

Российская Академия Естествознания
Издательский дом Академии Естествознания

**Н.П. Сетко, А.Г. Сетко, Е.В. Булычева,
Е.Б. Бейлина, И.М. Сетко**

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОЛИЧЕСТВЕННОЙ
ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО
И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Пособие для врачей
Под редакцией профессора Н.П. Сетко

Рекомендовано УМО РАЕ
по классическому университетскому
и медицинскому образованию в качестве
пособия для специалистов, занимающихся
вопросами здоровья детей и подростков,
обучающихся по направлениям подготовки
(специальностям):
320000 – «Науки о здоровье
и профилактическая медицина»

Москва
2016

УДК 613.95:616-084](075.8)

ББК 51.28:51.1(2Рос), 20я73

С56

Авторский коллектив:

сотрудники кафедры гигиены и эпидемиологии ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России: *Н.П. Сетко* – зав. кафедрой, доктор медицинских наук, профессор; *А.Г. Сетко* – профессор кафедры, доктор медицинских наук, профессор; *Е.В. Булычева* – доцент кафедры, кандидат медицинских наук, доцент; *Е.Б. Бейлина* – доцент кафедры, кандидат медицинских наук; *И.М. Сетко* – доцент кафедры, кандидат медицинских наук

Рецензенты:

Пивоваров Ю.П. – доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России;

Зулькарнаев Т.Р. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ ГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Современные подходы к количественной оценке уровня физического, психического и социального здоровья детей и подростков: пособие для врачей / Н.П. Сетко, А.Г. Сетко, Е.В. Булычева, Е.Б. Бейлина, И.М. Сетко; под ред. проф. Н.П. Сетко. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2016. – 256 с.

ISBN 978-5-91924-077-8

В учебном пособии подробно изложены основные методические подходы к оценке физического, психического и социального здоровья детей и подростков с помощью современных методов при проведении скрининговых профилактических осмотров. Пособие направлено на совершенствование количественной оценки состояния здоровья детского и подросткового населения на донозологическом уровне, где особое внимание уделено основным базовым критериям оценки состояния здоровья по показателям физического, нервно-психического и социального статуса.

Пособие предназначено для педиатров, психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, врачей-специалистов, участвующих в организации и проведении профилактических осмотров среди детского и подросткового населения.

ISBN 978-5-91924-077-8

© Сетко Н.П., Сетко А.Г.,
Булычева Е.В., Бейлина Е.Б.,
Сетко И.М., 2016

© ИД «Академия Естествознания»

© МОО «Академия Естествознания»

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ КОМПОНЕНТОВ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ОБСЛЕДОВАНИЯХ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ	6
2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	10
2.1. Оценка физического развития	10
2.2. Оценка функционального состояния системы органов дыхания	15
2.3. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем	18
2.4. Оценка функциональных резервов и биологической адаптации	21
3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	36
3.1. Оценка функционального состояния центральной нервной системы	36
3.2. Оценка психофизиологического статуса.....	56
4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	135
5. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	157
6. ГЛОССАРИЙ	244
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	251

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье детей и подростков является основным системообразующим фактором при решении проблем, связанных с неблагоприятным воздействием различных факторов среды обитания, поэтому в центре всех государственных социальных программ должно находиться детское население, а качество реализации профилактических программ должно оцениваться по показателям здоровья детей и подростков (Сидоренко Г.И., Захарченко М.П., Маймулов В.Г., Кутепов Е.Н., 1995; Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2007). Известно, что состояние здоровья является процессом динамическим, находящимся в тесной связи с социальной и окружающей средой. Это положение позволяет рассматривать здоровье с точки зрения возможности реализации без ограничений со стороны организма человека социальных и биологических функций, которые соответствуют как возрасту, так и полу в каждый определенный временной период. Вполне очевидно, что различными группами населения свойственны и различные социальные и биологические функции. В детском возрасте должны быть обеспечены нормальные темпы биологического развития, роста, полового созревания при отсутствии заболеваний, которые бы снижали и даже препятствовали бы получению образования и обучения, что и является основной социальной функцией для данной возрастной группы, и реализации в перспективе генеративной функции. Понятие «здоровье» не содержит в себе количественной меры, что позволило бы судить о качестве здоровья, поэтому предлагается использовать в качестве такого мерила здоровья показатели уравнения здоровья. Необходимость количественной оценки здоровья совершенно очевидна, поскольку, не зная количественной стороны этой сущности и не имея возможности её изменить, невозможно не только понять сущность феномена, но и прогнозировать

его изменение, строить рациональное управление им. Задача заключается в том, чтобы изменить эти состояния, выразить их единым показателем, оценить степень его оптимальности, спрогнозировать дальнейшее течение процесса и скорректировать его в сторону максимума здоровья. Многообразие показателей и критериев здоровья, каждый из которых в той или иной степени характеризует отдельные стороны этой проблемы, все более настоятельно требует разработки обобщенных показателей, интегрально характеризующих состояние здоровья населения и основанных на агрегировании информации о здоровье (Сидоренко Г.И., Захарченко М.П., Маймулов В.Г., Кутепов Е.Н., 1995; Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2007; Панков Д.Д., Ковригина Е.С., 2011).

В этой связи актуальным и своевременным является разработка и использование современных интегральных методов количественной оценки уровня здоровья детей при действии различных факторов среды обитания.

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ КОМПОНЕНТОВ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ОБСЛЕДОВАНИЯХ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время главным результатом усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях является сохранение здоровья граждан Российской Федерации и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья населения и развитие системы здравоохранения. В соответствии с указами Президента Российской Федерации и данными в их развитие поручениями Правительства Российской Федерации в 2009–2016 годы органами законодательной и исполнительной власти разработаны и утверждены важнейшие стратегические документы в сфере охраны здоровья, где особое внимание уделено здоровью детей и подростков.

В последние годы современная политика Российской Федерации в сфере охраны здоровья населения направлена на приоритет профилактики в области здравоохранения и осуществления постоянного мониторинга и контроля основных показателей состояния здоровья детского и подросткового населения, позволяющая дать всестороннюю информацию для эффективного и экономически обоснованного влияния на динамику этих процессов, для принятия управленческих решений. Эффективным инструментом в мониторинге состояния здоровья детей и подростков, раннем выявлении функциональных нарушений и своевременной их коррекции является проведение профилактических медицинских осмотров, особую роль в этом вопросе играют Центры здоровья и Центры медицинской профилактики. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России № 597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской

Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», по территории всей России создано 695 Центров здоровья, из них 193 для детей и подростков, на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований, включая учреждения здравоохранения для детей. Данные структурные подразделения не дублируют лечебно-диагностическую деятельность – они предназначены для работы со здоровыми людьми по оценке состояния здоровья, а также по выявлению и устранению факторов риска возникновения заболеваний. Ключевым моментом в эффективности работы таких подразделений, безусловно, является использование адекватных и валидных методических подходов к количественной оценке здоровья, однако с уверенностью, что знания современной науки о здоровье в полной мере реализуются на практике таких центров, к сожалению, утверждать не приходится.

Привлечение внимания в последние годы к количественной оценке здоровья весьма симптоматично, и свидетельствует об осознании того факта, что повышение уровня качества жизни следует искать не только по принципу искоренения болезней, но и созидания здоровья, воспитания привычек и навыков здорового образа жизни у детей и подростков. Как и в случае выстраивания тактики врача в клинической медицине, где вначале определяется тяжесть и стадия заболевания, а потом назначается специфическое лечение, направленное на нормализацию функционирования больного органа; тактика врача при проведении донозологической диагностики должна, в первую очередь, направлена на определение в состоянии здоровья его количества и только после этого, на основании выявления критических точек функционального состояния организма и его резервов проводить обоснование профилактических мероприятий, направленных на повышения уровня здоровья детского и подросткового организма на индивидуальном уровне.

Согласно современным представлениям и определениям ВОЗ под «здоровьем подразумевается состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков».

Полноценная жизнедеятельность детей и подростков требует высокого уровня физического, психического и социального здоровья, а значит и необходимости его оценки.

Физическое здоровье представляет собой текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма;

Психическое здоровье – состояние психической сферы человека, характеризующееся общим душевным комфортом, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и обусловленное потребностям биологического и социального характера.

Социальное здоровье подразумевает систему ценностей, установок и мотивов поведения в социальной сфере.

Важным аспектом количественной оценки состояния здоровья является то, что среднестатистические данные не дают полноценного комплексного представления о здоровье. Практически каждый ребенок или подросток представляет собой в том или ином отношении «отклонение от нормы» (Барбараш Н.А., Кувшинов Д.Ю., Тарасенко Н.П., 2006). В связи с этим, для оценки здоровья недостаточно выбрать один из параметров или тестов. Методологические подходы должны быть комплексными, а для массового использования – минимально технически нагруженными и требовать относительно небольшого количества времени для проведения исследований. Безусловно, для экспресс-оценки здоровья, особенно при массовых наблюдениях, важна неинвазивность методов исследования. Настоящее пособие описывает методические подходы по оценке каждой сферы здоровья на донологическом уровне, приводятся наиболее эффективные методики оценки параметров здоровья.

Многочисленным научными исследованиями показано, что здоровье детей и подростков отражает целостную систему материальных и духовных отношений, существующих в обществе, и во многом зависит от качества среды обитания, уровня развития образования, условий обучения, воспитания, материальной обеспеченности, быта, организации медицинского обеспечения (Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.А., 2007). Научные изыскания последних лет свидетельствуют о том, что эффективной мерой количественной оценки состояния здоровья является исследование наиболее

уязвимых функциональных систем организма детей и подростков, на которые в основном ложиться нагрузка в приспособлении к сложным условиям существования в современном обществе. Теоретической основой этих исследований послужило учение об адаптации как наиболее продуктивное для раскрытия механизмов взаимодействия растущего организма с факторами жизнедеятельности. С точки зрения теории адаптации здоровье рассматривают как непрерывный процесс приспособления организма к условиям окружающей среды. Цель этого приспособления – достижение равновесия между организмом и средой. Каждый человек платит за достижение такого равновесия свою «цену». «Здоровье» по сравнению с «болезнью» – гораздо более сложное состояние, зависящее от многих особенностей организма, определяющих характер протекания процессов адаптации: разных уровней функциональных резервов, различной степени напряжения регуляторных механизмов, пластичности и устойчивости основных жизненно важных систем (Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П., 2000).

