пищи: 1 1 не более 4 часов 1. 2 4-6 часов 1.3. более 6 часов 2.частота приема горячей пищи 3 раза, 2 раза, 1 раз 3. преимущественный рацион- 1.мясо-молочно-растительный 2.мясо-молочный 3 растительный 4 продукты из муки и крахмала. 4. удовлетворены ли Вы питанием: 1 да 2 нет (ем всухомятку, плохое качество пищи, не хватает мясной пищи. Не хватает овощей, другое _____)

7. Оценка условий учебной деятельности:

факторы	Уровень оценки (отметить крестиком)		
	Высокий	средний	Низкий
Мышечное напряжение, вызванное рабочей позой			
Психоземotionalное напряжение			
Умственное напряжение			
Эстетика учебного процесса			

4 блок «ВАШИ ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА»

- Что по Вашему мнению представляет наибольшую ценность в жизни (расставьте в порядке очередности) здоровье ___ дети _____ семья _____ удовлетворение от работы _____ материальный достаток _____
- Укажите, каких жизненных ценностей Вы будете добиваться в жизни (расставьте в порядке очередности): здоровье ___ дети _____ семья _____ удовлетворение от работы _____ материальный достаток _____
- Укажите, какой объем деятельности Вы выполняете в настоящее время: 3.1. учеба в основном месте (школа, колледж, училище) 3.2. дополнительная учеба (изучение иностранного языка, компьютера, подготовительные курсы, другое _____, причина: 1желание родителей 2 собственное желание) 3.4. занятия спортом(причина :желание родителей 2 собственное желание) 3.5.работа (где именно _____, причина: 1. интересно 2 необходимо экономически) 3.6.бизнес (причина :1. интересно 2 необходимо экономически)

10.Спорт			1.нет средств 2.нет условия 3.не умею 4.занятость основной учебой 4.занятость другими делами 5.нет желания 6 усталость
----------	--	--	--

11.Туризм			1.нет средств 2.нет условия 3.не умею 4.занятость основной учебой 4.занятость другими делами 5.нет желания 6 усталость

20. Опишите идеального врача 1. наличие высоких профессиональных знаний

2.наличие высокый профессиональный умений и навыков 3. коммуникабельность 4 ответственность
5 умение сопереживать 6 другое
(впишите) _____

2.Какие факторы оказывают отрицательное влияние на обучение в школе

1 острословие 2 лень, слабоволие 3. плохое состояние здоровья 4.плохие жилищные условия
5.проблемы взаимопонимания с родителями 6.недоедание 7.личностные особенности ,характер
8.нервно-психическое перенапряжение, стрессы 9.перегрузка учебной программы 10 другое

3.Какое бы Вы загадали желание «Золотой рыбке»

4.Готовы ли Вы к обучению для осуществления в последствии деятельности в медицине

1. да, так как готов морально и психологически 2. да, т.к. считаю, что сумею освоить профессиональные знания 3. нет, есть сомнения в выборе профессии 4 не знаю

5. Будете ли Вы выполнять рекомендации, если потребуются для повышения готовности к медицинской деятельности 1 да 2 нет

5.Ваш жизненный девиз _____

6.Ваша любимая поговорка _____

Благодарим за помощь!

Контактный телефон: 8 916 932 53 19

Анкета № _____

7. Оцените уровень своей информационной культуры (т.е. насколько Вы владеете навыками сбора и анализа необходимой для личностного развития информации и используете ее): 1. низкий (Вы не владеете навыками сбора и анализа необходимой для личностного развития информации и не пытаетесь их освоить, ограничиваетесь использованием только отдельными средствами массовой информации – радио, телевидение, развлекательные газеты и журналы); 2. средний (Вы недостаточно хорошо владеете навыками сбора и анализа необходимой для личностного развития информации, используете ограниченный объем источников информации); 3. высокий (Вы в полной мере владеете навыками сбора и анализа информации необходимой для развития личности, используете несколько источников для получения информации, в том числе профильные медицинские печатные издания, а также обращаетесь к базе данных Интернет, обращаетесь за консультацией к специалистам, экспертам).

8. Оцените уровень своей правовой культуры (т.е. насколько Вы знакомы с законодательством в области здравоохранения, усвоены правовые нормы, отношение к их соблюдению): 1. низкий (не знакомы с законодательством в области здравоохранения, считаете, что нормы можно иногда нарушать, часто нарушаете правовые нормы); 2. средний (с законодательством в области здравоохранения знакомы в общих чертах, считаете, что правовые нормы надо соблюдать, однако иногда их нарушаете); 3. высокий (имеете юридическое образование, хорошо знакомы с законодательством в области здравоохранения, правовые нормы четко и всегда соблюдаете).

9. Оцените уровень своей культуры саморазвития (т.е. как Вы относитесь к саморазвитию и насколько Вами усвоены методы саморазвития): 1. низкий (не видите необходимости в саморазвитии, не владеете методами саморазвития); 2. средний (считаете, что необходимо постоянно самосовершенствоваться, однако методами саморазвития не владеете); 3. высокий (считаете, что необходимо постоянно самосовершенствоваться, хорошо владеете методами саморазвития).

10. Оцените уровень своей бытовой культуры (т.е. насколько для вас значимы вопросы быта, насколько вы уделяете внимание вопросам благоустройства своего быта, знакомы с методами обеспечения здорового микроклимата): 1. низкий (в месте проживания не создан и не поддерживается благоприятный микроклимат (влажность, свет, вентиляция, температура), не регулярно проводится влажная уборка и проветривание, низкий эстетический уровень помещений); 2. средний (в месте проживания вы стараетесь создать и поддерживать благоприятный микроклимат (влажность, свет, вентиляция, температура), регулярно проводить влажную уборку и проветривание, обеспечить хороший эстетический уровень помещений, однако у вас это не всегда получается); 3. высокий (в месте проживания вы создали и постоянно поддерживаете благоприятный микроклимат (влажность, свет, вентиляция, температура), регулярно проводить влажную уборку и проветривание, обеспечили хороший эстетический уровень помещений, ваш быт благоустроен, вам комфортно).

11. Оцените уровень своей санологической культуры (т.е. считаете ли вы необходимым уделять внимание вопросам первичной профилактики, сохранения своего здоровья, насколько вы знакомы с методами поддержания своего здоровья и соблюдаете их): 1. низкий (равнодушно относитесь к своему здоровью, не соблюдаете режим дня, не практикуете ежегодный отдых в учреждениях санаторного типа, не соблюдаете принципы рационального питания (регулярное, полноценное), не принимаете с профилактической целью витамины, соевые продукты, продукты с пониженным содержанием холестерина, не используют разгрузочные диеты, препараты по “очищению организма”, не соблюдаете правила личной гигиены (чистка зубов, уход за телом, душ и т.д.); 2. средний (считаете, что нужно уделять внимание своему здоровью, выполняете выше перечисленные принципы, но не в полном объеме), 3. высокий (крайне внимательно относитесь к своему здоровью, выполняете вышеперечисленные принципы создания условий для долгожительства в полном объеме);

12. Оцените уровень своей профилактической культуры (т.е. считаете ли вы необходимым уделять внимание вопросам вторичной профилактики, предупреждать развитие заболеваний и их осложнений, владеете ли вы методами профилактики заболеваний): 1. низкий (вас не интересуют вопросы профилактики заболеваний, не проводите регулярный самоосмотр своего тела (кожи, молочных желез, половых органов, лимфоузлов) на наличие патологических изменений); 2. средний (вы хотите осуществлять профилактические мероприятия, но плохо знакомы как это

правильно делать, либо делаете это не регулярно); 3. высокий (вы уделяете значительное внимание профилактике заболеваний, владеете методами профилактики, регулярно осматриваете свое тело).

13. Оцените уровень своей физической культуры: 1. низкий (не используете приобретенные двигательные качества, навыки и специальные знания в вопросах физического совершенствования, не выработана привычка к занятию физкультурой и спортом, не используете ежегодный активный отдых с использованием природно-климатических факторов практикуют длительное время); 2. средний (эпизодические занятия физкультурой и спортом, используете преимущественно пассивный отдых); 3. высокий (любите спорт, занимаетесь физкультурой и спортом регулярно и с удовольствием).

14. Оцените Ваш уровень медицинской культуры (т.е. считаете ли вы необходимым все вопросы связанные с вашим здоровьем согласовывать с врачом, и выполнять его рекомендации): 1. низкий (вы не признаете официальную медицину, лечитесь сами, а там - как будет); 2. средний (вы стараетесь своевременно прибегать к помощи врача и выполнять его рекомендации, однако это не всегда получается); 3. высокий (вы сразу обращаетесь к помощи врача при малейших признаках заболевания и четко соблюдаете все его рекомендации).

АНКЕТА № _____

социально-гигиенического исследования культуры здоровья родителей

Уважаемые респонденты!

Просим Вас принять участие в исследовании, целью которого является: научное обоснование и разработка мероприятий по формированию культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. Вам предлагается ответить на вопросы анкеты.

Польза исследования: Полученные данные станут научной и методической основой для совершенствования управления здравоохранением. Исследователи гарантируют Вам конфиденциальность полученной в ходе исследования информации и не разглашение ее третьим лицам. Все полученные данные будут использоваться только в обобщенном виде. Участие в данном исследовании носит добровольный характер, и Вы можете отказаться от участия в нем на любом этапе, а также не отвечать на вопросы, которые могут нарушить Ваши права, как личности и гражданина.