В связи с этим, в настоящем пособии предлагается использовать методические подходы оценки биологической и социально-психологической адаптации, функциональных резервов и функционального уровня отдельных систем организма как критериев количественной оценки физического, психического, социального здоровья.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2.1. Оценка физического развития

Физическое развитие, обусловленное ростовыми и дифференцировочными процессами, является критерием оценки состояния здоровья растущего организма, поэтому отклонение от физиологической траектории развития основных показателей физического развития может служить признаком неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды (Сетко Н.П., Булычева Е.В., 2008). Многочисленными исследователями доказан научный факт тесной взаимосвязи между физическим развитием и критическими факторами среды обитания, при условии их постоянного, комплексного и интенсивного воздействия, что характерно для образовательной среды (Анторопова М.В. с соавт., 1999; Ковалева Г.А., Лукьянов А.В., 2001; Максимова Т.М., Белов В.Б., Лукшина Н.П., 2004; Кучма В.Р., 2005; Денисов А.П., Спинов В.И., Стороженко А.Е., 2008). Уровень и гармоничность физического развития в любом возрастном периоде раскрывают диалектику взаимоотношений организма и среды, характеризуют метаболические процессы в организме и его функциональное состояние. В связи с этим, антропометрические данные могут быть использованы в качестве индикаторов оценки здоровья и диагностических критериев при распознавании различных отклонений.

В настоящее время под физическим развитием рассматривается комплекс морфофункциональных особенностей организма, характеризующий определенный этап биологического развития (Кучма В.Р., 2003).

Основными показателями физического развития являются соматометрические (рост, масса тела, окружность грудной клетки, ширина плеч, таза, бедер, окружность головы), соматоскопические (жироотложение, степень развития подкожно-жировой клетчатки, распределение; степень развития мускулатуры, половое развитие)

и физиометрические (жизненная емкость легких, артериальное давление, мышечная сила рук).

При измерении показателей физического развития необходимо соблюдать следующие правила:

1. Измерения должны проводиться на обнаженных детях в утренние часы в комфортных условиях.

2. Для измерения должны использоваться только общепринятый инструментарий с высокой точностью измерения.

3. Необходимо соблюдать основные правила техники измерения.

На протяжении всей истории оценки физического развития специалистами проводилось отдельное измерение всех показателей, на основании чего центильным методом «вручную» давалось заключение об уровне развития и степени гармоничности физического развития. Для того чтобы правильно пользоваться центильными таблицами, необходимо определить точный возраст ребенка и отнести его к соответствующей возрастной группе. Существенно облегчает данную задачу предложенная А.А. Барановым и Л.А. Щеплягиной (2006) специальная таблица для установления календарного возраста (табл. 1).

Таблица 1

Определение календарного возраста на момент обследования

Месяц рождения	Месяц обследования											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10	+11
II	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
III	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9
IV	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
VI	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
VII	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
VIII	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
IX	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
X	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
XI	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1
XII	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0

При ее использовании из года обследования нужно вычесть год рождения ребенка, а затем из полученного числа вычесть или к нему прибавить число месяцев, указанное на пересечении горизонтальной (месяц рождения) и вертикальной (месяц обследования) строк.

Пример: Ребенок родился 12.05.2000 г., обследование проводилось 17.02.2008 г. Вычитая год его рождения из года обследования, получаем 8 лет. На пересечении горизонтальной (V) и вертикальной (II) строк таблицы находим цифру «-3», значит, до 8 лет недостает 3 месяцев ($12 - 3 = 11$) – возраст ребенка на момент обследования 7 лет 11 месяцев.

После определения точного возраста детей и подростков проводят возрастную группировку (табл. 2).

Таблица 2

Возраст, лет	Возрастные границы			
7	от	6 лет 9 мес.	до	7 лет 5 мес. 29 дн.
8	от	7 лет 6 мес.	до	8 лет 5 мес. 29 дн.
9	от	8 лет 6 мес.	до	9 лет 5 мес. 29 дн.
10	от	9 лет 6 мес.	до	10 лет 5 мес. 29 дн.
11	от	10 лет 6 мес.	до	11 лет 5 мес. 29 дн.
12	от	11 лет 6 мес.	до	12 лет 5 мес. 29 дн.
13	от	12 лет 6 мес.	до	13 лет 5 мес. 29 дн.
14	от	13 лет 6 мес.	до	14 лет 5 мес. 29 дн.
15	от	14 лет 6 мес.	до	15 лет 5 мес. 29 дн.
16	от	15 лет 6 мес.	до	16 лет 5 мес. 29 дн.
17	от	16 лет 6 мес.	до	17 лет 5 мес. 29 дн.

Сущность центильного метода заключается в распределении показателей физического развития, функционального состояния основных систем организма по так называемым центильным коридорам. Все результаты измерений одного признака располагают в восходящей градации в виде упорядоченного ряда, который охватывает весь диапазон колебаний признака. Указанный ряд делят на 100 интервалов, попадание в которые имеют равные вероятности, размеры таких центильных интервалов в абсолютных единицах измерений неодинаковы. Колонки центильных таблиц показывают количественные

границы признака у определенной доли, или процента (центиля), детей данного возраста и пола. При этом за средние или условно нормальные величины принимаются значения, свойственные половине здоровых детей данного пола и возраста в интервале от 25 до 75-го центиля. В полной форме центильная шкала представлена семью фиксированными центилями: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й, 97-й. Каждый из фиксированных центилей называют центильной вероятностью и обозначают в процентах. Между фиксированными центильными вероятностями (табл. 3) образуются 8 промежутков, которые получили названия центильных интервалов (коридоров).

Таблица 3

Центильная вероятность (центили)	3%	10%	25%	50%	75%	90%	97%
Центильные интервалы	1	2	3	4	5	6	7

Выделяют семь неодинаковых по величине центильных интервалов (коридоров).

«Коридор» 1 очень низких величин встречается у здоровых детей редко, лишь в 3% случаев. Ребенок с таким уровнем признака должен проходить специальное консультирование и по показаниям обследование.

«Коридор» 2 (3–10-й центиль) – интервал низких величин, встречается у 7% здоровых детей. Показано консультирование и обследование при наличии других отклонений в состоянии здоровья.

«Коридор» 3 (10–25-й центиль) – интервал величин ниже среднего, свойственных для 15% детей и подростков.

«Коридор» 4 (25–75-й центиль) – интервал средних величин, свойственных 50% здоровых детей.

«Коридор» 5 (75–90-й центиль) – интервал величин выше среднего, свойственных 15% детей.

«Коридор» 6 (90–97-й центиль) – интервал высоких величин, встречается у 7% здоровых детей.

«Коридор» 7 (от 97-го центиля) – интервал очень высоких величин, свойственных не более 3% детей и подростков.

Гармоничность физического развития определяется на основании разности между коридорами показателей роста, массы тела, окружности

грудной клетки. Если разность номеров коридоров не превышает 1 единицы, то физическое развитие считается гармоничным; 2 единицы – дисгармоничным; 3 единицы – резко дисгармоничным.

Гармоничное физическое развитие в зависимости от оценки показателей подразделяется на следующие уровни: среднее, выше среднего, высокое, очень высокое, ниже среднего, низкое, очень низкое.

При дисгармоничности физического развития необходимо установить за счет какого показателя. Так, если значения массы тела находится в четвертом коридоре, а рост в седьмом, то дисгармоничность обусловлена очень высоким ростом; если рост находится в 5 коридоре, а масса тела в 7, то дисгармоничность обусловлена очень высокой массой тела.

Дети с дисгармоничным физическим развитием относятся к группе риска и должны быть обследованы педиатром для выяснения и коррекции причин отклонений. Дети с резко дисгармоничным физическим развитием нуждаются в консультации эндокринолога.

Безусловно, в условиях массовых скрининговых профилактических осмотров метод приобретает особую трудоёмкость в хронологическом плане и риска ошибок вследствие человеческого фактора. В связи с этим, в настоящее время появились ряд аппаратно-программных комплексов, позволяющих на основании показателей физического развития, измеренных приборами, входящих в комплекс, автоматически дать заключение о степени развития и гармоничности физического развития.

В качестве инструментария оценки физического развития нами рекомендуется использовать Комплекс медицинский диагностический «Здоровый ребенок» ОАО «Тулиновский приборостроительный завод» «ТВЕС». КМД «Здоровый ребенок» предназначен для автоматизированного ведения мониторинга физического развития и физической подготовки детей до 18 лет. Это компьютерная система, состоящая из электронных приборов: весы, ростомер, рулетка, динамометр, калипер, тонометр, компьютер, термопринтер. Комплекс дает возможность ведения базы данных как на индивидуальном уровне по каждому ребенку, так и обобщение результатов коллектива (класса, группы и т.п.). КМД автоматически накапливает

показания вышеуказанных приборов, сравнивает их с заложенными в его память медицинскими нормами и печатает на специальной липкой этикетке заключение о физическом развитии ребенка, для удобства внесения данных в паспорт здоровья школьника. Так же комплекс оценивает физическую подготовленность, делит обследуемых детей и подростков по физкультурным группам. КМД при введении в программное обеспечение вручную патологии школьников по МКБ 10 (Международная классификация болезней) может оценить комплексное состояние здоровья ребенка или подростка, которое формируется в специальном отчете с возможностью вывода его на печать в формате А4, в котором же программа распределяет детей и подростков по группам здоровья. Помимо этого комплекс формирует статистические отчеты в начале и конце учебного года. Если говорить о здоровье конкретного ребенка, то на протяжении всего периода обучения комплекс выдает динамику его развития в цифрах и в графиках. Согласно опыту сотрудников кафедры гигиены и эпидемиологии при проведении оценки физического здоровья на КМД, нужно отметить, что с технической стороны обслуживание комплекса и работа на нем не вызывает трудностей. Он экономит занимаемую площадь, время проведения осмотра, освобождает от ручной записи данных. Комплекс комплектуется компьютером, поэтому особенно удобен при эксплуатации, так как не требует никаких программных и системных настроек. Компьютер уже встроен в корпус комплекса, подключен к приборам функционально и программно проверен.

2.2. Оценка функционального состояния системы органов дыхания

Полноценность функционального состояния дыхательной системы является одним из важных элементов системы адаптации организма ребенка к факторам окружающей среды, так как обеспечивает непрерывный обмен воздуха между легочными альвеолами и окружающей атмосферой и может служить маркером выявления функциональных резервов (Сетко Н.П., Вахмистрова А.В., 2009).

Комплексность изучения функции внешнего дыхания не только по жизненной ёмкости лёгких, но и по десятку других показателей,

таких как объём форсированного выдоха, объём форсированного выдоха за 0,5 секунды и первую секунду, резервный объём выдоха, индекс Тиффно, пиковая объемная скорость и т.д., в настоящее время возможна благодаря появлению на рынке производства медицинской техники современных микропроцессорных портативных спирографов. Такие приборы позволяют определить механические свойства аппарата вентиляции лёгких человека, в основу работы которых положена «Унифицированная методика проведения и оценки функционального исследования механических свойств аппарата вентиляции человека», утвержденная в 1996 г. Председателем секции пульмонологии МЗ РФ Н.В. Путовым в переработанной и дополненной редакции 1999 года. Спирографы позволяют провести качественную и количественную оценку изменений функционального состояния лёгких при массовых и эпидемиологических обследованиях детей и подростков.

Современные спирографы определяют следующие показатели вентиляции легких:

1. Показатели по тесту форсированного выдоха

1.1. Объём форсированного выдоха, ФЖЕЛ (л) – разница между объемами воздуха в легких в точках начала и конца маневра ФЖЕЛ.

1.2. Объём форсированного выдоха за первую секунду, ОФВ₁ (л).

1.3. Резервный объём выдоха, РОФвд – максимальный объём, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха.

1.4. Резервный объём вдоха, РОФвд – максимальный объём, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха.

1.5. Объём форсированного выдоха за первые 0,5 секунды, ОФВ_{0,5} (л).

1.6. Индекс Тиффно – $\text{ОФВ}_1 / \text{ФЖЕЛ} \%$.

1.7. Пиковая объемная скорость, ПОС (л/с) – максимальная скорость потока, достигаемая в процессе форсированного выдоха).

1.8. Мгновенная объемная скорость в момент выдоха 25 % ФЖЕЛ, МОС₂₅ (л/с).

1.9. Мгновенная объемная скорость в момент выдоха 50 % ФЖЕЛ, МОС₅₀ (л/с).

1.10. Мгновенная объемная скорость в момент выдоха 75 % ФЖЕЛ, МОС₇₅ (л/с).

1.11. Средняя объемная скорость выдоха, определяемая в процессе выдоха от 25 до 75% ФЖЕЛ, СОС 25–75 л/с.

1.12. Объем форсированного выдоха до достижения ПОС, ОФВ ПОС (л).

1.13. Отношение ОФВПОС к ФЖЕЛ, ОФВПОС/ФЖЕЛ.

1.14. Время достижения пиковой объемной скорости, ТПОС (с).

1.15. Время форсированного выдоха, ТФЖЕЛ (с).

2. Показатели по тесту измерения жизненной емкости легких.

2.1. Жизненная емкость легких, ЖЕЛ, (л) – разница между объемами воздуха в легких при полном вдохе и полном выдохе.

2.2. Резервный объем вдоха, Ровд – максимальный объем, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха.

2.3. Резервный объем выдоха, РОвыд – максимальный объем, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха.

2.4. Дыхательный объем, ДО – объем, который выдыхается и вдыхается при спокойном дыхании.

2.5. Емкость вдоха, Евд – сумма ДО и Ровд.

3. Показатели по тесту минутного объема дыхания.

3.1. Дыхательный объем – средний объем воздуха, проходящий через легкие за один цикл вдоха-выдоха, при выполнении теста измерения минутного объема дыхания МОД.

3.2. Средняя частота дыхания в тесте МОД, ЧД.

3.3. Минутный объем дыхания, МОД – определяется как $ДО \times ЧД$.

4. Показатели по тесту максимальной вентиляции легких.

4.1. Дыхательный объем, ДО мвл (л) – максимальный объем воздуха, проходящий через легкие за один цикл вдоха-выдоха при проведении теста максимальной вентиляции легких.

4.2. Максимальная частота дыхания в тесте МВЛ, ЧД мвл.

4.3. Максимальная вентиляция легких, МВЛ – определяется как $ДО \times ЧД$ мвл.

Кроме того современные спирографы обеспечивают построение графиков процедур вдоха-выдоха: «поток-объем», «поток-время», «объем-время», а также приведение измеренных и вычисленных объемных и скоростных показателей к стандартным газовым условиям (BTPS).

Встроенные микропроцессоры в спирографы позволяют выводить результаты обследования на лазерный принтер через интерфейсы USB или в нового поколения спирографов уже встроен принтер, печатающий результаты на термоленке.

Портативность, автоматический расчет показателей делает современные спирографы удобными и эффективными измерительными средствами в условиях массовых скрининговых исследованиях, а возможность измерения и вычисления порядка 30 показателей механических свойств аппарата вентиляции лёгких человека и автоматическое формирование общего заключения интерпретации полученных результатов определяет его научную и практическую ценность в плане всестороннего изучения функционального состояния дыхательной системы в рамках эффективной донозологической диагностики здоровья детского и подросткового населения.

2.3. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем

Методы функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы основаны на оценке первичных показателей (пульс, артериальное давление) и исследовании начальных и конечных показателей при проведении тестовых проб. Исследование первичных показателей включает в подсчет пульса; – измерение артериального давления: диастолическое, систолическое, пульсовое, среднединамическое, минутный объем крови, периферическое сопротивление. При подсчете пульса важным аспектом является исходное состояние обследуемого. Для этого необходимо, чтобы ребенок или подросток не был в состоянии возбуждения, страха, что требует проведения со стороны исследователя проведения короткого диалога для установления доверительных отношений с обследуемым, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие. Следующим этапом является расположения обследуемого в удобном положении сидя (лежа) с расположением кисти рук обследуемого на уровне сердца, исследователь охватывает их своими руками так, чтобы 1-й палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а 2-й, 3-й, 4-й, 5-й пальцы на лучевой артерии в области лучезапястного сустава.

Пальпацию лучевой артерии следует слегка прижимая ее к лучевой кости. Необходимо сравнить колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании – исследование пульса продолжить на одной руке; при разном колебании – на той руке, где колебания выражены лучше); определить ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями). Подсчитать частоту пульса (при ритмичном пульсе – в течение 30 с, результат умножить на 2; при аритмичном – в течение 1 мин). Определить напряжение пульса (по той силе, с которой вы должны прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания). Определить наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе). Оценить свойства артериального пульса: ритм, частота, напряжение, наполнение (Иванов Ваня: артериальный пульс ритмичный (аритмичный), 78 колебаний в мин, умеренного напряжения (либо твердый, либо мягкий), полный (пустой).

Измерение артериального давления должно проводиться в стандартных условиях: первая половина дня; не ранее чем через 1 час после уроков физкультуры или контрольных работ, пребывания на холоде, приема пищи; после 20-минутного отдыха; в тихой, спокойной и удобной обстановке при комфортной температуре. Мальчики и девочки должны проходить исследование отдельно. Перед измерением АД исследуемому необходимо объяснить цель процедуры, что в определенной степени снижает психоэмоциональное напряжение и позволяет избежать отрицательной реакции со стороны ребенка, которая может послужить причиной повышения АД, вызванное процедурой обследования. Необходимо подобрать манжетку соответствующего размера, а ширина ее должна составлять половину окружности плеча испытуемого. При измерении по аускультативному методу Короткова-Янковского ребенок должен сидеть, опираясь на прямую спинку стула, с расслабленными, не скрещенными ногами, не менять положения и не разговаривать на протяжении всей процедуры измерения. Рука должна удобно лежать на столе, ладонью вверх, примерно на уровне сердца. Манжета накладывается на плечо на 2 см выше внутренней складки локтевого сгиба так, чтобы между ней и поверхностью плеча проходил указательный палец. Перед наложением

воздух из манжетки удаляют. Стетоскоп прикладывают в локтевом сгибе на плечевую артерию без надавливания. Появление первых тонов сердца при выслушивании соответствует систолическому давлению, а исчезновение – диастолическому.

Диастолическое или минимальное давление (ДД). Его высота в основном определяется степенью проходимости прекапилляров, частотой сердечных сокращений и степенью эластичности кровеносных сосудов. ДД тем выше, чем больше сопротивление прекапилляров, чем ниже эластическое сопротивление крупных сосудов и чем больше ЧСС. В норме у здорового человека ДД равно 60–80 мм рт. ст. После нагрузок и различного рода воздействий ДД не меняется или несколько понижается (до 10 мм рт. ст.). Резкое снижение уровня диастолического давления во – время работы или, напротив, его повышение и медленный (более 2 мин) возврат к исходным значениям расценивается как неблагоприятный симптом. Показатель нормы: 60–89 мм рт. ст.

Систолическое, или максимальное давление (СД). Это весь запас энергии, которым фактически обладает струя крови в данном участке сосудистого русла. Лабильность систолического давления зависит от сократительной функции миокарда, систолического объема сердца, состояния эластичности сосудистой стенки, гемодинамического удара и ЧСС. В норме у здорового человека СД колеблется от 100 до 120 мм рт. ст. При нагрузке СД увеличивается на 20–80 мм рт. ст., а после ее прекращения возвращается к исходному уровню в течение 2–3 мин. Медленное восстановление исходных значений СД рассматривается как свидетельство недостаточности сердечно-сосудистой системы. Показатель нормы: 110–139 мм рт. ст.

Исследование начальных и конечных показателей при проведении тестовых воздействий подразумевает проведение:

1) пробы Мартинета – оценка способности к восстановлению после физической нагрузки; проба с приседанием, позволяющая дать характеристику функциональной полноценности сердечно-сосудистой системы;

2) пробы Флака для оценки функции сердечной мышцы;

3) пробы Руфье – переносимость динамической нагрузки; коэффициент выносливости).

Оценка вегетативного статуса:

- Индекс Кердо – степень влияния на сердечно-сосудистую систему вегетативной нервной системы.
- Активная ортопроба – уровень вегетативно-сосудистой устойчивости.
- Ортостатическая проба – служит для характеристики функциональной полноценности рефлекторных механизмов регуляции гемодинамики и оценки возбудимости центров симпатической иннервации.
- Глазосердечная проба – используется для определения возбудимости парасимпатических центров регуляции сердечного ритма.
- Клиностатическая проба – характеризует возбудимость центров парасимпатической иннервации.

Кроме того, на сегодняшний момент имеется ряд аппаратно-программных комплексов, позволяющих оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и вегетативной нервной системы методом вариационной пульсометрии, принципы работы которых подробно изложены в следующем разделе, поскольку функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, ее регуляция через симпатические отделы вегетативной нервной системы могут в целом отражать функциональные резервы организма и уровень его биологической адаптации.

2.4. Оценка функциональных резервов и биологической адаптации

В настоящее время является общепризнанным фактом, что функциональное тестирование является обязательной частью методологии оценки здоровья и мониторинга его состояния (Баранов А.А., 2000). Наиболее простыми и удобными для употребления в практике показателями функционального состояния организма являются вегетативные реакции, которые непосредственно включены в адапционно-трофическую функцию организма и хорошо отражают трудности, с которыми сталкивается ребенок или подросток в процессе жизнедеятельности. Определение variability сердечного ритма (выраженность колебаний частоты сердечных сокращений по отношению к его среднему уровню) признано наиболее информативным

неинвазивным методом оценки состояния вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы. Показатели деятельности системы кровообращения – индикатор деятельности всего организма (Баевский Р.М., 1979). Поэтому регистрация и автоматический анализ кардиоритмограмм в покое и при нагрузочных пробах – основная часть функционального мониторинга здоровья на любом этапе индивидуального развития. Примерами автоматической регистрации сердечного ритма и компьютерной обработки полученных результатов являются аппаратно-программные комплексы «ORTO Expert» (Игнешева Л.Н., Галеев А.Р., 2003), комплекс для обработки кардиоинтерваллограмм и анализа вариабельности сердечного ритма «ВариКАРД».