БЛОК 1. «СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА»

1. Ваши Ф.И.О. _____
2. Ваш пол: 1 муж. 2 жен.
3. Ваш возраст (полное число лет) _____
4. Ваше образование: 1. высшее мед. 2. среднее мед. 3. среднее 4. высшее
5. Оцените материальный достаток Вашей семьи: 1 доходов хватает на оплату жилья, питания, одежду, отдых, (с выбором по возможности) 2 доходов хватает на оплату жилья, питания, одежду, отдых (с выбором по желанию) 3 доходов хватает на оплату жилья, питания, одежду, отдых и накопления.
6. Какие привычки Вы имеете : 1 переедание (постоянно, редко) 2 совмещение приема пищи и чтения(постоянно, редко) 3 добавление соли в пищу(постоянно, редко) 4 добавление пряностей в пищу(постоянно, редко) 5 повышенное употребление сладостей (постоянно, редко) 6 курение (постоянно, редко) 8 прием алкоголя(постоянно, редко) 9 использование токсических препаратов(постоянно, редко) 10 другое _____

БЛОК 2. «ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ»

1. Оцените свое здоровье в баллах: 1 плохое; 2 удовлетворительное; 3 хорошее; 4 отличное
2. Какие и как часто Вас беспокоят жалобы: 1 головная боль (часто, редко, отсутствует); 2 раздражительность (часто, редко, отсутствует); 3 утомляемость (часто, редко, отсутствует); 4 снижение памяти (да, нет); 5 другое _____
3. Какие хронические заболевания у Вас имеются (впишите) _____
4. Сколько раз в год Вы болеете острыми заболеваниями 0 1 2 3 4 5 6 раз
5. Когда возникают чаще острые заболевания: 1. в начале учебного года; 2. в конце учебного года; 3. Весной; 4. Осенью; 5. Зимой.
6. Являетесь ли Вы инвалидом: 1. да; 2 нет.
7. Оцените Вашу активность в охране собственного здоровья: 0.1.2.3.4.5 баллов
8. Отметьте наиболее предпочтительные для Вас способы оздоровления:
 1. обращение к врачу
 2. обращение к народной медицине
 3. советы друзей
 4. самолечение
 5. отказ от вредных привычек 6 прием пищевых добавок
9. Укажите, что имеет существенное значение для сохранения здоровья (поставьте баллы)
образ жизни ___ наследственность ___ медицинская помощь ___ экология ___

3 БЛОК «КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ» (ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ ВЫБРАННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА)

ПАРАМЕТРЫ	<u>Знания и умения, представления</u> Градация оценки: 3. В полной мере, лучше других: знаете, представляете, умеете; 2. Как все; 1. Хуже других	<u>Установка, отношение, мотивация, желание</u> Градация оценки: 3. Для Вас это приоритет, подкрепленный большим желанием реализовать 2. Отношение положительное, но большого желания нет. 1. Безразличное отношение	<u>Референтная группа, образец</u> Градация оценки: 3. Нормативные рекомендации, специалисты 2. Знакомые, друзья, медийные и литературные герои 1. Нет образцов, ориентируетесь в этом на себя	<u>Уровень реализации</u> Градация оценки: 3. Реализуется Вами в полной мере 2. Реализуется Вами частично 1. Не реализуется вами	<u>Ограничивающие факторы:</u> 1. материальные 2. информационные 3. жилищные 4. отношения с родителями 5. физические ограничения в здоровье 6. занятость, нагрузка 7. не привлекает, нет интереса 8. лень 9. особенности вашей личности 10. привычки 11. нет примера для подражания 12. неорганизованность 13. недостаток знаний	<u>Способствующие факторы:</u> 1. материальные 2. информационные 3. жилищные 4. отношения с родителями 5. хорошее здоровье 6. хорошие знания, 7. мотивированность 8. волевой характер 9. особенности вашей личности 10. моральные убеждения, вера 11. хороший пример для подражания 12. организованность
1. Культура получения информации о здоровье и его сохранении	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
2. Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
3. Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
4. Культура здорового быта	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
5. Культура личной гигиены	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
6. Культура питания	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
7. Культура отдыха	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
8. Культура учебной деятельности	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
9. Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
10. Культура физической активности	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
11. Культура предупреждения заболеваний	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
12. Культура отношения к вредным привычкам	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
13. Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
Интегральная оценка, баллы					-	-

1. Оцените гигиену жилья:
- 6.1. Наличие коммунальных удобств (подчеркнуть): центральное отопление, водоснабжение, газ, горячая вода, вентиляция, канализация, водоочистители, ионизаторы воздуха
- 6.2. Жилая площадь на 1 члена семьи: 1. 4-5 кв.м. 2. 6-8 кв.м. 3. 9 и более
- 6.3. влажная уборка помещений (подчеркнуть): ежедневно, еженедельно, ежемесячно, к праздникам, отсутствует,
- 6.4. проветривание помещений (подчеркнуть) ежедневно, редко, отсутствует 6.5.
2. Укажите, кто осуществляет поддержание гигиены жилья: 1 дети 2 другие члены семьи 3 принимаю участие 4 другие лица
3. Оцените Вашу физическую активность: 1 занятия утренней гимнастикой (ежедневно, иногда, никогда) 2 занятия спортом (постоянно, иногда, никогда) 3. ходьба (иногда, постоянно) 4 пребывание на свежем воздухе 1.более 3 часов (ежедневно, иногда) 2 менее 1 часа 5. занятия на компьютере (ежедневно, реже, нет) 6.другое
-
4. Оцените Ваш режим дня: 1 длительность ночного сна ___ час. 2 отдых между учебными занятиями и самоподготовкой ___ час. 3. длительность самоподготовки _____ час. 3 нарушения графика приема пищи (ежедневно, никогда) 4 занятия в школе : 1, 2 смена
5. Оцените Ваше питание 1. максимальный интервал между приемами пищи : 1 1 не более 4 часов 1. 2 4-6 часов 1.3. более 6 часов 2. частота приема горячей пищи 3 раза, 2 раза, 1 раз 3. преимущественный рацион - 1.мясо-молочно-растительный 2.мясо-молочный 3 растительный 4 продукты из муки и крахмала 4. удовлетворены ли Вы питанием: 1 да 2 нет (ем всухомятку, плохое качество пищи, не хватает мясной пищи. Не хватает овощей, другое _____)

4 блок «ВАШИ ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА»

1. Что по Вашему мнению представляет наибольшую ценность в жизни (расставьте в порядке очередности) здоровье ___ дети _____ семья _____ удовлетворение от работы _____ материальный достаток _____
2. Укажите, каких жизненных ценностей Вы будете добиваться в жизни (расставьте в порядке очередности): здоровье ___ дети _____ семья _____ удовлетворение от работы _____ материальный достаток _____

Анкета № _____

3. Оцените уровень своей информационной культуры (т.е. насколько Вы владеете навыками сбора и анализа необходимой для личностного развития информации и используете ее): 1. низкий (Вы не владеете навыками сбора и анализа необходимой для личностного развития информации и не пытаетесь их освоить, ограничиваетесь использованием только отдельными средствами массовой информации – радио, телевидение, развлекательные газеты и журналы); 2. средний (Вы недостаточно хорошо владеете навыками сбора и анализа необходимой для личностного развития информации, используете ограниченный объем источников информации); 3. высокий (Вы в полной мере владеете навыками сбора и анализа информации необходимой для развития личности, используете несколько источников для получения информации, в том числе профильные медицинские печатные издания, а также обращаетесь к базе данных Интернет, обращаетесь за консультацией к специалистам, экспертам).
4. Оцените уровень своей правовой культуры (т.е. насколько Вы знакомы с законодательством в области здравоохранения, усвоены правовые нормы, отношение к их соблюдению): 1. низкий (не знакомы с законодательством в области здравоохранения, считаете, что нормы можно иногда нарушать, часто нарушаете правовые нормы); 2. средний (с законодательством в области здравоохранения знакомы в общих чертах, считаете, что правовые нормы надо соблюдать, однако иногда их нарушаете); 3. высокий (имеете юридическое образование, хорошо знакомы с законодательством в области здравоохранения, правовые нормы четко и всегда соблюдаете).
5. Оцените уровень своей культуры саморазвития (т.е. как Вы относитесь к саморазвитию и насколько Вами усвоены методы саморазвития): 1. низкий (не видите необходимости в саморазвитии, не владеете методами саморазвития); 2. средний (считаете, что необходимо постоянно самосовершенствоваться, однако методами саморазвития не владеете); 3.

высокий (считаете, что необходимо постоянно самосовершенствоваться, хорошо владеете методами саморазвития).

6. Оцените уровень своей бытовой культуры (т.е. насколько для вас значимы вопросы быта, насколько вы уделяете внимание вопросам благоустройства своего быта, знакомы с методами обеспечения здорового микроклимата): 1. низкий (в месте проживания не создан и не поддерживается благоприятный микроклимат (влажность, свет, вентиляция, температура), не регулярно проводится влажная уборка и проветривание, низкий эстетический уровень помещений); 2. средний (в месте проживания вы стараетесь создать и поддерживать благоприятный микроклимат (влажность, свет, вентиляция, температура), регулярно проводить влажную уборку и проветривание, обеспечить хороший эстетический уровень помещений, однако у вас это не всегда получается); 3. высокий (в месте проживания вы создали и постоянно поддерживаете благоприятный микроклимат (влажность, свет, вентиляция, температура), регулярно проводить влажную уборку и проветривание, обеспечили хороший эстетический уровень помещений, ваш быт благоустроен, вам комфортно).

7. Оцените уровень своей санологической культуры (т.е. считаете ли вы необходимым уделять внимание вопросам первичной профилактики, сохранения своего здоровья, насколько вы знакомы с методами поддержания своего здоровья и соблюдаете их): 1. низкий (равнодушно относитесь к своему здоровью, не соблюдаете режим дня, не практикуете ежегодный отдых в учреждениях санаторного типа, не соблюдаете принципы рационального питания (регулярное, полноценное), не принимаете с профилактической целью витамины, соевые продукты, продукты с пониженным содержанием холестерина, не используют разгрузочные диеты, препараты по "очищению организма", не соблюдаете правила личной гигиены (чистка зубов, уход за телом, душ и т.д.); 2. средний (считаете, что нужно уделять внимание своему здоровью, выполняете выше перечисленные принципы, но не в полном объеме), 3. высокий (крайне внимательно относитесь к своему здоровью, выполняете вышеперечисленные принципы создания условий для долголетия в полном объеме);

8. Оцените уровень своей профилактической культуры (т.е. считаете ли вы необходимым уделять внимание вопросам вторичной профилактики, предупреждать развитие заболеваний и их осложнений, владеете ли вы методами профилактики заболеваний): 1. низкий (вас не интересуют вопросы профилактики заболеваний, не проводите регулярный самоосмотр своего тела (кожи, молочных желез, половых органов, лимфоузлов) на наличие патологических изменений); 2. средний (вы хотите осуществлять профилактические мероприятия, но плохо знакомы как это правильно делать, либо делаете это не регулярно); 3. высокий (вы уделяете значительное внимание профилактике заболеваний, владеете методами профилактики, регулярно осматриваете свое тело).

9. Оцените уровень своей физической культуры: 1. низкий (не используете приобретенные двигательные качества, навыки и специальные знания в вопросах физического совершенствования, не выработана привычка к занятию физкультурой и спортом, не используете ежегодный активный отдых с использованием природно-климатических факторов практикуют длительное время); 2. средний (эпизодические занятия физкультурой и спортом, используете преимущественно пассивный отдых); 3. высокий (любите спорт, занимаетесь физкультурой и спортом регулярно и с удовольствием).

10. Оцените Ваш уровень медицинской культуры (т.е. считаете ли вы необходимым все вопросы связанные с вашим здоровьем согласовывать с врачом, и выполнять его рекомендации): 1. низкий (вы не признаете официальную медицину, лечитесь сами, а там - как будет); 2. средний (вы стараетесь своевременно прибегать к помощи врача и выполнять его рекомендации, однако это не всегда получается); 3. высокий (вы сразу обращаетесь к помощи врача при малейших признаках заболевания и четко соблюдаете все его рекомендации).