В основе методов диагностики функционального состояния организма лежит представление о том, что сердечно-сосудистая система с ее многоуровневой регуляцией, конечным результатом деятельности которой является обеспечение заданного уровня функционирования целостного организма. Обладая сложными нервно-рефлекторными и нейрогуморальными механизмами, система кровообращения обеспечивает своевременное адекватное кровоснабжение соответствующих структур. При прочих равных условиях можно считать, что любому заданному уровню функционирования целостного организма соответствует эквивалентный уровень функционирования аппарата кровоснабжения (В.В. Парин, 1967). Такая тесная зависимость объясняется с позиций трехуровневой модели управления в организме, предложенной С.Н. Брайнесом и В.Б. Свечинским (1974). Сердечный ритм и процесс управления им вегетативной нервной и гуморальной системами являются важным звеном в адаптации организма к условиям внешней и внутренней среды, что дает возможность использовать характеристики сердечного ритма для оценки функционального состояния организма в целом. Средняя частота сердечных сокращений отражает конечный результат многочисленных регуляторных влияний на аппарат кровообращения, характеризует сложившийся в процессе адаптации гомеостаз. Информация о том, как сложился этот гомеостаз, какая «цена» адаптации, содержится в структуре сердечного ритма, его вариабельности. Основы метода оценки функционального состояния организма сформулировал Р.М. Баевский (1979) в виде концепции

о трех, наиболее значимых, компонентах функционального состояния: исходном уровне функционирования, напряжении регуляции, состоянии функциональных резервов. Готовность к определенному виду реакции (фоновая активность регуляторных структур) – это исходный тонус вегетативной нервной системы.

Существуют три типа исходного вегетативного тонуса (три типа нейровегетативной конституции). Их принято обозначать как ваготония, эйтония, симпатикотония. Лица с преобладанием ваготонии (ваготоники) характеризуются медленным разворачиванием психофизиологических адаптивных механизмов, стремлением к сохранению старых адаптационных программ, склонностью к астеническим эмоциям, к более редкой частоте сердечных сокращений, гипервентиляции, повышенному тону мышечных эффекторов. Лица с преобладанием симпатикотонии склонны к активной смене адаптивных психофизиологических программ, стеническим эмоциям, пульс у них чаще повышен, тонус мышечных эффекторов чаще расслаблен. Лица с эйтонией (промежуточная группа) могут тяготеть как к ваготоникам, так и к симпатикотоникам в зависимости от соотношений симпатического и парасимпатического (ваготонического) компонентов. В популяциях таких индивидуумов большинство.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы с использованием автоматизированного кардиоритмографического комплекса «ORTO Expert» (Игишева Л.Н., Галеев А.Р., 2003) подразумевает регистрацию сердечного ритма беспроводными электродами. Кардиоритмограммы должны записываться в утренние часы в положении лежа после 6–8 минут отдыха, при переходе в вертикальное положение и стоя. За RR-интервал принимается интервал между последовательными QRS-комплексами электрокардиограммы. Записанные кардиоритмограммы включают не менее 200 последовательных RR-интервалов суммарной продолжительностью не менее 128 секунд. С помощью компьютерной программы рассчитываются показатели временного анализа сердечного ритма:

1. ЧСС (частота сердечных сокращений), или среднее значение RR-интервала, характеризующего средний уровень функционирования сердечно-сосудистой системы.

2. М (математическое ожидание) – показатель, отражающий конечный результат всех регуляторных влияний на сердце и систему кровообращения в целом.

3. Мо (мода) – наиболее часто встречающееся значения R-R интервалов, указывающее на доминирующий уровень функционирования синусового узла.

4. АМо (амплитуда моды) – доля кардиоинтервалов, соответствующая значению моды, т.е. величине наиболее часто встречающегося кардиоинтервала.

5. ΔX (вариационный размах) – разность между длительностью наибольшего и наименьшего RR-интервала.

6. SDNN (стандартное отклонение) – величина, равная квадратному корню из дисперсии RR-интервалов, указывающая на суммарный эффект влияния на синусовый узел.

7. RMSSD (квадратный корень средних квадратов разницы между смежными RR-интервалами) – отражающий быстрые высокочастотные колебания в структуре ВСР.

Диагностическим алгоритмом АПК «ORTO-expert» предусмотрено три варианта заключений об исходном вегетативном тоне:

1. Преобладание парасимпатического отдела ВНС (ваготония).
2. Смешанный тонус ВНС (эйтония).
3. Преобладание симпатического отдела ВНС (симпатикотония).

Степень напряжения оценивается в диагностическом алгоритме программы АПК «ORTO-expert» по соотношению спектральных компонент ВСР (VLF, LF, HF) с учетом исходного вегетативного тону. Предусмотрено 12 вариантов степени напряжения систем регуляции.

1. Нормальное состояние систем регуляции.
2. Регуляция с увеличенным влиянием парасимпатического отдела ВНС.
3. Регуляция с увеличенным влиянием симпатического отдела ВНС.
4. Напряжение систем регуляции за счет значительно увеличенного влияния парасимпатического отдела ВНС.
5. Напряжение систем регуляции за счет значительно увеличенного влияния симпатического отдела ВНС.

6. Напряжение систем регуляции за счет рассогласования влияний симпатического и парасимпатического отделов ВНС.

7. Высокое напряжение систем регуляции за счет чрезмерно увеличенного влияния парасимпатического отдела ВНС.

8. Высокое напряжение систем регуляции за счет чрезмерно увеличенного влияния симпатического отдела ВНС.

9. Высокое напряжение систем регуляции за счет значительного рас-согласования влияний симпатического и парасимпатического отделов ВНС.

10. Очень высокое напряжение систем регуляции за счет одновременного снижения тонуса симпатического и парасимпатического отделов ВНС и централизации регуляции.

11. Резкое напряжение систем регуляции за счет значительного одно-временного снижения тонуса симпатического и парасимпатического отделов ВНС и централизации регуляции.

12. Резкое напряжение систем регуляции за счет значительного одно-временного снижения активности всех компонент системы регуляции сердечного ритма.

Функциональные резервы определяются с учетом динамики параметров ВСП при проведении нагрузочной пробы (активной ортостатической пробы). После записи определенного количества кардиоинтервалов подается звуковой сигнал, который означает, что ребенок должен принять вертикальное положение сам без посторонней помощи и стоять до окончания обследования.

При анализе переходного процесса, как правило, выделяют две фазы. Это основано на представлении о неодинаковом участии сердечного и сосудистого компонентов системной гемодинамики на различных стадиях ортостатической пробы. Выделение сердечного и сосудистого компонентов позволяет судить о преимущественной роли первого в начальной фазе ортостатической реакции и об активной роли второго в фазе компенсаторных сдвигов гемодинамики. До настоящего времени не существует единого общепринятого подхода к анализу переходного процесса. В связи с этим был разработан способ анализа переходного процесса, заключающийся в определении объема работы, которая выполняется сердечно-сосудистой

системой в результате адаптивных регуляторных изменений. Программой АПК «ORTO-expert» предусмотрено 5 вариантов заключений о реакции на ортопробу.

1. Нормальный переходной процесс. Адекватная реакция сердечно-сосудистой системы на ортопробу.

2. Увеличенная реакция сердечно-сосудистой системы на ортопробу.

3. Значительно увеличенная реакция сердечно-сосудистой системы на ортопробу.

4. Снижение реакции сердечно-сосудистой системы на ортопробу.

5. Реакция сердечно-сосудистой системы на ортопробу не определена.

Кроме того, по согласованности изменений статистических параметров МхДМп и АМо оценивается вегетативное обеспечение, которое может быть каким-нибудь из 5 вариантов:

1. Вегетативное обеспечение организма достаточное.

2. Вегетативное обеспечение организма избыточное.

3. Вегетативное обеспечение чрезвычайно избыточное.

4. Вегетативное обеспечение организма недостаточное.

5. Вегетативное обеспечение организма парадоксальное.

Значимость заключений о каждом из трех компонентов (исходного вегетативного тонуса, степени напряжения регуляторных механизмов и функциональных резервов) при оценке функционального состояния организма была определена эмпирическим путем по клиническим данным длительного наблюдения за пациентами педиатрической клиники и учащимися экспериментальных образовательных учреждений. Общее заключение о функциональном состоянии типизировалось в соответствии с представлениями о типах адаптации.

Кроме того АПК «ORTO-expert» предусмотрено семь вариантов заключений с целью дать расширенные количественные представления о напряжении регуляторных механизмов и функциональных возможностях:

УДОВОЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ

1. Достаточные функциональные возможности организма. Оптимальное функционирование систем регуляции.

2. Состояние минимального напряжения при оптимальном функционировании систем регуляции.

3. Повышенный расход функциональных резервов организма. Незначительное напряжение механизмов адаптации.

НАПРЯЖЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ

4. Снижение функциональных резервов организма. Умеренное напряжение механизмов адаптации.

5. Выраженное снижение функциональных резервов организма. Значительное напряжение механизмов адаптации.

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ

6. Значительное снижение функциональных возможностей организма. Неудовлетворительная адаптация.

7. Резкое снижение функциональных возможностей организма. Срыв адаптации. Возможно наличие заболевания в субкомпенсированном или декомпенсированном состоянии.

Практический опыт показывает, что основными чертами программно-технического комплекса являются простота эксплуатации, короткое время обследования (5–10 мин), надежность результатов диагностики, легкая применимость результатов в практике школьных врачей, фельдшеров, медицинских сестер. ORTO-Expert позволяет быстро и эффективно сделать заключение о типе вегетативной регуляции и адаптационных резервах сердечно-сосудистой системы и организма в целом.

Особая роль в оценке состояния здоровья детей принадлежит правильному учету всех показателей здоровья и распределения школьников в группы здоровья. Как известно, в основу определения групп здоровья положены 4 критерия (С.М. Громбах, 1973): первый – наличие и отсутствие в момент обследования хронических заболеваний, второй – функциональное состояние основных органов и систем организма, третий – уровень достигнутого развития и степень его гармоничности, степень резистентности организма к неблагоприятным воздействиям среды. Наличие и отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре с участием специалистов (ЛОР, окулист, хирург и т.д.). Функциональное состояние организма

выявляется клиническим методом с использованием функциональных проб (орто-проба и др.). Степень сопротивляемости организма выявляется по подтвержденным острым заболеваниями (респираторные инфекции) и обострениям хронических болезней за предшествующий осмотру год. В соответствии с предложенным подходом дети и подростки в зависимости от состояния здоровья подразделяются на пять групп:

1. Здоровые дети с нормальным развитием и нормальным развитием функций.

2. Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

3. Больные с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации с сохраненными функциональными возможностями организма.

4. Больные с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями организма.

5. Больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети этой группы инвалиды.

В практической деятельности медицинских работников школы и территориального лечебно-профилактического учреждения зачастую опускается оценка функционального состояния, поскольку предлагаемые нагрузочные пробы (Мартине – Кушелевского, ортоклиностатическая и др.) трудоемки в проведении и оценки результатов. Использование комплекса ORTO позволяет получить результат в течение нескольких минут.

В результате ритмографического обследования школьники распределяются на следующие подгруппы в зависимости от функционального состояния их организма:

- 1) дети с достаточным или высоким функциональным резервом;
- 2) дети с незначительным ухудшением функционального состояния, за этими детьми необходимо вести динамическое наблюдение (в нашей практике учащиеся обследуются в каждой учебной четверти), и при наличии неблагоприятных изменений эта группа детей нуждается в подходе, используемом при работе с группами 3 и 4;

- 3) дети с выраженным ухудшением функционального состояния;
- 4) дети с резким ухудшением функционального состояния, скрытом адаптации.

При осмотре школьный педиатр, имея уже экспресс-информацию об исходном вегетативном тонусе и адаптационных возможностях, находит объяснение, почему имеет место напряжение (дети 3–4 групп) или направляет ребенка на обследование для выяснения возможных причин выявленных нарушений. Таким образом, дальнейшая тактика определяется осмотром врача.

а) Если у школьника диагностирована удовлетворительная адаптация, то он получает комплекс общих профилактических и оздоровительных процедур, и с ним ведется работа по повышению уровня культуры здоровья.

б) Если состояние ребенка расценено как предболезненное и выявлены факторы риска развития определенной патологии, то предлагается соответствующий комплекс мероприятий для коррекции состояния и профилактики возможных заболеваний.

в) Если причина нарушений остается неясной или требует подтверждения с помощью дополнительного обследования, то родителям ребенка рекомендуется обратиться в лечебно-профилактическое учреждение для обследования и лечения.

г) При наличии хронических заболеваний выявленные нарушения расцениваются как проявление декомпенсации и предлагается определенная программа реабилитации.

Необходимо подчеркнуть важность информации, полученной с помощью комплекса ORTO, для комплексной оценки состояния здоровья. Так, известно, что выраженная симпатикотония с чрезмерным включением центрального контура регуляции при проведении ортопробы по данным ритмо-графии в сочетании с психо-эмоциональным напряжением являются ранними признаками гипертонической болезни (Игишева Л.Н., 1996); нарушение сердечного ритма с тенденцией к брадикардии, снижение показателей памяти, внимания, умственной работоспособности могут быть первыми признаками дисбаланса тиреоидной функции, сочетание ваготонии с высокой вегетативной реактивностью и признаками психоэмоционального

напряжения может отражать вегетативный дисбаланс при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Комплекс для обработки кардиоинтервалограмм и анализа вариабельности сердечного ритма «ВариКАРД» (в дальнейшем – комплекс) предназначен для использования в научно-исследовательской и практической работе для оценки состояния вегетативной регуляции, степени напряжения регуляторных систем и состояния различных звеньев управления системой кровообращения. Это позволяет диагностировать ранние проявления изменений механизмов регуляции, которые предшествуют энергетическим и метаболическим нарушениям и, таким образом, имеют прогностическое значение.

Комплекс «ВариКАРД» реализует современную технологию анализа вариабельности сердечного ритма применительно к исследованиям продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов и соответствует по своим техническим характеристикам и методическим подходам, принятым как в России, так и за рубежом. Комплексы «ВариКАРД» могут использоваться для получения новой, более точной информации о состоянии системы регуляции сердечного ритма.

Варикард реализует технологию выявления состояний, предшествующих развитию болезней. Технология предназначена не для определения нозологических форм, а для оценки неспецифических механизмов адаптации и риска развития заболеваний практически здоровых людей и лиц, с начальными формами патологии и выдачи заключения об уровне адаптационных возможностей организма и степени напряжения регуляторных систем (табл. 4). Обнаружение состояния, предшествующего развитию патологического процесса во многих случаях позволяет предупредить его возникновение.

Комплекс «ВариКАРД» обеспечивает регистрацию ЭКС и синхронно КИГ (с отображением их на экране монитора в режиме реального времени) для пациентов, не имеющих встроенного кардиостимулятора. Исследование системы регуляции сердечного ритма осуществляется в следующей последовательности:

1. Открытие или создание базы данных (БД). По умолчанию открыта база данных предшествующего сеанса,

2. Открытие или создание картотеки. По умолчанию открыта картотека предшествующего сеанса.

3. Создание карты пациента. При повторных обследованиях карта пациента выбирается из списка.

4. Съём, отображение на экране монитора и запись в БД электрокардиосигнала (ЭКС) в одном из трех стандартных отведений в течение заданного врачом времени (от 5 минут до 24 часов);

5. Выделение из ЭКС кардиоинтервалограммы (КИГ) и отображение ее на экране монитора;

6. Корректировка КИГ. Корректировка включает в себя визуальный просмотр сохраненных в памяти ЭВМ КИГ и ЭКС с целью редактирования ошибочных отметок *R* зубцов и выделения экстрасистол. Редактирование осуществляется в интерактивном графическом режиме;

7. Выделение 5-минутных фрагментов КИГ и их математический анализ.

Таблица 4

Соотношение функциональных состояний организма
с уровнем напряжения регуляторных систем

Функциональное состояние	Уровень напряжения регуляторных систем
Норма	Оптимальный уровень
	Нормальный уровень
	Умеренное функциональное напряжение
Функциональное напряжение	Выраженное функциональное напряжение
	Резко выраженное функциональное напряжение
Перенапряжение	Перенапряжение регуляторных механизмов
	Резко выраженное перенапряжение
Истощения (срыв адаптации)	Истощение регуляторных систем
	Резко выраженное истощение
	Полом (срыв) механизмов регуляции

В базе данных хранятся основные сведения об обследуемых. Средства для формирования выходных документов с основными показателями состояния системы регуляции сердечного ритма для каждого обследования могут быть активизированы при просмотре карты

пациента. Выходные документы могут быть выданы на экран монитора и печать, а также помещены в буфер памяти для вставки в виде изображения или текста в сторонние программы (Microsoft Word, Microsoft Excel и т.д.).

Имеется возможность ввода меток начала и конца функциональных проб в процессе регистрации, выделения 5 минутных участков (фрагментов) КИГ и осуществления по ним математического анализа сердечного ритма. Математический анализ включает в себя следующие этапы:

- Расчет основных параметров variability статистическими и геометрическими методами.
- Автокорреляционный анализ.
- Расчет показателей спектрального анализа.
- Определение общей оценки состояния регуляторных систем.

Перед проведением математического анализа врачом выделяются.

шумовые и экстрасистолические элементы КИГ. Для этого в комплексе «ВариКАРД» предусмотрен специальный интерактивный графический режим, при помощи которого врач может отметить все экстрасистолические и шумовые элементы.

Настоящая медицинская технология подготовлена как один из документов к программе ИСКИМ 7.2, но она может быть использована и автономно, всеми, кто применяет в своей работе методы исследования ВСР. Рекомендации относятся только к анализу краткосрочных записей (short-termrecords) при базовой длине выборки, равной 5 минутам. Анализ суточных записей кардиоинтервалов (long-termrecords) в данном программном комплексе тоже возможен, но он имеет свою специфику и требует иного концептуального подхода. Однако отдельные фрагменты суточной записи также могут анализироваться с использованием описанных здесь методик.

При подготовке медицинской технологии мы исходили из того, что выпускаемая программа ИСКИМ7.2 предназначена не только взрослым, но и детей, школьников должен обеспечивать, прежде всего, реализацию известных и хорошо зарекомендовавших себя методик, и основан на накопленном в нашей стране опыте с учетом последних достижений зарубежных ученых.

Медицинская технология, описанная в данной работе, предназначена, прежде всего, для пользователей, не имеющих специального медицинского образования, а только общее биологическое по проблемам психофизиологии, экологии труда, спорта и т.д., в частности, для физиологов, преподавателей, инструкторов, экспертов по фитнесу и т.д., которые желали бы использовать комплекс «ВариКАРД» с целью сохранения здоровья, динамического контроля функционального состояния организма и уменьшения отрицательных воздействий стресса. Варикард не является диагностическим устройством, получаемые с его помощью результаты рассматриваются с точки зрения повышения уровня здоровья или сокращения отрицательных воздействий стресса, он не предназначен для диагноза болезни, но он может успешно применяться для контроля эффективности медицинского воздействия. Комплекс «ВариКАРД» может использоваться и в практической медицине, и, в этом случае, полученные данные могут рассматриваться и с медицинской точки зрения.

Функционально комплекс «ВариКАРД» предназначен для регистрации электрокардиосигнала, его обработки, анализа и формирования заключений о функциональном состоянии организма, оценки уровня стресса и его влияния на состояние здоровья.

Комплекс «ВариКАРД» методически базируется на технологии анализа variability сердечного ритма (ВСР). В данной медицинской технологии приведены научно-теоретические основы методики анализа ВСР и практические рекомендации по интерпретации полученных результатов, а также особенные примеры анализа, в которых учитываются оценки параметров ВСР.

Особенность данной медицинской технологии в том, что в ней приведено оригинальное научно-теоретическое обоснование показателей ВСР, которое исходит из современных представлений о стрессе, функциональном состоянии тела и оценки уровней здоровья с учетом возрастных (от 1 года до 75 лет) и гендерных различий. Реализация этого обоснования используется в базе знаний комплекса «ВариКАРД» для автоматической интерпретации полученных

результатов и построения «Розы ветров» показателей ВСР. В то же время, актуальные результаты анализа ВСР находятся в полном согласии, как с Западными, так и с Российскими стандартами.

Показатели ВСР представлены в виде графиков, таблиц, иллюстраций типа «Светофор» или «Розы ветров», анализ которых полезен при выработке рекомендаций по личной гигиене и по предупреждению изменений функционального состояния при воздействии различных факторов внешней среды и при оценке эффективности оздоровительных технологий.