Благодарим за помощь!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Концепция и основные направления деятельности в рамках программы «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»

Таблица Д.1 – Паспорт программы «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»

Наименование программы	Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»
Правовые основания для разработки программы	<p>Конституция Российской Федерации</p> <p>Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»</p> <p>Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»</p> <p>Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»</p> <p>Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»</p> <p>Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»</p> <p>Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990)</p> <p>Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»</p> <p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н. «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»</p> <p>Указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240. «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»</p> <p>Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351)».</p> <p>И другие нормативные правовые акты в области охраны здоровья.</p> <p>Устав школы</p> <p>Локальные акты Ресурсного центра «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий», регламентирующие вопросы охраны здоровья обучающихся.</p>

Продолжение Таблицы Д.1

Наименование программы	Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»
Разработчик программы	Директор Ресурсного центра «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» Бирюкова Н.В.
Цель программы	Создание здоровьесберегающей среды в Ресурсном центре «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, направленной на формирование и раскрытие потенциала культуры здоровья подростков.
Задачи программы	<p>Планомерная организация системы по формированию культуры здоровья подростков</p> <p>Внедрение в деятельность образовательной организации комплекс медико-социально-образовательных мероприятий по формированию культуры здоровья среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования.</p> <p>Оценка состояние здоровья и распространенности факторов риска заболеваний среди подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования и его целенаправленное отслеживание в течение всего периода обучения.</p> <p>Проведение интегративной оценки уровня развития культуры здоровья у подростков в начальный период их подготовки к медицинской профессии, а также мониторинг её изменений на протяжении всего обучения.</p> <p>Гигиеническое нормирование учебной нагрузки и режима дня.</p> <p>Использование педагогами современных здоровьесберегающих технологий в процессе обучения подростков.</p> <p>Развитие медико-психолого-педагогической службы Медицинского Сеченовского Предуниверсария для своевременной профилактики рисков нарушения психофизиологического состояния подростков.</p>
Сроки реализации программы	2021-2024 гг. с последующим пролонгированием.
Направления деятельности и формы работы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Идентификация ключевых факторов и рисков, оказывающих влияние на культуру здоровья среди подростковой аудитории. 2. Определение начального и конечного уровней культуры здоровья у подростков при их поступлении и окончании образовательного процесса.

Продолжение Таблицы Д.1

Направления деятельности и формы работы	<p>3. Выявление принципиальных потребностей в контексте пропаганды здорового образа жизни среди молодежи.</p> <p>4. Разработка и реализация программ медицинского и оздоровительного сопровождения для эффективного становления культуры здоровья у подростков.</p> <p>5. Организация системы психолого-педагогической поддержки, направленной на формирование у подростков понимания важности здорового образа жизни.</p> <p>6. Проведение мониторинга состояния культуры здоровья, включая анализ общего самочувствия, распространенности хронических и актуальных заболеваний, повседневных привычек, условия жизни, а также уровня вовлеченности в учебные и физические активности.</p> <p>7. Стимулирование сотрудничества с родительской общественностью в целях повышения осведомленности и направленности на здоровый образ жизни в рамках семейных ценностей.</p>
Исполнители	Администрация, педагогический коллектив школы, психолог, кураторы, родительский комитет, актив школы, все заинтересованные организации и службы.
Ожидаемые результаты реализации программы	<ul style="list-style-type: none"> - повышение культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. - формирование готовности к сбережению и укреплению здоровья; - снижение заболеваемости обучающихся; - повышение квалификации педагогов в области здоровьесозидающей деятельности; - создание учебно-методического ресурса, направленного на развитие здоровья подростков в контексте предпрофессионального медицинского обучения. - увеличение уровня информированности о культуре здоровья как у подростков, так и у их родителей; - формирование осознанной потребности в ведении здорового образа жизни и развитие культуры здоровья среди всех участников образовательного процесса.

Концепция программы «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования»

«Здоровье – это самое ценное, что есть у человека» (Н.А. Семашко), – эта истина сегодня приобретает особую актуальность. Проблема сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения остается одной из ключевых задач общества, требующей комплексного подхода и постоянной реализации новых инициатив. Неблагоприятная

динамика здоровья детей и подростков, подтвержденная многочисленными исследованиями и официальной статистикой, требует срочного вмешательства.

Количество абсолютно здоровых подростков неуклонно снижается, что обусловлено множеством факторов: неправильным питанием, недостаточной физической активностью, стрессом, недостатком знаний о здоровье и, к сожалению, часто – недостатком внимания со стороны родителей. Современная школа играет важнейшую роль в формировании здорового образа жизни у учащихся. Она должна стать не просто местом получения знаний, но и комфортной средой, способствующей сохранению и укреплению здоровья каждого участника образовательного процесса.

Именно с этой целью разработана уникальная программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования», направленная на формирование культуры здоровья у подростков, будущих медиков, и их родителей.

Главная **цель** программы: создание здоровьесберегающей среды в Ресурсном центре «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, направленной на формирование и раскрытие потенциала культуры здоровья подростков

Подцелями программы стали:

- создание учебно-методического банка в области формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. Этот банк станет ценным источником информации и материалов для обучения будущих врачей основам здорового образа жизни и превентивной медицины;

- повышение уровня грамотности в области культуры здоровья подростков и их родителей. Обучение будет охватывать разнообразные аспекты здоровья, от правильного питания и режима дня до психологической гигиены и профилактики заболеваний;

- формирование осознанной потребности в здоровом образе жизни и формировании культуры здоровья у всех участников образовательного процесса.

В целом программа нацелена на то, чтобы молодые люди не только получили знания, но и включили здоровые привычки в свой повседневный образ жизни.

В основу программы заложены следующие **принципы**: детский и подростковый возраст является основополагающим и определяющим всю дальнейшую жизнь человека. В этот период происходит интенсивный рост организма и формирование соматических структур и функций, которые в дальнейшем обеспечивают здоровье и самореализацию. На этом этапе жизни закладываются все структурно-функциональные элементы и ценностные ориентации, определяющие будущее человека. Поэтому воспитание здоровых привычек с раннего возраста является ключевым фактором в профилактике заболеваний и сохранении здоровья в будущем.

Задачи программы:

1. Тщательное наблюдение за санитарно-гигиеническими условиями в образовательном учреждении.

2. Создание системы оценки состояния здоровья подростков и его регулярный анализ на протяжении учебного процесса.

3. Установление гигиенических норм по учебной нагрузке, объему домашних заданий и режиму дня и неукоснительное их соблюдение.

4. Обучение педагогов новым подходам в образовательном процессе, применение технологий, современного оборудования, инновационных методов, способствующих охране здоровья учеников.

5. Организация сбалансированного и физиологически адекватного питания для учащихся.

6. Развитие психолого-медико-педагогической службы для раннего выявления и предотвращения проблем с психологическим и физическим состоянием подростков.

7. Вовлечение кружковой, внеклассной, проектной, внешкольной деятельности в формирование привычек здорового образа жизни подростков.

8. Соблюдение норм трудового режима педагогическим составом, охрана здоровья преподавательского состава и технического персонала.

9. Регулярное проведение диагностики изменения состояния здоровья обучающихся на протяжении всего периода нахождения в образовательном учреждении.

10. Работа с родителями (законными представителями) для формирования «Healthy lifestyle», профилактики вредных привычек и помощи в создании в семьях условий для укрепления здоровья подростков и их близких родственников.

Программа предполагает использование различных **методов обучения**:

1. Лекции и практические занятия: для подростков будут проведены лекции по основам здоровья, питания, физической активности и психологической гигиены. Практические занятия помогут усвоить полученные знания на практике и сформировать новые полезные привычки.

2. Мастер-классы и тренинги: специалисты, в том числе практикующие медицинские работники, проведут мастер-классы по правильному питанию, физическим упражнениям, методам релаксации и другим важным аспектам здоровья.

3. Родительские собрания и консультации: родители будут приглашены на специальные собрания и консультации, где они смогут получить информацию о здоровье своих детей и научиться помогать им вести здоровый образ жизни.

Программа также предусматривает сотрудничество с медицинскими учреждениями и общественными организациями, занимающимися пропагандой здорового образа жизни. Это позволит расширить спектр предоставляемых услуг и обеспечить комплексный подход к формированию культуры здоровья у подростков.

Реализация этой программы принесет значительные результаты:

- сформирует учебно-методический банк в области формирования культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования. Это будет ценным ресурсом для будущих врачей, помогая им получить необходимые знания и навыки для проведения профилактической работы.

- повысит уровень грамотности в области культуры здоровья подростков и их родителей. Обучение позволит им лучше понимать важность здорового образа жизни и принимать сознательные решения, способствующие сохранению здоровья.

- сформирует осознанную потребность в здоровом образе жизни и формировании культуры здоровья у всех участников образовательного процесса. Это позволит сделать здоровый образ жизни не просто модой, а стилем жизни, который будет сопровождать людей на протяжении всей жизни.

Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» является важным шагом в направлении сохранения и укрепления здоровья подростков и их будущих поколений. Ее

реализация позволит не только сформировать новые полезные привычки у детей и подростков, но и создать условия для их успешной самореализации в будущем.

Важно: индивидуальный подход (учитывать возрастные особенности и интересы подростков); активное участие (вовлекать подростков в процесс обучения и принятия решений); доступность информации (предоставлять информацию в доступной и понятной форме); системный подход (проводить мероприятия на регулярной основе); сотрудничество (объединять усилия медицинских работников, педагогов, родителей и самих подростков).

1. Основные направления деятельности по формированию культуры получения информации о здоровье и его сохранении

Формирование культуры получения информации о здоровье и его сохранении представляет собой многоаспектный процесс, основывающийся на взаимодействии различных социальных институтов и личной ответственности каждого индивидуума. Важнейшими направлениями этой деятельности является просвещение населения, развитие медиаэкспертности и создание доступной информационной среды.

Первостепенной задачей является формирование у людей критического мышления в отношении медицинской информации. Это включает в себя навыки различения достоверных источников и умение анализировать данные, что особенно актуально в эпоху распространения дезинформации и манипуляций. Образовательные программы, направленные на повышение здоровья, должны быть интегрированы в учебные заведения и сообщества, обеспечивая не только теоретические знания, но и практические навыки.

Кроме того, государственные и частные инициативы должны поддерживать доступ к качественной медицинской информации, включая онлайн-ресурсы и консультации со специалистами. Формирование активной позиции граждан в вопросах здоровья, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний также являются ключевыми элементами этой культуры. Создание грамотного информационного поля способствует не только улучшению здоровья населения, но и повышению качества жизни в целом.