Программные средства комплекса «ВариКАРД» обеспечивают выдачу на экран и на печать графических документов содержащих следующую информацию:

- фрагмент КИГ, по которой осуществлялся расчет;
- гистограмму;
- автокорреляционную функцию;
- скатерграмму;
- спектр.

Комплекс обеспечивает поддержку системы создания и ведения БД. В БД хранятся паспортные данные пациентов, ЭКС, соответствующие ЭКС КИГ и результаты каждого обследования, а также сведения о функциональных состояниях, метки начала и конца функциональных проб и соответствующие данному обследованию комментарии. Комплекс обеспечивает графическое отображение на экране монитора кардиоинтервалограммы, гистограммы, скатерграммы, автокорреляционной и спектральной функций.

Комплекс обеспечивает вывод на бумажный носитель (формат А4) следующих документов (по запросу):

- Графическое отображение КИГ, гистограммы, автокорреляционной функции, скатерграммы, спектра.
- Основные параметры variability, параметры статистического и автокорреляционного анализа, показатели спектрального анализа.
- Общая оценка состояния регуляторных систем.

Паспортные данные и служебная информация приводятся в каждом документе.

Следует принимать во внимание, что для правильной интерпретации полученных с помощью комплекса «ВариКАРД» результатов, недостаточно только изучить только эту медицинскую технологию. Требуется систематическая непрерывная работа над развитием методологии оценки уровней здоровья и понимании роли стресса при сокращении резервов организма и при развитии болезней. Важно, при принятии решения о применении оздоровительных технологий, осуществлять индивидуальный подход, принимая во внимание индивидуальную конфигурацию «Розы ветров» показателей ВСП и их индивидуальные допустимые отклонения.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

3.1. Оценка функционального состояния центральной нервной системы

Функциональное состояние центральной нервной системы является важным критерием в оценке состояния здоровья детей и подростков. Исследование показателей состояния нервной системы позволяет оценить качество регуляторных механизмов в организме, являющихся основными в формировании адекватного и своевременного адаптационного ответа организма на изменяющиеся условия окружающей среды. От функционального состояния нервной системы зависит и здоровье, и работоспособность человека.

Оценку деятельности нервных центров спинного мозга проводят на основе исследования сухожильных рефлексов (ахиллова, коленного, локтевого). У человека с функциональными расстройствами центральной нервной системы, в частности, с повышенной возбудимостью, наблюдаются повышенные сухожильные рефлексы (т.е. выраженная ответная реакция). Полное отсутствие рефлекторной реакции свидетельствует о патологических изменениях по ходу рефлекторной дуги.

Координация движений в организме человека осуществляется за счет согласованной деятельности коры больших полушарий головного мозга, мозжечка, вестибулярного аппарата. Ведущим органом координации движений является мозжечок, который регулирует и мышечный тонус – при его поражении возникает гипотония.

Для исследования координационной функции нервной системы проводят пробу Ромберга, пальценосовую, пяточно-коленную пробы, определяют нистагм.

Исследование и оценка статической координации (устойчивость стояния) осуществляется по пробе Ромберга. Обследуемому предлагают стоять со сдвинутыми носками и пятками ног и с опущенными

руками. При поражении мозжечка отмечают покачивание туловища, которое увеличивается, если:

- а) обследуемый протягивает руки вперед;
- б) закрывает глаза;
- в) ставит одну ногу впереди другой (в одну линию);
- г) стоит на одной ноге;
- д) стоит на пальцах.

При грубых нарушениях статики человек не может стоять даже с широко расставленными ногами. При оценке пробы обращают внимание на степень устойчивости (исследуемый стоит неподвижно или покачивается), наличие дрожания (тремора) век и пальцев, на длительность сохранения устойчивости в положении стоя на одной ноге.

К динамическим координационным пробам относят пальценосовую и пяточно-коленную пробы, используемые при исследовании координации движений конечностей. При нарушении динамической координации наблюдается промах и дрожание кисти руки. Такое нарушение может быть выявлено и при проведении коленно-пяточной пробы (исследуемый не может коснуться пяткой одной ноги колена другой).

Нистагм – непроизвольные ритмические, судорожные движения глазных яблок, регистрируемые под влиянием раздражения какого-либо отдела вестибулярного анализатора или зрительной стимуляции. Нистагм исследуется в неврологической клинике для диагностики болезней ЦНС, в частности, для оценки деятельности мозжечка. В норме колебательные движения глазных яблок отсутствуют. При поражении мозжечка отмечают колебательные движения при отведении глаз в сторону и попытке задержать взгляд в данном положении.

Основными инструментальными методами оценки центральной нервной системы является электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ).

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – метод регистрации электрической активности (биотоков) мозговой ткани с целью объективной оценки функционального состояния головного мозга. Она имеет большое значение для диагностики травмы головного мозга, сосудистых и воспалительных заболеваний мозга, а также для контроля за функциональным состоянием спортсмена, выявления ранних форм

неврозов, для лечения и при отборе в спортивные секции (особенно в бокс, карате и другие виды спорта, связанные с нанесением ударов по голове). При анализе данных, полученных как в состоянии покоя, так и при функциональных нагрузках, различных воздействиях извне в виде света, звука и др.), учитывается амплитуда волн, их частота и ритм. У здорового человека преобладают альфа-волны (частота колебаний 8–12 в 1 с), регистрируемые только при закрытых глазах обследуемого. При наличии афферентной световой импульсации открытые глаза, альфа-ритм полностью исчезает и вновь восстанавливается, когда глаза закрываются. Это явление называется реакцией активации основного ритма. В норме она должна регистрироваться. Бета-волны имеют частоту колебаний 15–32 в 1 с, а медленные волны представляют собой тэта-волны (с диапазоном колебаний 4–7 с) и дельта – волны (с еще меньшей частотой колебаний). У 35–40 % людей в правом полушарии амплитуда альфа-волн несколько выше, чем в левом, отмечается и некоторая разница в частоте колебаний – на 0,5–1 колебание в секунду. При травмах головы альфа-ритм отсутствует, но появляются колебания большой частоты и амплитуды и медленные волны. Кроме того, методом ЭЭГ можно диагностировать ранние признаки неврозов.

Реоэнцефалография (РЭГ) – метод исследования церебрального кровотока, основанный на регистрации ритмических изменений электрического сопротивления мозговой ткани вследствие пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов. Реоэнцефалограмма состоит из повторяющихся волн и зубцов. При ее оценке учитывают характеристику зубцов, амплитуду реографической (систолической) волн и др. О состоянии сосудистого тонуса можно судить также по крутизне восходящей фазы. Патологическими показателями являются углубление инцизуры и увеличение дикротического зубца со сдвигом их вниз по нисходящей части кривой, что характеризует понижение тонуса стенки сосуда. Метод РЭГ используется при диагностике хронических нарушений мозгового кровообращения, вегетососудистой дистонии, головных болях и других изменениях сосудов головного мозга, а также при диагностике патологических процессов, возникающих в результате травм, сотрясений головного мозга

и заболеваний, вторично влияющих на кровообращение в церебральных сосудах (шейный остеохондроз, аневризмы и др.).

Становится очевидным, что в условиях донозологической диагностики при проведении профилактических осмотров такие методы оценки являются затратными по времени и по задействованию медицинских работников, имеющих соответствующую специализацию в проведении таких исследований. Кроме того, выше перечисленные методы оценки центральной нервной системы не позволяют констатировать уровень функционирования центральной нервной системы, а направлены на выявление органических поражений нервной системы или изменений, относящихся к клинической диагностике.

Характеристику функционального состояния центральной нервной системы и её возможностей можно определять по показателю умственной работоспособности, оценка которой может проводится широким рядом корректурных проб. Существуют различные подходы оценки диагностической направленности корректурных проб. Многие авторы рассматривают их как методы диагностики различных параметров внимания, другие – как методы определения психомоторного темпа. А некоторые авторы считают корректурные тесты методами выявления состояния работоспособности человека, его утомляемости и других трудовых качеств. К примеру, наиболее известными является методика «Кольца Ландольта», корректурные таблицы Анфимова В.П. (1908)

Так, диагностика работоспособности с помощью методики «Кольца Ландольта» позволяет оценить общую работоспособность, выделить ее составляющие. Продуктивность и скорость, а также точность, выносливость, надежность – составляющие работоспособности – остаются достаточно стабильными вне зависимости от вида деятельности. Методика может использоваться в широком возрастном диапазоне, начиная со школьного возраста.

Перед началом тестирования обследуемому выдается Бланк с кольцами. Задание состоит в том, чтобы с максимальной скоростью просмотреть бланк и зачеркнуть в нем кольца с определенным положением разрыва. Бланк лежит перед обследуемым той стороной, на которой снизу расположена «Пробная строка».

Инструкция:

«На бланке имеется набор колец с разрывом в одном из восьми направлений: на 13, 15, 17, 18, 19, 21, 23 и 24 часа, если ориентироваться на циферблат часов. Вы должны последовательно слева направо просматривать строки бланка, не пропуская ни одной, и зачеркивать кольца с разрывом на 15 (12) часов. Найдите внизу бланка Пробную строку. Зачеркните, пожалуйста, для тренировки все кольца Пробной строки, имеющие разрыв на 15 (12) часов».

Обследуемый заполняет Пробную строку, экспериментатор проверяет правильность работы и продолжает инструкцию: «Через каждые 2 минуты я буду подавать команду «Черта», по которой Вы должны поставить вертикальную черту за последним просмотренным к этому моменту кольцом и, не останавливаясь, продолжать работу дальше. По истечении 10 минут я подам команду «Стоп», после которой Вы подчеркнете последнее просмотренное кольцо. Работать надо как можно быстрее, но вместе с тем безошибочно. Задайте, пожалуйста, возникшие у Вас вопросы. Во время работы никаких вопросов задавать нельзя».

После ответов на вопросы экспериментатор просит перевернуть Бланк, подписать его, затем подает команду «Начали» и включает секундомер.

Бланки с результатами теста обрабатываются – экспериментатор помечает на Бланке невычеркнутые (пропущенные) и неправильно вычеркнутые кольца. Затем подсчитывает и заносит в Бланк фиксации результатов следующие показатели:

1. Q – общее количество колец, просмотренных за каждые 2 минуты работы.

2. N – число пропущенных и неправильно вычеркнутых колец за каждые 2 минуты.

3. M – число колец, которые следовало вычеркнуть за каждые 2 минуты.

4. $A = (M - N)/M$ – показатель точности работы за каждые 2 минуты.

5. $P = A \times Q$ – показатель продуктивности работы за каждые 2 минуты.

6. $S = (0,5436 \times Q_t - 2,807 \times N_t)/600$ – показатель скорости переработки информации,

где Q_t – общее количество просмотренных колец за 10 минут;
 N_t – число пропущенных и неправильно зачеркнутых колец за 10 минут;

600 секунд – время выполнения теста;

0,5436 – средняя величина информации каждого кольца;

2,807 – величина потери информации, приходящаяся на одно кольца.