Таблица Д.2 – Основные направления деятельности по формированию культуры здоровья

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Разработка и реализация специализированных программ, направленных на популяризацию знаний о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний и значении своевременной медицинской помощи.	Уроки, кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Методисты. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.2

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
2.	Образовательные семинары и тренинги: организация регулярных встреч с врачами, специалистами по питанию и фитнесу, представителями инвалидных организаций, которые обладают квалификацией и могут делиться актуальной информацией о здоровье.	Внеклассные мероприятия, встречи, диспуты, круглые столы, подвижные игры, ролевые игры, интеллектуальные игры и др.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР
3.	Вовлечение молодежи: организация регулярных встреч с выпускниками образовательного учреждения: студентами, врачами, которые будут мотивировать молодое поколение к изучению и пониманию значимости здоровья.	Внеклассные мероприятия, конференции, семинары, круглые столы, мастер-классы, тренинги, экскурсии, квесты, ролевые игры, интеллектуальные игры и др.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР
4.	Создание медийного контента: выпуск буклетов, видеороликов и подкастов, которые объясняют важные аспекты здоровья, образа жизни и методов его поддержания.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
5.	Разработка дополнительных образовательных программ для обучающихся и их родителей (законных представителей), которые будут мотивировать молодое поколение к изучению и пониманию значимости здоровья.	Круглые столы, мастер-классы, тренинги, экскурсии, клуб выходного дня.	В течение года. Методисты. Кураторы. Воспитатели. Преподаватели физической культуры. Медицинский персонал образовательного учреждения.

Продолжение Таблицы Д.2

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
6.	Участие в мероприятиях общественного здоровья: активное вовлечение обучающихся в акции, направленные на повышение физической активности и профилактику заболеваний.	Внеклассные мероприятия, смотры, фестивали, флешмобы (социо-моб, i-mob и др), экскурсии, клуб выходного дня.	В течение года. Кураторы. Воспитатели. Преподаватели физической культуры.
7.	Включение вопросов валеологической направленности в план учебных программ по предметам: биология, химия, география, литература и других.	Уроки, кружки и секции, проектная и научно-исследовательская деятельность.	В течение года. Методисты. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР

2. Основные направления деятельности по формированию культуры правовой грамотности в сфере сохранения здоровья

В современных условиях важным элементом формирования культуры правовой грамотности в сфере сохранения здоровья является интеграция юридических знаний в систему образования и общественных инициатив. Основное внимание следует уделить созданию программ, направленных на повышение осведомленности подростков о их правах в области здравоохранения и доступных медицинских услугах.

Ключевыми направлениями такой работы являются проведение информационных кампаний, семинаров и лекций, а также разработка доступных и понятных для восприятия на подростковом уровне материалов, объясняющих основные правовые аспекты, связанные с медицинской помощью. Особое внимание должно быть уделено уязвимым группам населения, которые часто сталкиваются с ограничениями в доступе к информации.

Кроме того, необходимо наладить взаимодействие между различными субъектами: государственными органами, медицинскими учреждениями и неправительственными организациями. Это сотрудничество позволит создать благоприятную среду для распространения знаний о правах и обязанностях, а также обеспечит защиту интересов подростков в сфере охраны здоровья. В результате будет сформирована не только личная ответственности каждого за свое здоровье, но и общее правовое сознание общества. Эти мероприятия стремятся формировать сознательное отношение к вопросам здоровья и правовой ответственности среди подростков, способствуя созданию информированного и правосознательного гражданского общества.

Таблица Д.3 – Основные направления деятельности по формированию культуры правовой грамотности в сфере сохранения здоровья

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Обучающие семинары – регулярные встречи с юридическими специалистами, где обсуждаются актуальные вопросы правового регулирования в здравоохранении.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
2.	Информационные кампании – распространение буклетов, плакатов и онлайн-материалов, которые содержат основные сведения о правах пациентов, доступных медицинских услугах и механизмах защиты интересов граждан.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
3.	Вебинары и мастер-классы – интерактивные платформы, направленные на объяснение правовых норм и их применения в реальной жизни, с возможностью задать вопросы специалистам.	Внеклассные мероприятия, конференции, семинары, мастер-классы, тренинги и др.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР
4.	Создание правового портала – онлайн-ресурс, где можно найти информацию о текущем законодательстве, а также получить доступ к консультациям адвокатов и юристов.	Кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
5.	Сотрудничество с образовательными учреждениями – внедрение курсов по правам человека и основам правовой грамотности в учебные программы.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Методисты. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР

3. Основные направления деятельности по формированию культуры саморазвития в отношении сохранения здоровья

Основные направления деятельности по формированию у подростков культуры саморазвития в отношении сохранения здоровья включают в себя несколько ключевых аспектов, направленных на создание осознанного и устойчивого отношения к своему физическому и психическому состоянию. Важным элементом является образовательно-просветительская работа, которая помогает подросткам осознать значимость здорового образа жизни, правильного питания и регулярной физической активности. Это может быть реализовано через курсы, тренинги и семинары, направленные на развитие навыков самонаблюдения и самотестирования. Активное вовлечение в практики саморефлексии, такие как медитация и йога, способствует не только укреплению физического здоровья, но и развитию эмоционального интеллекта. Это дает возможность каждому человеку глубже понять свои потребности и выработать индивидуальные стратегии для поддержания гармонии в жизни.

Кроме того, создание поддерживающей социальной среды, где подростки могут обмениваться опытом и получать поддержку, способствует формированию устойчивых привычек и мотивации к саморазвитию. Таким образом, формирование культуры саморазвития становится основой для достижения физического и психического благополучия подростков, что имеет ключевое значение в современном мире.

Таблица Д.4 – Основные направления деятельности по формированию культуры саморазвития в отношении сохранения здоровья

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Проведение семинаров и тренингов по основам здорового образа жизни, культуре здоровья, правильному питанию, физической активности и психическому здоровью. Создание онлайн-курсов и вебинаров, доступных для аудитории в любое время.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
2.	Информационные кампании – организация информационных акций по вопросам здоровья, профилактики заболеваний и здоровья на рабочем месте. Распространение литературы и материалов о важности профилактических медицинских осмотров.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, конференции, семинары, мастер-классы, тренинги и др. внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.4

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
3.	Создание волонтерских групп и инициативных мероприятий, направленных на популяризацию здорового образа жизни в сообществах. Стимулирование участия в проектах по развитию местных инициатив в области здоровья.	Внеклассные мероприятия, проектная деятельность.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР
4.	Индивидуальный подход: поощрение подростков к ведению личных журналов здоровья, где они могут отслеживать свои достижения в области фитнеса и питания. Проведение индивидуальных консультаций с врачами, диетологами и тренерами.	Беседы, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Кураторы. Медицинский персонал образовательного учреждения Заместители директора по УР, ВР
5.	Создание здоровой среды: разработка и реализация программ по благоустройству территорий, созданию зон для отдыха и занятий спортом; обеспечение доступности здоровой пищи в местах общественного питания.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Методисты. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР
6	Создание групп поддержки и тренингов по управлению стрессом, развитию эмоционального интеллекта и эффективному взаимодействию. Проведение лекций и мастер-классов по практике осознанности и другим практикам улучшения психоэмоционального состояния.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Методисты. Социальный педагог. Воспитатели. Психолог.
7	Создание клубов по интересам (фитнес, йога, танцы) для формирования привычки заниматься спортом. Организация совместных семейных мероприятий, направленных на активный отдых и здоровое питание и формирования культуры саморазвития.	Кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Методисты. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР

4. Основные направления деятельности по формированию культуры здорового быта

Основные направления деятельности по формированию культуры здорового быта у подростков включают в себя комплексную работу по просвещению, внедрение, совокупности здоровых ценностей, привычек, практик и образа жизни, которые способствуют физическому, психическому и социальному благополучию человека.

Важным аспектом является образовательная программа, направленная на повышение осведомленности о значении здорового образа жизни и правильного питания, физической активности, гигиены сна, тела и жилища. Специальные семинары и тренинги могут способствовать улучшению знаний о вредных привычках, методах их преодоления и позитивном влиянии физической активности, управлении стрессом, фокусировки на положительных аспектах жизни, о своих эмоциях и потребностях, осознания своего влияния на окружающих и др. Необходимо развивать инфраструктуру для занятий спортом и активного отдыха. Открытие новых пространств для досуга и физической активности помогут вовлечь подростков в регулярные занятия спортом.

Следует поддерживать инициативы по организации культурных мероприятий, способствующих популяризации активного образа жизни. Конкурсы, фестивали и спортивные праздники могут объединять подростков и их родителей (законных представителей), вдохновляя их на изменения в образе жизни.

Таким образом, культура здорового быта формируется через общее усилие всех участников образовательного процесса, направленное на создание условий для здорового и активного существования каждого человека. Культура здорового быта – это не просто набор правил, а образ жизни, который позволяет жить полноценно и счастливо.

Таблица Д.5 – Основные направления деятельности по формированию культуры здорового быта

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Образовательные программы и семинары: организация лекций и мастер-классов по вопросам питания, физического, ментального и социального здоровья; проведение курсов по навыкам ухода за собой и развития здоровых привычек.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
2.	Спортивные мероприятия: проведение (или участие в таковых) массовых спортивных соревнований, таких как марафоны, велопробеги или спортивные фестивали; организация регулярных тренировок и фитнес-классов для всех желающих.	Кружки, секции, клуб выходного дня, внеклассные мероприятия.	В течение года. Кураторы Руководители кружков. Учитель физкультуры Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.5

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
3.	Программы по питанию: разработка и внедрение образовательных программ о здоровом питании, включая семинары и кулинарные мастер-классы; проведение акций по популяризации здоровой пищи и знакомство с местными производителями здоровой пищи.	Внеклассные мероприятия, конференции, проектная деятельность, семинары, мастер-классы, тренинги и др.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР Методисты Медицинский персонал
4.	Информационные кампании: разработка информационных материалов (буклетов, плакатов, видео) о важности формирования культуры здорового быта; проведение кампаний в социальных сетях, направленных на распространение знаний о здоровом быте.	Кружки, секции, внеклассные мероприятия проектная деятельность	В течение года. Методисты. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
5.	Организация активного досуга: создание клубов по интересам, направленных на занятия спортом или хобби, которые способствуют физической активности и общению; организация выездов на природу (походы, велопоходы), что помогает укрепить физическую форму и единение с природой; поддержка инициатив по благоустройству общественных пространств для физической активности (площадки, парки).	Уроки, кружки, секции, клуб выходного дня, внеклассные мероприятия.	В течение года. Учитель физкультуры. Социальный педагог. Кураторы Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР
6	Психологическое здоровье: обеспечение доступа к психологическим консультациям и тренингам для укрепления ментального здоровья; проведение мероприятий по снижению стресса, таких как занятия йогой, медитацией и др.	Кружки, секции, клуб выходного дня, внеклассные мероприятия.	В течение года. Психолог Социальный педагог. Учитель физкультуры Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.5

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
7	Работа с семьями: проведение семейных мероприятий, направленных на активный отдых и совместные занятия (игры на свежем воздухе, спортивные состязания); организация программ для родителей по вопросам воспитания детей в духе здорового образа жизни и формированию культуры здорового быта.	Клуб выходного дня, внеклассные мероприятия.	В течение года. Кураторы Социальный педагог. Учитель физкультуры Заместители директора по УР, ВР

5. Основные направления деятельности по формированию культуры личной гигиены

Основные направления деятельности по формированию культуры личной гигиены у подростков включают в себя комплекс мер, направленных на повышение осведомленности их о важности соблюдения правил личной гигиены для здоровья и благополучия каждого индивида. Ключевым элементом этих мероприятий является просвещение, которое охватывает как образовательные учреждения, так и общественные организации, способствуя внедрению гигиенических норм в повседневную практику подростков.

Вторым направлением является разработка и внедрение медицинских программ, которые включают регулярные осмотры, вакцинации и профилактические меры, способствующие повышению уровня гигиенического сознания подростков. Важно также учитывать влияние социальной среды на формирование гигиенических привычек: активное взаимодействие с родителями, педагогами и волонтерами помогает создать поддерживающую атмосферу.

Наконец, использование современных технологий, включая социальные сети и мобильные приложения, предоставляет уникальные возможности для улучшения доступа к информации о личной гигиене и мотивации к здоровому образу жизни, что в конечном итоге является залогом формирования культуры личной гигиены у подростков.

Таблица Д.6 – Основные направления деятельности по формированию культуры личной гигиены

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Образование и просвещение: Проведение образовательных программ, лекций и семинаров по вопросам личной гигиены, включая	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия	В течение года. Преподаватели. Методисты.

Продолжение Таблицы Д.6

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
	правила ухода за телом, полости рта, рук и т. д.; включение тематики гигиены в рабочие программы дисциплин; использование современных технологий, таких как мобильные приложения и онлайн-курсы, для обучения и напоминания о правилах личной гигиены.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
2.	Пропаганда здорового образа жизни: информирование подростков о важности соблюдения гигиенических норм как составляющей здорового образа жизни; осуществление просветительских кампаний, направленных на привлечение внимания к вопросам личной гигиены.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
3.	Доступность гигиенических средств: обеспечение подростков необходимыми средствами для соблюдения личной гигиены (мыло, дезинфицирующие средства, средства по уходу и т. д.), в учебном заведении, соблюдение норм по освещенности, вентиляции, температурного режима, санитарным состоянием учебных кабинетов.	Создание инфраструктуры.	В течение года. Администрация. Медицинский персонал Заместители директора по УР, ВР.
4.	Обустройство санузлов, умывалок и других необходимых мест для личной гигиены в учебном заведении; поддержание чистоты и порядка в этих помещениях. Организация питьевого режима для обучающихся.		
5.	Культура общения: формирование определённых норм поведения в обществе, связанных с личной гигиеной, например, обычаи использования маски в общественных местах при наличии простуды, порядок мытья рук после посещения туалета и др.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Психолог. Медицинский персонал Социальный педагог. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.6

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
6.	Психологическое сопровождение: помощь людям в преодолении стереотипов и предвзятостей, связанных с личной гигиеной, особенно в группах риска, таких как дети, подростки и социально уязвимые категории.	Уроки, кружки, секции, беседы, внеклассные мероприятия.	В течение года. Психолог. Социальный педагог. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР
7.	Организация занятий специальной медицинской физкультурной группой для детей ослабленным здоровьем.	Занятия СМГ.	В течение года по расписанию. Медицинский персонал. Учителя физкультуры.
8.	Мониторинг и контроль: проведение регулярных проверок состояния гигиенической культуры и состояния здоровья подростков в учебном заведении, внедрение систем оценки и стимулирования соблюдения личной гигиены среди сотрудников и учащихся.	Медицинский осмотр. Анкетирование, опрос, диагностика, внеклассные мероприятия.	В течение года с необходимой периодичностью. Медицинский персонал. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР

6. Основные направления деятельности по формированию культуры питания

Частично мероприятия по данному направлению деятельности перекликаются с мероприятиями по формированию культуры здорового быта. Работа по формированию культуры питания должна строиться с разных позиций: интерьер школьной столовой должен быть приятным, светлым, просторным, с удобной мебелью и зонами для отдыха (важно создать атмосферу комфорта, поощряющую медленное питание и общение за столом); меню школьной столовой должно быть разнообразным и соответствовать принципам сбалансированного питания: обеспечивать организм необходимым количеством белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов (важно учитывать возрастные особенности подростков); контроля качества пищевых продуктов и блюд, обеспечить соблюдение гигиенических норм и правил хранения. Формирование культуры здорового питания – это не разовое мероприятие, а длительный процесс, требующий систематической работы. В рамках образовательных программ необходимо постепенно знакомить подростков с основами гигиены и режима питания, рассказывать о различных продуктах и их питательной ценности, о полезных и вредных привычках в питании, о культуре питания разных народов. Необходимо организовывать совместные мероприятия с родителями: родительские собрания, лекции, семинары, кулинарные мастер-классы по приготовлению здоровых блюд. Родителям необходимо предоставлять информационные

материалы о здоровом питании, рекомендации по составлению рациона, рецепты здоровых блюд. Комплексный подход к формированию культуры здорового питания в образовательном учреждении позволит не только обеспечить здоровье детей, но и заложить основы здорового образа жизни на всю жизнь.

Таблица Д.7 – Основные направления деятельности по формированию культуры питания

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Образование и информирование: проведение образовательных программ, семинаров и лекций о правилах здорового питания, пищевых группах, витаминах и минералах. Важность осведомленности о воздействии различных продуктов на здоровье.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Медицинский персонал. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
2.	Семейные традиции: поддержание семейных обычаев приготовления пищи и совместных приемов пищи, что способствует формированию позитивного отношения к еде и укреплению семейных связей.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Кураторы. Социальный педагог. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
3.	Поддержка местного производства: привлечение внимания к важности локальных продуктов и сезонных овощей и фруктов.	Внеклассные мероприятия, конференции, семинары, мастер-классы.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР
4.	Кулинарные навыки: обучение кулинарии, включая простые и здоровые рецепты, что поможет подросткам научиться готовить дома, что может снизить потребление фастфуда и полуфабрикатов.	Кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Приглашенные специалисты. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
5.	Осознанное потребление: привитие навыков осознанного потребления, включая чтение этикеток, понимание калорийности и питательной ценности продуктов, а также влияние потребления на окружающую среду; пропаганда принципов сбалансированного питания, включая рациональное сочетание белков,	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Приглашенные специалисты. Психолог. Медицинский персонал. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.7

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
5.	жиров и углеводов, а также важность употребления достаточного количества фруктов и овощей.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Приглашенные специалисты Психолог. Медицинский персонал Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР
6.	Здоровый образ жизни: комплексный подход к здоровью, включая физическую активность, психическое здоровье и управление стрессом, что тоже влияет на привычки питания.	Уроки, кружки, секции, диагностика, внеклассные мероприятия, тренинги, мастер-классы и др.	В течение года. Психолог. Медицинский персонал Учитель физкультуры Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР
7.	Социальные инициативы и проекты: участие в программах, направленных на борьбу с голодом и недостаточным питанием, а также на поддержку уязвимых групп населения.	Проектная деятельность, клуб выходного дня, внеклассные мероприятия.	В течение года. Социальный педагог. Кураторы. Заместители директора по УР, ВР

7. Основные направления деятельности по формированию культуры отдыха

Культуры отдыха представляет собой не только способ проведения свободного времени, но и важный инструмент сохранения и поддержания здоровья, самовыражения и социальной активности. В современном мире, насыщенном быстрыми ритмами и напряженной работой, качественный здоровый досуг становится настоящим искусством. Он помогает человеку не только восстановить силы, но и обогатить свои знания, развивать креативность и укреплять социальные связи. Разнообразие форм досуга, будь то занятия спортом, искусством, чтением или путешествиями, позволяет каждому найти собственный путь к гармонии и удовлетворению. Взаимодействие с природой, участие в культурных мероприятиях и общение с единомышленниками стимулируют творческий потенциал и способствуют личностному росту.

Как следствие, культура досуга активно формирует здоровье, как физическое, так и психическое. Она создает пространство для осознанного отдыха и восстановления

ресурсов, необходимых для продуктивной деятельности. Важно помнить, что качественно организованный досуг – это не просто благо, а необходимая инвестиция в свое благополучие и долгожительство.

Таблица Д.8 – Основные направления деятельности по формированию культуры отдыха

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Образование и просвещение: проведение лекций, мастер-классов и семинаров по вопросам культуры отдыха; введение курсов по организации досуга и культурных мероприятий.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Медицинский персонал Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
	Создание информационных ресурсов: разработка информационных платформ и ресурсов, посвященных мероприятиям и возможностям отдыха; активное использование социальных сетей для продвижения культуры отдыха.	Кружки, секции, внеклассные мероприятия проектная деятельность, оформление стенда, буклетов и др.	В течение года. Методисты. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
2.	Организация мероприятий: проведение фестивалей, культурных и спортивных событий; поддержка инициатив по проведению общественных праздников и досуговых мероприятий в среде подростков.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Методисты. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР
3.	Стимулирование волонтерства: привлечение молодежи и граждан к волонтерским проектам в сфере досуга; поддержка общественных инициатив и некоммерческих организаций.	Внеклассные мероприятия, проектная деятельность.	В течение года. Социальный педагог. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.8

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
4.	Психологическое и социальное сопровождение: проведение тренингов по управлению временем и стрессом, чтобы подростки могли лучше организовать свой досуг; создание клубов по интересам и поддержка общения между подростками; поддержка инициатив посещения культурных учреждений (театры, музеи, библиотеки).	Кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия, тренинги, экскурсии и др.	В течение года. Психолог. Социальный педагог. Руководители кружков. Кураторы. Заместители директора по УР, ВР
5.	Интеграция культуры разных народов: программа обмена культурными традициями и мероприятиями, направленная на сближение разных культур; поддержка мультикультурализма через разнообразные культурные проекты.	Внеклассные мероприятия, клуб выходного дня, проектная деятельность.	В течение года. Психолог. Социальный педагог. Руководители кружков. Кураторы. Заместители директора по УР, ВР
6.	Популяризация здорового образа жизни: привлечение подростков и их родителей к активным формам отдыха, таким как спорт, пешеходные и велосипедные прогулки; организация мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни.	Внеклассные мероприятия, клуб выходного дня, проектная деятельность.	В течение года. Медицинский персонал. Преподаватель физкультуры. Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР

8. Основные направления деятельности по формированию культуры учебной деятельности

Основные направления деятельности по формированию культуры учебной деятельности заключаются в создании среды, способствующей развитию познавательной активности и самостоятельности учащихся. Первостепенное значение имеет интеграция различных методов обучения, которые предполагают активное участие подростков в образовательном процессе. Важным аспектом является внедрение проектной деятельности, которая помогает развивать критическое мышление и творческий подход к решению задач.

Ключевым направлением также выступает формирование междисциплинарных связей, что позволяет учащимся осмыслить учебный материал в контексте реальной

жизни и применять знания в практике. Важным дополнением к этому является внедрение цифровых технологий, которые расширяют возможности для обучения и делают его более доступным и интерактивным.

Социальная активность подростков и их участие в различных формах общественной жизни играют значительную роль в формировании учебной культуры. Таким образом, комплексный подход к организации образовательного процесса, включающий расширение границ традиционного обучения, обеспечивает формирование устойчивой учебной культуры, основанной на сотрудничестве, открытости и творчестве.