7. P_t – показатель средней продуктивности за 10 минут.

8. $K_p = ((P_1 - P_5)/P_t) \times 5 \times 100\%$ – коэффициент выносливости,

где P_1 – продуктивность за первые 2 минуты;

P_5 – продуктивность за последние 2 минуты;

P_t – средняя продуктивность за 10 минут.

9. A_t – показатель средней точности за 10 минут.

10. $T_a = ((A_1 - A_5)/A_t) \times 100\%$ – коэффициент точности,

где A_1 – точность за первые 2 минуты;

A_5 – точность за последние 2 минуты;

A_t – средняя точность за 10 минут.

11. $P_{\max} - P_{\min}$ – амплитуда колебаний продуктивности.

12. Для характеристики надежности работоспособности по показателям продуктивности и точности следует построить графики, на оси абсцисс которых наносят время выполнения теста с шагом 2 минуты, по оси ординат – соответствующую моменту измерения величину продуктивности или точности.

Тест Ландольта. Бланк фиксации результатов

ФИО _____ Возраст _____ Дата _____ Пол _____

№ п/п	Время	Q	N	M	$A = (M - N)/M$	$P = A \times Q$
1	1–2 мин					
2	3–4 мин					
3	5–6 мин					
4	7–8 мин					
5	9–10 мин					

$$Q_t = Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 = \underline{\hspace{2cm}} \dots \underline{\hspace{2cm}}$$

$$N_t = N_1 + N_2 + N_3 + N_4 + N_5 = \underline{\hspace{2cm}} \text{ Интерпретация значений}$$

$$S = (0,5436 \times Q_t - 2,807 \times N_t) / 600 = \underline{\hspace{2cm}} \underline{\hspace{2cm}}$$

$$P_t = (P_1 + P_2 + P_3 + P_4 + P_5) / 5 = \underline{\hspace{2cm}} \underline{\hspace{2cm}}$$

$$K_p = ((P_1 - P_5) / P_t) \times 5 \times 100 \% = \underline{\hspace{2cm}} \underline{\hspace{2cm}}$$

$$A_t = (A_1 + A_2 + A_3 + A_4 + A_5) / 5 = \underline{\hspace{2cm}} \underline{\hspace{2cm}}$$

$$T_a = ((A_1 - A_5) / A_t) \times 100 \% = \underline{\hspace{2cm}} \underline{\hspace{2cm}}$$

$$P_{\max} - P_{\min} = \underline{\hspace{2cm}} \underline{\hspace{2cm}}$$

Приступая к интерпретации результатов, прежде всего, необходимо четко осознавать, что в данном случае мы измеряем работоспособность нервного субстрата (нервной системы), т.е. базовую, первичную работоспособность, лежащую в основе любой деятельности. Особенности этой базовой работоспособности проявляются в нашем исследовании косвенно, через деятельность, суть которой состоит в восприятии и переработке информации в соответствии с определенными правилами. На какое «волевое усилие» способна нервная система человека, как долго она может работать, не уставая, от этого будут зависеть эффективность и стиль не только профессиональной деятельности, но и всей жизнедеятельности человека в целом. Интерпретация количественных показателей работоспособности Показатель скорости переработки информации (S) Косвенно характеризует функциональную подвижность нервной системы. Функциональная подвижность нервной системы – это скорость распространения нервных импульсов, а также их взаимного превращения (скорость смены возбуждения торможением или наоборот). Скорость движения нервного импульса имеет прямое отношение к условнорефлекторной, поведенческой деятельности. Скорость распространения процессов по нейронам и комплексам коры определяет такую интегральную характеристику мозга, как скорость центральной переработки информации и скоростные параметры процесса принятия решения.

Рассчитанная по формуле величина S может быть переведена в стандартные баллы по следующей шкале:

Величина S	< 0,57	0,57–0,63	0,64–0,73	0,74–0,83	0,84–0,91	0,92–1,04	1,05–1,19	1,20–1,34	1,35–1,36	> 1,36
Стандартные баллы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

При этом общий смысл стандартных баллов можно определить следующим образом:

10 баллов – высокая скорость переработки информации (высоко подвижные);

8–9 баллов – скорость переработки информации выше среднего (подвижные);

4–7 баллов – средняя скорость переработки информации (подвижные);

≤ 4 баллов – низкая скорость переработки информации (инертные)

Показатель средней продуктивности (P_m)

Продуктивность – это количество работы (информации), выполненной (переработанной) в единицу времени. Показатель P_t имеет тесную корреляционную связь с показателем S (0,891 при $p < 0,01$). Поэтому при отсутствии необходимости точной оценки результатов теста по скорости переработки информации можно ориентироваться на продуктивность (P_t), оценивая ее по следующей шкале:

330 – высокий уровень продуктивности;

250–330 – уровень продуктивности выше среднего;

150–250 – средний уровень продуктивности;

< 150 – низкий уровень продуктивности.

Лица с высоким уровнем функциональной подвижности нервной системы обладают высокой скоростью протекания мыслительных процессов, процессов переработки информации, что составляет основу для их высокой продуктивности, способности выполнять большое количество работы в единицу времени. Описанные особенности

будут способствовать успешности деятельности этик людей в тех профессиональных сферах, где решающим является фактор скорости. Они смогут выполнять рабочие операции в повышенном темпе, будут более успешны при выполнении сложных алгоритмических операций, особенно скоростных.

Лица с инертной (< 4 баллов) нервной системой со скоростной обработкой справляются плохо. Индивидуальный стиль деятельности, направленный на компенсацию недостаточной подвижности, может состоять в использовании различных подготовительных и профилактических приемов, позволяющих выполнять отдельные скоростные операции. Инертность нервной системы может стать причиной неуспеваемости в школе, если данная особенность ребенка не учитывается и он вынужден работать в общем, слишком быстром для него, темпе. Таким детям необходим индивидуальный темп учебной деятельности для полного раскрытия имеющихся у них способностей. Люди с инертной нервной системой всегда «проигрывают» в скоростных ситуациях. Проявить свои сильные стороны (способности, умения, навыки и др.) они могут только в спокойной обстановке: действуя в своем, соответствующем их нейрофизиологическим особенностям темпе.

Коэффициент выносливости (K_p) определяет способность человека к длительному поддержанию выявленного уровня продуктивности (P_t) без признаков утомления, снижающего скорость деятельности. Косвенно характеризует силу нервного возбудительного процесса, выносливость нервных клеток к длительному действию раздражителя. Коэффициент выносливости K_p оценивается по следующей шкале:

- $< 0\%$ – высокий уровень выносливости;
- $0-15\%$ – средний уровень выносливости;
- $> 15\%$ – низкий уровень выносливости.

Лица с высоким уровнем выносливости длительное время сохраняют выявленный уровень продуктивности, т.е. скоростные характеристики деятельности без утомления. Как правило, они проявляют большую устойчивость к помехам в деятельности, можно предположить Также их большую надежность в критических ситуациях (наличие опасности, большой поток информации и др.), но это требует

дополнительной проверки. Лица с низким уровнем выносливости быстро устают и снижают продуктивность работы. Наиболее эффективно они смогут работать в условиях довольно стабильной по содержанию деятельности с умеренной интенсивностью поступления информации. Их индивидуальный стиль деятельности, позволяющий компенсировать низкую выносливость, может состоять в многократном кратковременном отдыхе в течение дня, до наступления сильного утомления. Кроме того, лица рабочих специальностей могут компенсировать низкую выносливость более экономным характером движений, формированием обобщенного представления о «главном звене» деятельности, т.е. ее основном схематическом рисунке, что позволяет наиболее рационально распределять кратковременные передышки во время работы для восстановления работоспособности.

Интерпретация качественных показателей работоспособности

Показатель средней точности (A_r) определяет способность человека к безошибочному выполнению деятельности. Косвенно характеризует дифференцированное торможение в центральной нервной системе. Показатель средней точности работы оценивается по следующей шкале:

- $\geq 0,95$ – высокий уровень точности;
- $0,90-0,94$ – уровень точности выше среднего;
- $0,80-0,89$ – средний уровень точности;
- $\leq 0,79$ – низкий уровень точности.

Коэффициент точности (T_a) определяет способность человека к длительному поддержанию выявленного уровня точности (A_r) без признаков утомления, снижающего безошибочность работы. Как и K_p , коэффициент точности характеризует выносливость человека, но с точки зрения поддержания безошибочности деятельности. Коэффициент точности оценивается по следующей шкале:

- колебания точности в пределах 5% – не учитываются;
- падение точности на 5–15% – умеренный, допустимый уровень изменений
- падение точности более чем на 15% – значительные изменения, нарастание утомления.

Лица, склонные допускать в силу своих нейрофизиологических особенностей большое количество ошибок, наименее эффективны будут в деятельности, предъявляющей повышенные требования к точности работы. Очевидно, что индивидуальный стиль деятельности (трудовой, учебной), позволяющий скорректировать недостаточную точность, должен включать обязательную проверку выполненных частей работы.

Показатель надежности определяет вероятность поддержания заданной эффективности деятельности в течение заданного времени. Для определения надежности рекомендуется построить графики продуктивности и точности работоспособности. Анализ характера изменений продуктивности в процессе выполнения задания и сопоставление ее с динамикой точности позволяют вынести заключение о надежности работы и наличии признаков утомления. Некоторые критерии оценки надежности:

ВЫСОКАЯ НАДЕЖНОСТЬ незначительная амплитуда колебаний продуктивности ($(P_{\max} - P_{\min} < 50$ единиц) при высоком уровне точности работы ($A_t \geq 0,90$); средняя амплитуда колебаний продуктивности ($(P_{\max} - P_{\min} =$ от 50 до 100 единиц) при высокой точности ($A_t \geq 0,90$) позволяет интерпретировать надежность работы как «ближе к высокой».

СРЕДНЯЯ НАДЕЖНОСТЬ низкая или средняя амплитуда колебаний продуктивности ($(P_{\max} - P_{\min} < 100$ единиц) при среднем уровне точности работы ($A_t = 0,80-0,89$); высокая амплитуда колебаний продуктивности ($(P_{\max} - P_{\min} > 100$ единиц) при высоком уровне точности работы ($A_t \geq 0,90$).

НИЗКАЯ НАДЕЖНОСТЬ высокая или средняя амплитуда колебаний продуктивности ($(P_{\max} - P_{\min} > 50$ единиц) или волнообразные ее изменения при низком уровне точности ($A_t < 0,80$); даже при незначительной амплитуде колебаний продуктивности ($(P_{\max} - P_{\min} < 50$ единиц) низкий уровень точности ($A_t < 0,80$) позволяет интерпретировать надежность работы как «ближе к низкой»; высокая амплитуда колебаний продуктивности ($(P_{\max} - P_{\min} > 100$ единиц) при среднем уровне точности ($A_t = 0,80-0,89$).