Таблица Д.9 – Основные направления деятельности по формированию культуры учебной деятельности

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Развитие мотивации к обучению: создание интересных и значимых учебных задач; поддержка инициативы и самостоятельности учащихся; внедрение системы поощрений и наград за достижения.	Уроки, кружки, секции, проектная деятельность, диагностика, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Психолог. Социальный педагог. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР.
2.	Формирование учебных привычек и навыков: обучение эффективным методам учебной деятельности (планирование, самоорганизация, тайм-менеджмент); развитие навыков рефлексии и самоконтроля.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Психолог. Социальный педагог. Руководители кружков. Заместители директора по УР, ВР.
3.	Формирование общей образовательной среды: создание условий для активного и продуктивного обучения; обеспечение доступности учебных ресурсов и материалов	Уроки, кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Психолог. Социальный педагог. Руководители кружков. Администрация. Заместители директора по УР, ВР.
4.	Создание положительного психологического климата: формирование доверительных отношений между учащимися и педагогами; стимулирование сотрудничества и командного взаимодействия; поддержка эмоционального комфорта в учебном процессе.	Внеклассные мероприятия, конференции, проектная деятельность, семинары, мастер-классы, тренинги и др.	В течение года. Психолог. Социальный педагог. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.9

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
4.	Развитие критического мышления: поощрение обсуждения и анализа информации; внедрение методов проблемного обучения; обучение аргументации и обоснования своей точки зрения.	Кружки, секции, проектная деятельность, конференции, диспуты и др., внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Психолог. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР.
5.	Индивидуализация и дифференциация обучения: учет индивидуальных особенностей учащихся; предоставление выбора в выборе учебных задач и способов их выполнения; использование различных форматов обучения (индивидуальная, групповая работа).	Уроки, кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Методисты. Психолог. Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР.
6.	Интеграция современных технологий: использование цифровых инструментов для повышения эффективности учебного процесса; организация дистанционного и смешанного обучения.	Уроки, кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Методисты. Заместители директора по УР, ВР.
7.	Работа с родителями и сообществом: вовлечение родителей в образовательный процесс; сотрудничество с местным сообществом и организациями для создания партнерских инициатив.	Внеклассные мероприятия, консультации, клуб выходного дня, проектная деятельность.	В течение года. Психолог. Социальный педагог. Руководители кружков. Кураторы. Заместители директора по УР, ВР.

9. Основные направления деятельности по формированию культуры общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья

Культура здоровья – это не просто набор знаний о здоровом образе жизни. Она включает в себя глубокое понимание своего организма, его физических и психологических особенностей, а также осознание взаимосвязи индивидуального здоровья с социальным контекстом. Человек, воспитанный в культуре здоровья, способен принимать ответственные решения, управлять своим жизненным стилем, активно

участвовать в создании благоприятной среды для себя и своего окружения. Важность культуры здоровья нельзя оценивать изолированно. Человек не существует в вакууме, он – часть общества, и его здоровье зависит от здоровья окружающих его людей. В свою очередь, здоровье общества зависит от индивидуального здоровья каждого члена этого общества. Это взаимосвязь – ключ к пониманию социальной стороны проблемы здоровья. Современный мир динамичен, и культура здоровья должна эволюционировать в соответствии с новыми реалиями. Именно совместная работа позволит создать в обществе атмосферу здорового образа жизни и сделать здоровье неотъемлемой частью каждого человека.

Таблица Д.10 – Основные направления деятельности по формированию культуры общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Информирование и повышение осведомленности – проведение лекций, семинаров, мастер-классов (приглашать врачей, специалистов по здоровому образу жизни, диетологов, психологов для повышения грамотности населения в вопросах здоровья); размещение информационных стендов и плакатов (в местах рекреации, медицинских кабинетах с практическими советами по здоровому образу жизни); создание специальных веб-сайтов и мобильных приложений (с информацией о здоровье, рекомендациями по профилактике заболеваний, онлайн-консультациями с врачами, педагогами, психологами); использование средств массовой информации (публикация статей, программ на радио и телевидении, в том числе школьных, видеороликов с целью повышения осведомленности о важности здорового образа жизни).	Уроки, кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Руководители кружков. Методисты. Психолог. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.10

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
2.	Работа с родителями и сообществом – организация общественных мероприятий с вовлечением родителей, которые подчеркивают важность коллективной ответственности за здоровье каждого; формирование сообщества, где обмен опытом и поддержка друг друга становятся нормой. Сотрудничество с местными сообществами, образовательными учреждениями и организациями здравоохранения для совместных усилий по сохранению здоровья.	Диагностика, тренинги, консультации, семинары, акции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Кураторы. Руководители кружков. Социальный педагог. Психолог. Медицинский персонал Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР
3.	Стимулирование здорового образа жизни – организация и участие в спортивных мероприятиях школьного и городского уровня (массовые забеги, велопробеги, турниры по разным видам спорта с целью поощрения физической активности); создание условий для занятий спортом (обустройство спортивных площадок, фитнес-центров, открытие секций и кружков); проведение акций и конкурсов (на тему здорового питания, отказа от вредных привычек, активного образа жизни); создание программ по профилактике заболеваний (включая бесплатные медицинские осмотры, вакцинацию, скрининговые программы).	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Медицинский персонал Учитель физкультуры Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ Воспитатели. Заместители директора по УР, ВР
4.	Развитие социальной ответственности – проведение волонтерских акций (помощь пожилым людям, инвалидам, детям из неблагополучных семей в вопросах здоровья); создание общественных организаций (по пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний, поддержке людей с ограниченными возможностями); развитие механизмов	Внеклассные мероприятия, проектная деятельность.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.10

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
4.	обратной связи (создание платформ для обмена информацией, отзывов и предложений по вопросам здоровья).	Внеклассные мероприятия, проектная деятельность.	В течение года. Заместители директора по УР, ВР
5.	Создание благоприятной среды – регулирование рекламы алкоголя и табачных изделий (ограничение ее доступности и информационного воздействия на территории образовательного учреждения); создание безопасной и комфортной среды, развитие инфраструктуры на пришкольной территории (с целью стимулирования прогулок и активного отдыха).	Кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Администрация Заместители директора по УР, ВР
6	Повышение квалификации специалистов – проведение курсов повышения квалификации для ППС и всех работников, участвующих в образовательно-воспитательном процессе (с целью обновления знаний и навыков в вопросах профилактики заболеваний, здорового образа жизни).	Мастер-классы, курсы ПК, конференции и др.	В течение года. Администрация Социальный педагог Психолог Заместители директора по УР, ВР

10. Основные направления деятельности по формированию культуры физической активности

Основные направления деятельности по формированию культуры физической активности охватывают широкий спектр мероприятий и инициатив, направленных на повышение уровня вовлеченности населения в физическую культуру и спорт. Во-первых, необходимо развивать образовательные программы, которые акцентируют внимание на важности физической активности для здоровья и общего благополучия. Это включает интеграцию физической культуры в школьные и университетские курсы, а также проведение семинаров и мастер-классов для различных возрастных групп. Во-вторых, ключевым моментом является создание доступной инфраструктуры для занятий спортом и физической активностью. В-третьих, значительную роль играет популяризация физической активности через массовые мероприятия. Организация спортивных праздников, марафонов, турниров и фитнес-фестивалей способствует формированию позитивного имиджа физических нагрузок и здорового образа жизни.

Культивирование физической активности в обществе требует комплексного подхода, включающего сотрудничество между образовательными учреждениями, общественными организациями и государственными органами.

Таблица Д.11 – Основные направления деятельности по формированию культуры физической активности

№	Примерный перечень мероприятий	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Информационно-просветительские мероприятия: лекции и семинары о пользе физической активности, о различных видах спорта, о правильном питании и режиме дня; видеоролики и презентации, демонстрирующие преимущества активного образа жизни, мотивационные истории спортсменов; информационные стенды и брошюры с информацией о спортивных секциях, тренировках, соревнованиях; мастер-классы по различным видам спорта, с участием профессиональных спортсменов; организация онлайн-платформы с информацией о спортивных мероприятиях, тренировочных программах, советами по питанию.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Преподаватель физкультуры. Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ. Руководители кружков. Методисты. Психолог. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР
2.	Создание условий для занятий спортом: организация и вовлечение в существующие спортивные секции и кружки по различным видам спорта, с учетом интересов подростков; организация спортивных площадок доступных для всех с учетом мобильности, с современным оборудованием; проведение спортивных фестивалей и соревнований для подростков разных возрастов и уровней подготовки и мобильности; создание спортивных клубов для объединения подростков, увлеченных спортом; внедрение спортивных элементов в учебный процесс (физкультминутки,	Кружки, секции, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Преподаватель физкультуры. Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ. Руководители кружков. Методисты. Психолог. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР

Продолжение Таблицы Д.11

№	Примерный перечень мероприятий	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
2.	спортивные игры на уроках, спортивные праздники).	Кружки, секции, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Преподаватель физкультуры. Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ. Руководители кружков. Методисты. Психолог. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР
3.	Мотивация и вовлечение: поощрение участия в спортивных мероприятиях (грамоты, призы, награды); создание системы мотивации (личные рекорды, соревнования, достижения); развитие лидерских качеств (через участие в спортивных командах, организация спортивных мероприятий); формирование позитивного образа спорта (через примеры успешных спортсменов, пропаганду здорового образа жизни).	Внеклассные мероприятия, конференции, семинары, мастер-классы, тренинги и др.	В течение года. Преподаватель физкультуры. Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ. Руководители кружков. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР.
4.	Взаимодействие с родителями: информирование о важности физической активности, совместное участие в спортивных мероприятиях.	Клуб выходного дня, проектная деятельность, консультации, внеклассные мероприятия.	В течение года. Учитель физкультуры. Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ. Психолог. Социальный педагог. Руководители кружков. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР.
5.	Индивидуальный подход: определение индивидуальных потребностей и интересов; разработка индивидуальных программ	Кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные	В течение года. Преподаватель физкультуры. Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ.

Продолжение Таблицы Д.11

№	Примерный перечень мероприятий	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
5.	тренировок (с учетом физических возможностей, возраста, состояния здоровья); создание условий для выбора вида спорта (по интересам, способностям, физическим возможностям); обеспечение безопасности (контроль за состоянием здоровья, использование качественного спортивного инвентаря).	внеклассные мероприятия, анкетирования, тестирования, консультации.	ОБЖ и ЗОЖ Психолог. Социальный педагог Руководители кружков. Медицинский персонал Заместители директора по УР, ВР
6.	Профессиональная помощь: привлечение квалифицированных тренеров для проведения тренировок, обучения технике, обеспечения безопасности; сотрудничество с медицинскими работниками для проведения медицинских осмотров, консультаций, профилактики травм; создание системы психологической поддержки для преодоления трудностей, мотивации, достижения целей.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия, конференции, семинары, мастер-классы, тренинги и др.	В течение года. Учитель физкультуры Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ Психолог. Приглашенные специалисты. Руководители кружков. Медицинский персонал Заместители директора по УР, ВР

11. Основные направления деятельности по формированию культуры предупреждения заболеваний

Основные направления деятельности по формированию культуры предупреждения заболеваний включают в себя комплексный подход, нацеленный на информирование и вовлечение подростков в процесс заботы о собственном здоровье. Прежде всего, необходимо развивать просветительские программы, направленные на повышение осведомленности о факторах риска заболеваний, таких как неправильное питание, отсутствие физической активности и курение.

Вторым важным направлением является создание доступной и комфортной инфраструктуры для ведения здорового образа жизни, а также организацию массовых мероприятий, способствующих движению и общению.

Третьим аспектом является активное сотрудничество с медицинскими учреждениями для обеспечения регулярного контроля здоровья подростков, ранней диагностики и профилактических осмотров. Важно также внедрение программ по вакцинации и

скринингу, что позволит существенно снизить заболеваемость и увеличить среднюю продолжительность жизни.

Все эти меры требуют совместных усилий государства, медицинских организаций и общества, что в итоге приведет к формированию устойчивой культуры предупреждения заболеваний и улучшению общего благополучия населения.

Таблица Д.12 – Основные направления деятельности по формированию культуры предупреждения заболеваний

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	<p>Информационно-просветительские мероприятия: лекции и семинары (например: об основных принципах здорового образа жизни; о профилактике распространенных заболеваний среди подростков (ВИЧ/СПИД, туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем, наркомания, алкоголизм); о влиянии вредных привычек на здоровье; о важности вакцинации; о правилах гигиены и санитарии; о способах оказания первой помощи.</p> <p>Информационные стенды и буклеты с информацией о профилактике заболеваний, с контактными данными медицинских учреждений.</p> <p>Онлайн-ресурсы: создание сайтов и групп в социальных сетях с информацией о культуре предупреждения заболеваний.</p> <p>Разработка или внедрение к использованию имеющихся мобильных приложений для отслеживания здоровья и получения рекомендаций.</p>	<p>Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия, Интерактивные занятия, ролевые игры, дебаты и дискуссии, викторины и конкурсы, кинопоказы и др.</p>	<p>В течение года.</p> <p>Преподаватель физической культуры.</p> <p>Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ.</p> <p>Психолог.</p> <p>Приглашенные специалисты.</p> <p>Руководители кружков.</p> <p>Медицинский персонал.</p> <p>Заместители директора по УР, ВР.</p>
2.	<p>Практические мероприятия: спортивные мероприятия по различным видам спорта; проведение дней здоровья с активными играми и занятиями; творческие мероприятия (конкурсы рисунков, сочинений, видеороликов на тему здоровья, театральные постановки,</p>	<p>Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия, соревнования,</p>	<p>В течение года.</p> <p>Преподаватель физкультуры.</p> <p>Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ.</p> <p>Приглашенные специалисты.</p>

Продолжение Таблицы Д.12

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
2.	<p>посвященные профилактике заболеваний).</p> <p>Проведение мастер-классов по приготовлению здоровой пищи, по основам самомассажа и йоги.</p> <p>Организация экскурсий в медицинские учреждения, спортивные центры, центры здорового образа жизни.</p>	<p>флешмобы, турниры, экскурсии и др.</p>	<p>Руководители кружков.</p> <p>Медицинский персонал.</p> <p>Заместители директора по УР, ВР.</p>
3.	<p>Вовлечение родителей и педагогов: проведение родительских собраний для обсуждения актуальных проблем, связанных со здоровьем подростков. Предоставление информации о профилактике заболеваний. Обмен опытом и рекомендациями.</p> <p>Обучение педагогов: проведение семинаров и тренингов по вопросам формирования культуры предупреждения заболеваний.</p> <p>Предоставление методических материалов и учебных пособий.</p> <p>Совместные мероприятия (создание школьных клубов здоровья, организация спортивных праздников и фестивалей).</p>	<p>Внеклассные мероприятия, конференции, семинары, мастер-классы, тренинги, консультации, клуб выходного дня и др.</p>	<p>В течение года.</p> <p>Преподаватель физкультуры.</p> <p>Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ.</p> <p>Психолог.</p> <p>Социальный педагог.</p> <p>Методист.</p> <p>Приглашенные специалисты.</p> <p>Руководители кружков.</p> <p>Медицинский персонал.</p> <p>Заместители директора по УР, ВР.</p>
4.	<p>Создание мотивации: поощрение здорового образа жизни (признание и награждение подростков, ведущих здоровый образ жизни); предоставление льгот на спортивные мероприятия и услуги; создание конкурсов и номинаций для здоровых подростков; демонстрация положительных примеров (приглашение успешных людей, ведущих здоровый образ жизни, для выступления перед подростками), создание роликов с позитивными историями о здоровом образе жизни.</p>	<p>Кружки, секции, проектная деятельность, внеклассные мероприятия, консультации, мастер-классы и др.</p>	<p>В течение года.</p> <p>Преподаватель физкультуры.</p> <p>Преподаватель ОБЖ и ЗОЖ.</p> <p>Психолог.</p> <p>Приглашенные специалисты.</p> <p>Руководители кружков.</p> <p>Медицинский персонал.</p> <p>Методист.</p> <p>Администрация.</p> <p>Заместители директора по УР, ВР.</p>

12. Основные направления деятельности по формированию культуры отношения к вредным привычкам

Формирование культуры отношения к вредным привычкам включает в себя целый комплекс мероприятий, направленных на профилактику и изменение поведенческих установок подростков. Одним из основных направлений является просвещение подростков о последствиях вредных привычек, таких как курение, употребление алкоголя и наркотиков. Просветительские программы, лекции и семинары, проводимые в учебных заведениях, помогают донести до людей важность здоровья и психологического благополучия.

Кроме того, стоит отметить значимость социального примера. Общественные деятели, медики и просто активные граждане, отказываясь от вредных привычек, создают позитивный имидж нового образа жизни. Это преследует цель формировать у молодежи правильные ориентиры и установки.

Культурные и спортивные мероприятия также играют ключевую роль в формировании этой культуры. Фестивали здоровья, спортивные соревнования и флешмобы показывают, как разнообразно и интересно можно проводить время без вредных привычек. Важным аспектом является вовлечение СМИ, которые могут способствовать обсуждению проблематики в общественном пространстве, формируя критическое отношение к вредным привычкам и пропагандируя здоровый образ жизни.

Таблица Д.13 – Формирование культуры отношения к вредным привычкам

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Образовательные программы – проведение лекций и семинаров о вреде никотина, алкоголя и наркотиков, с привлечением профессиональных психологов и врачей.	Уроки, кружки, секции, круглые столы, внеклассные мероприятия.	В течение года. Преподаватели. Социальный педагог. Методист. Приглашенные специалисты. Руководители кружков. Медицинский персонал. Психолог. Заместители директора по УР, ВР.
2.	Информационные кампании – распространение буклетов, плакатов и онлайн-материалов, которые содержат основные сведения о формировании культуры отношения к вредным привычкам.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Методист. Руководители кружков. Медицинский персонал.

Продолжение Таблицы Д.13

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
2.			Заместители директора по УР, ВР.
3.	Вовлечение родителей для обсуждения актуальных проблем, организация дискуссий между подростками и родителями, где обсуждаются опасности вредных привычек и способы их предотвращения Психологическая поддержка – формирование групп поддержки для подростков и их родителей, сталкивающихся с проблемами зависимости.	Внеклассные мероприятия, конференции, семинары, мастер-классы, тренинги, консультации, клуб выходного дня и др.	В течение года. Социальный педагог. Методист. Психолог. Социальный педагог. Приглашенные специалисты. Руководители кружков. Медицинский персонал. Заместители директора по УР, ВР.
4.	Сотрудничество с реабилитационными учреждениями – встреча с людьми, преодолевшими зависимость, для личного примера.	Экскурсии, выезды, встречи, внеклассные мероприятия.	В течение года. Воспитатели. Администрация. Заместители директора по УР, ВР.
5.	Спортивные мероприятия – организация спортивных турниров, марафонов и акций, направленных на привлечение подростков к спорту.	Внеклассные мероприятия, клуб выходного дня и др.	В течение года. Преподаватель физической культуры. Медицинский персонал. Методист. Администрация. Заместители директора по УР, ВР.

13. Основные направления деятельности по формированию культуры отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье

В современных условиях важным направлением деятельности является формирование культуры отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье. Это требует также комплексного подхода, включая образовательные инициативы, просветительские программы и активное вовлечение общества в решение вопросов инклюзии.

Одним из ключевых аспектов является изменение общественного сознания через распространение информации о жизни и потребностях людей с инвалидностью.

Проведение семинаров, конференций и круглых столов поможет создать платформу для обмена опытом и лучшими практиками. Важно активно привлекать средства массовой информации для освещения вопросов доступности, равенства и уважения к правам лиц с ограниченными возможностями.

Также необходимо развивать сотрудничество с государственными учреждениями, НКО и бизнесом для изучения их опыта создания доступной инфраструктуры, предоставления рабочих мест и возможности участия лиц с инвалидностью в общественной жизни. Важным элементом является внедрение программ, направленных на поддержку и помощь семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, что позволит им жить полноценной и активной жизнью.

Только совместные усилия общества могут привести к позитивным изменениям и формированию культуры толерантности и поддержки.

Таблица Д.14 – Основные направления деятельности по формированию культуры отношения к лицам с ограниченными возможностями в здоровье

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
1.	Обучающие программы – введение учебных курсов и мероприятий в школах, направленных на обучение подростков принятию различий и уважению к людям с ограниченными возможностями, проведение обучающих семинаров для педагогов и работников учреждений, направленных на формирование инклюзивной культуры.	Уроки, кружки, секции, внеклассные мероприятия, конференции, семинары, мастер-классы, тренинги и др.	В течение года. Преподаватели. Социальный педагог. Методист Приглашенные специалисты. Руководители кружков. Медицинский персонал. Психолог. Заместители директора по УР, ВР.
2.	Информационные кампании – распространение буклетов, плакатов и онлайн-материалов, которые содержат сведения о лицах с ограниченным возможностями в здоровье, способствующих формированию позитивного имиджа людей с ограниченными возможностями в обществе.	Кружки, секции, презентации, клуб выходного дня, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Социальный педагог. Методист. Приглашенные специалисты. Руководители кружков. Медицинский персонал. Психолог. Заместители директора по УР, ВР.