При этом во всех описанных вариантах уровень продуктивности работы P_t не имеет значения. Таким образом, амплитуда колебаний продуктивности оценивается следующим образом:

$P_{\max} - P_{\min} > 100$ единиц – высокая амплитуда колебаний;

$P_{\max} - P_{\min} =$ от 50 до 100 единиц – средняя амплитуда колебаний;

$P_{\max} - P_{\min} < 50$ единиц – незначительная амплитуда колебаний.

Амплитуду колебаний точности можно оценить по следующей шкале:

1. Незначительные – колебания в пределах одного диапазона оценки точности (в зависимости от показателя средней точности A_t ; например, $A_t = 0,95$. А за каждые 2 минуты работы – в диапазоне от 0,90–0,94).

2. Значительные – колебания в пределах двух диапазонов оценки точности умеренные; колебания в пределах трех-четырех диапазонов оценки точности. Типовые соотношения изменений продуктивности с динамикой точности представлены вариантами 1–5.

Вариант 1. После кратковременного повышения продуктивность стабилизируется, практически не изменяясь до окончания работы. Аналогично уровень точности после кратковременного снижения (или без него) остается постоянным в течение всей работы. Это свидетельствует о надежности работоспособности обследуемого при высоком или среднем уровне точности работы ($A_t > 0,80$). При этом уровень продуктивности P_t не играет роли. Даже в случае $P_t < 150$ мы будем иметь дело с надежной работой на низком уровне продуктивности.

Вариант 2. После некоторого снижения уровень продуктивности постепенно повышается, достигая своего максимума на 6–8 минутах работы. К окончанию работы продуктивность несколько падает, оставаясь выше первоначального уровня. При этом амплитуда колебаний продуктивности не может быть выше среднего уровня ($P_{\max} - P_{\min} < 100$ единиц). Кривая точности постепенно снижается, но ее колебания не превышают умеренного уровня изменений. При этом общая точность работы должна быть средней ($A_t = 0,80–0,89$). Такое сочетание показателей свидетельствует о средней, умеренной надежности работоспособности обследуемого. Снижение кривых продуктивности и точности к концу работы отражает появление признаков утомления.

Вариант 3. Резкое скачкообразное повышение продуктивности в начале работы быстро сменяется постепенным или резким снижением. К окончанию работы продуктивность достигает первоначального уровня. При этом амплитуда колебаний продуктивности не может превышать средний уровень ($P_{\max} - P_{\min} < 100$ единиц). Описанные изменения продуктивности сопровождаются значительными колебаниями точности и ее снижением к концу работы ниже первоначального уровня. При среднем уровне общей точности работы ($A_t = 0,80-0,89$) подобное сочетание показателей свидетельствует о средней, умеренной надежности работоспособности обследуемого. Снижение кривых продуктивности и точности, а также выраженные колебания обоих показателей отражают нарастание признаков утомления.

Вариант 4. После кратковременного повышения продуктивности (либо без него) начинается ее прогрессирующее падение. К концу работы продуктивность опускается ниже первоначального уровня. Амплитуда колебаний продуктивности высокая ($P_{\max} - P_{\min} > 100$ единиц). Описанные изменения продуктивности сопровождаются незначительными колебаниями уровня точности. При среднем или низком уровне общей точности работы ($A_t < 0,90$) такое сочетание показателей свидетельствует о низкой надежности работоспособности обследуемого. Постоянное падение продуктивности, которое начинается практически в начале работы, при среднем или низком уровне точности отражает раннее развитие признаков утомления.

Вариант 5. Выраженные колебания продуктивности и точности на протяжении всей работы позволяют сделать вывод о низкой надежности работоспособности обследуемого, независимо от того, будут ли рассчитанные по формулам показатели общей продуктивности и точности работы высокими, средними или низкими.

Следует иметь в виду, что построенные кривые характеризуют колебания продуктивности и точности работы обследуемого непосредственно в процессе выполнения задания теста. Для более точной пролонгированной характеристики изменений продуктивности, точности и надежности можно предъявлять обследуемому тест в различные периоды рабочего дня, по крайней мере, дважды:

до начала работы и после ее окончания. В этом случае изменения продуктивности и точности оцениваются следующим образом:

- колебание показателя P_t или A_t в пределах 5% – не учитываются;
- ухудшение показателя P_t или A_t на 5–15% – умеренные, допустимые;
- ухудшение показателя P_t или A_t на 16–19% – выраженное утомление;
- ухудшение показателя P_t или A_t более чем на 19% – переутомление.

Интегральная оценка уровня работоспособности. Интерпретация описанных частных показателей работоспособности характеризует ее качественное своеобразие и составляет наиболее ценную информацию для психологических выводов и заключений. Кроме того, сочетание отдельных показателей позволяет ориентировочно судить об интегральном уровне работоспособности обследуемого. Сочетания отдельных показателей, позволяющие ориентировочно оценить работоспособность обследуемого как высокую:

Продуктивность	В	ВС	В	В	В	ВС	ВС	ВС	В	В	В	В	ВС	ВС	ВС
Выносливость	ВС	В	ВС	В	В	ВС	В	В	ВС	В	ВС	ВС	В	ВС	ВС
Точность	В	В	В	ВС	В	В	ВС	В	ВС	ВС	В	ВС	ВС	ВС	В
Надежность	В	В	В	В	ВС	В	В	ВС	В	ВС	ВС	ВС	ВС	В	ВС

Сочетания отдельных показателей; позволяющие ориентировочно оценить работоспособность обследуемого как низкую:

Продуктивность	Н	С	Н	Н	Н	С	Н	Н	Н	С	С	ВС	В	Н	Н	Н	Н
Выносливость	Н	Н	С	Н	Н	С	С	Н	С	Н	С	Н	Н	В	ВС	Н	Н
Точность	Н	Н	Н	С	Н	Н	С	С	Н	Н	С	Н	Н	Н	Н	ВС	В
Надежность	Н	Н	Н	Н	С	Н	Н	С	С	С	Н	Н	Н	Н	Н	ВС	В

Обозначения:

В – высокий уровень,

ВС – уровень выше среднего,

С – средний уровень,

Н – низкий уровень.

Сочетания показателей, не вошедшие в таблицы, будут свидетельствовать о среднем уровне работоспособности обследуемого.

Для исследования умственной работоспособности и функционального состояния центральной нервной системы в настоящее время наряду с тестом колец Ландольта широко используется метод корректурных буквенных проб (таблицы Анфимова В.П., 1908). Эти таблицы помогают изучить особенности внимания при действии однообразных раздражителей, какими являются буквы. Суть методики заключается в том, что обследуемый после соответствующей инструкции должен, просматривая каждую строчку таблицы слева направо, вычеркивать обусловленные заданием определенные буквы, отмечая по команде экспериментатора конец каждой минуты вертикальной чертой в том месте строки, которую он просматривал в данный момент. Задание выполняется в быстром темпе на протяжении 5 мин. При проверке качества выполнения задания, осуществляемого по трафарету, учитывается общее количество просмотренных букв и общее количество ошибок.

С помощью формул могут быть рассчитаны следующие показатели:

1) коэффициент точности выполнения задания (А):

$$A = M/N \text{ (в усл. ед.)},$$

где M – количество вычеркнутых букв;

N – общее количество букв, которые необходимо вычеркнуть в просмотренном тексте;

2) коэффициент умственной продуктивности (Р):

$$P = A \times S \text{ (в усл. ед.)},$$

где S – общее количество просмотренных знаков.

Оценка результатов может проводиться по показателю интенсивности внимания (ИВ), который представляет собой выраженное в процентах отношение количества просмотренных букв (КБ) к их общему числу (КИ):

$$\text{ИВ} = (\text{КБ}/\text{КИ}) \times 100.$$

Можно также вычислить показатель внимания (ПВ), используя формулу:

$$\text{ПВ} = \text{КЗ} / (\text{КО} + 1),$$

где КЗ – количество знаков, просмотренных за 1 мин;

КО – количество ошибок.

Количество ошибок, допущенных при просмотре таблицы, может быть выражено в процентах от общего количества просмотренных букв.

При проведении корректурной пробы быстрота обработки таблицы при 5-минутной продолжительности задания может быть оценена в баллах:

Более 1000 знаков за 5 мин – отлично;

800–1000 – хорошо;

700–800 – удовлетворительно.

Менее 700 – плохо.

Количество допущенных ошибок за этот же период работы оценивается следующим образом:

2 ошибки и менее – отлично;

3–5 ошибок – хорошо;

6–10 ошибок – удовлетворительно;

11 и более – плохо.

Поводя итог описанию одного из видов оценки функционального состояния центральной нервной системы с помощью корректурных проб, становится очевидным их трудоёмкость и ограниченность в полученных показателях. В связи с этим, в настоящее время для исследования психофизиологического состояния и работоспособности человека специалисты стараются использовать комплексы, состоящие из нескольких методик, позволяющие получать многосторонние характеристики функциональных возможностей центральной нервной системы, но требующие определенных затрат времени, сил, финансов и достаточно сложного оборудования (Деревянко Е.А., Хухлачев В.К., Лихачева О.А. и др., 1976; Леонова А.Б., 1984; Мороз М.П., 2009). Однако, при решении практических задач оценки и прогнозирования эффективности деятельности существенное значение

приобретает выбор и разработка методов экспресс-диагностики функционального состояния центральной нервной системы и работоспособности человека, такой как «Экспресс-диагностика функционального состояния и работоспособности человека» (Мороз М.П., 2001. Патент на изобретение № 2164075, 20.03.2001).

Методика предназначена для диагностики функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) человека и прогнозирования его работоспособности на основе показателей вариационной хронорефлексомерии – динамических характеристик времени простой зрительномоторной реакции (ПЗМР). Преимуществом методики является простота, удобство применения, быстрота сбора и обработки данных и реализована в виде компьютерной программы, что требует для проведения лишь нескольких минут времени. Методика пригодна для работы и с детьми старше 7 лет и может быть использована для решения задач диагностики, экспертизы, реабилитации и научных исследований, в частности в качестве одного из показателей психического развития ребенка.

В современных условиях одной из наиболее актуальных задач является прогнозирование, сохранение и повышение работоспособности у учащихся, которые в условиях современного образования сталкиваются с обработкой большого количества информации, нервно-эмоциональным напряжением. При этом основная нагрузка приходится на центральную нервную систему и, следовательно, на ее функциональное состояние, которое выступает определяющим фактором работоспособности. Работоспособность ребенка и подростка определяется функциональным состоянием его