Продолжение Таблицы Д.14

№	Основные направления деятельности	Основная форма реализации	Сроки, ответственные
3.	Социальные кампании – проведение акций и других мероприятий, направленных на информирование и просвещение подростков о проблемах и достижениях людей с ограниченными возможностями. Создание программ стажировок и волонтерства для подростков, которые позволят им взаимодействовать с людьми с ограниченными возможностями, формируя эмпатию и понимание. Организация или участие в местных и региональных мероприятиях, посвящённых искусству и талантам людей с ограниченными возможностями, с целью повышения их видимости в обществе для формирования толерантного отношения к таким людям.	Внеклассные мероприятия, проектная деятельность, стажировки, семинары, мастер-классы, тренинги и др.	В течение года. Преподаватели. Социальный педагог. Методист. Приглашенные специалисты. Руководители кружков. Психолог. Заместители директора по УР, ВР
4.	Сотрудничество с организациями вне образовательного учреждения – установление партнёрств с НКО и государственными учреждениями для совместной реализации программ и проектов, направленных на улучшение качества жизни людей с ограниченным возможностями в здоровье.	Экскурсии, встречи, проектная деятельность, внеклассные мероприятия.	В течение года. Социальный педагог. Методист. Администрация. Приглашенные специалисты. Заместители директора по УР, ВР.

Таблица Д.15 – Мониторинг эффективности программы

Критерии	Показатели	Формы мониторинга	Сроки / Ответственные
Культура здоровья	Уровень сформированности	Интегральная оценка по разработанной методике	Начало и окончание учебного года.

Продолжение Таблицы Д.15

Критерии	Показатели	Формы мониторинга	Сроки / Ответственные
Здоровье	Объективные показатели заболеваемости. Распределение обучающихся по группам здоровья.	Анкетирование. Медицинские отчеты. Анализ медицинских карт и обследований, пропусков по болезни, выполнения физических норм.	В течение года Медицинский работник Предуниверсария.
Профилактика вредных привычек	Число учащихся с выявленными вредными привычками и преодолевшими таковые. Число информационных разработок (буклетов, плакатов и онлайн-материалов и др. на тему здоровьесбережения и культуры здоровья).	Анализ информационной базы, анкетирование.	В течение года Социальный педагог. Психолог. Заместители директора по УР, ВР.
Научно-методическая база медико-педагогического сопровождения программы	Число методической литературы по применению здоровьесберегающих технологий в учебном процессе. Количество собственных методических разработок уроков, кураторских часов, кружков и др. мероприятий с использованием здоровьесберегающих технологий. Число ППС и иных работников, прошедших стажировки или курсы ПК по формированию культуры здоровья или здоровьесбережению.	Анализ методической базы, анкетирование ППС, анализ уроков, посещение кураторских часов.	В течение года Заместители директора по УР, ВР.

Продолжение Таблицы Д.15

Критерии	Показатели	Формы мониторинга	Сроки / Ответственные
Физкультурно-оздоровительная деятельность	Число и форма участия в спортивных соревнованиях, флэш-мобах, фестивалях и др. мероприятиях. Число учащихся, посещающих спортивные секции. Гигиеническое нормирование учебной нагрузки и режима дня.	Анализ и учет мероприятий, анкетирование, опрос, анализ учебных планов и расписания уроков.	В течение года Заместители директора по УР, ВР.
Сотрудничество с организациями и родителями	Число проведенных мероприятий с родителями и сторонними организациями. Число организаций, с которыми заключены соглашения о совместной деятельности в области культуры здоровья и здоровьесбережении. Количество встреч с приглашенными специалистами и известными личностями.	Анализ и учет мероприятий, соглашений, анкетирование учащихся и родителей. Посещение мероприятий.	В течение года Заместители директора по УР, ВР.

Таблица Д.16 – Факторы, оказывающие влияние на формирование культуры здоровья подростков и основные мероприятия, необходимые для их корректировки

Факторы	Мероприятия
Информационные	Внедрение программ обучения, которые охватывают различные аспекты культуры здоровья: правильное питание, физическую активность, психоэмоциональное благополучие и профилактику заболеваний. Активное вовлечение подростков в обсуждение здоровья через социальные платформы, где они могут обмениваться опытом и знаниями.
Недостаток знаний	
Хорошие знания	

Продолжение Таблицы Д.16

Факторы	Мероприятия
Материальные	<p>Проведение мероприятий, направленных на просвещение родительской общественности в области особенностей здоровья подросткового периода, в том числе психологического.</p> <p>Проведение мероприятий, направленных на вовлечение родителей в деятельность по воспитанию культуры здоровья (совместные конференции для учащихся и родителей по тематике здоровья, игры, семейные конкурсы по тематике здоровья и др.</p> <p>Проведение тематических бесед с подростками как с будущими родителями, о роли материальной составляющей благополучной семейной жизни, стоит отметить, что материальные блага не могут полностью заменить здоровье, эмоциональную поддержку и любовь, основанные на взаимопонимании и доверии, тем не менее, разумное управление финансами, планирование бюджета и инвестиции в оплату образования, здоровья и досуга подростков создают фундамент прочных отношений и здорового психологического климата в семье.</p>
Жилищные	
Отношения с	
родителями	
Физические	<p>Диагностика состояния здоровья и рекомендация мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья</p>
ограничения	
здоровье	
Хорошее здоровье	
Занятость, нагрузка	<p>Диагностика и оптимальное распределение нагрузок, предоставление возможности внеаудиторной деятельности, тренинговая профориентационная программа.</p>
Отсутствие интереса	
Волевой характер	<p>Проведение тренингов по формированию установок, способствующих воспитанию культуры здоровья.</p> <p>Комплексная пропаганда здорового образа жизни, основанная на выявлении спектра потенциальных причин подверженности вредным привычкам и реализации мероприятий относительно каждой группы причин. При проведении мероприятий важно помнить, что в различных культурах существуют уникальные системы убеждений, которые определяют, что считается здоровым образом жизни, и как лечить различные недуги. Важно понимать, что моральные убеждения могут как поддерживать, так и препятствовать принятию эффективных практик в области здоровья, что требует внимательного анализа и чуткости к культурным контекстам.</p>
Моральные	
убеждения, вера	
Привычки	

Продолжение Таблицы Д.16

Факторы	Мероприятия
Нет примера для подражания	Трансляция ценностей культуры здоровья через неформальных лидеров, Организация командной работы через ведение проектной деятельности по тематике культуры здоровья. Выявление неформального лидера в группах или среди всех учащихся и использование его для транслирования идей здоровья. Проведение бесед об обусловленности успешности приверженностью к ЗОЖ с предпринимателями, яркими выпускниками школы, музыкантами, и другими интересными личностями.
Хороший пример для подражания	
Неорганизованность	Проведение мероприятий, помогающих установить четкие цели и задачи, которые будут служить мотивацией при формировании культуры здоровья. Помощь в разработке расписания с отведением времени на выполнение конкретных дел поможет структурировать день и избежать прокрастинации. Способствуют снижению лени регулярные физические нагрузки. Упражнения улучшают кровообращение и общее самочувствие, что способствует большей продуктивности. Включение в распорядок учебного дня небольших перерывов, для избегания переутомления и сохранения концентрации. Важен также анализ источников лени. Можно рекомендовать подросткам завести дневник, в котором фиксировать моменты прокрастинации и выявлять их причины. Это поможет понять, какие факторы способствуют уклонению от работы. Провести диагностику личностных характеристик. Создание комфортной рабочей атмосферы, рабочее место должно быть организовано и освобождено от лишних раздражителей. Положительные эмоции можно также черпать из социальных взаимодействий – общение с позитивными людьми вдохновляет и мотивирует.
Организованность	
Мотивированность	
Лень	
Особенности личности	

Ресурсное обеспечение программы

Кадровое обеспечение

Для реализации программы необходимо привлекать весь профессорско-преподавательский коллектив образовательного учреждения, приглашать ППС медицинских вузов, медицинских работников школы, иные педагогические кадры школы (психолог, социальный педагог, воспитатель, методист и др.).

Для проведения медицинского осмотра учащихся привлекаются медицинские работники школы, врачи-специалисты городского управления здравоохранения.

Для проведения информационно-профилактической работы в том числе профессорско-преподавательского коллектива по вопросам здоровья планируется привлечение врачей специалистов, работников государственных и общественных организаций, занимающихся вопросами охраны и укрепления и укрепления здоровья,

известных личностей, пропагандирующих здоровый образ жизни и являющихся положительным образцом для подростков в формировании культуры здоровья.

Материально-техническое и финансовое обеспечение

Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» реализуется на базах школ, предвуниверситетов, реализующих предпрофессиональное образование по медицинскому направлению. Используются все учебные помещения, медицинский кабинет, информационно-библиотечный фонд, рекреационные помещения, столовая и буфет, спортивная база, прилегающая территория школы и т.д.

Для проведения медицинского обследования учащихся и педагогов используется материально-техническая база городского управления здравоохранения.

Программа «Формирование культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования» реализуется с использованием бюджетных средств и привлечением средств заинтересованных ведомств, добровольных взносов юридических и физических лиц, а также финансирования грантовых программ в области здоровьесбережения.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Форма №1 для ввода информации в автоматизированную платформу являются таблицы 1-5

Таблица Е.1 – Знания и умения, представления о культуре здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Код респондента	Компоненты культуры здоровья												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Таблица Е.2 – Установка, отношение, мотивация и уровень культуры общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Код респондента	Компоненты культуры здоровья												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Таблица Е.3 – Референтные группы по уровню психического развития в отношении культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Код респондента	Компоненты культуры здоровья												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Таблица Е.4 – Реализация культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования (физическая активность, сохраняющая и создающая личное здоровье)

Код респондента	Компоненты культуры здоровья												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Форма предоставления интегральной прогностической оценки сформированности уровня культуры здоровья являются таблицы 5-6

Таблица Е.5 – Интегральная характеристика уровня сформированности культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования профессионально-ориентированных к медицине подростков

Код респондента	Компоненты культуры здоровья												
	Уровень сформированности, у.е.												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Таблица Е.6 – Шкала прогноза снижения культуры здоровья подростков на этапе предпрофессионального медицинского образования

Факторы	Наличие фактора снижения культуры здоровья		Фактическое значение	Прогностический коэффициент
	Есть	Нет		
Материальные	1	1		1,2
Информационные	3	1		2,9
Жилищные	1	1		1,1
Отношения с родителями	2	1		2,1
Физические ограничения в здоровье	2	1		2,6
Занятость, нагрузка	3	1		6,7
Отсутствие интереса	3	1		3,4
Лень	3	1		3,2
Особенности личности	2	1		3,5
Привычки	2	1		2,8
Нет примера для подражания	2	1		3,1
Неорганизованность	3	1		4,5
Недостаток знаний	2	1		5,9

Перечень оцениваемых компонентов культуры здоровья:

1. Культура получения информации о здоровье и его сохранении
2. Культура правовой грамотности в сфере сохранения здоровья
3. Культура саморазвития в отношении сохранения здоровья
4. Культура здорового быта
5. Культура личной гигиены
6. Культура питания
7. Культура отдыха
8. Культура учебной деятельности
9. Культура общественного взаимодействия по вопросам сохранения здоровья
10. Культура физической активности
11. Культура предупреждения заболеваний
12. Культура отношения к вредным привычкам
13. Культура отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья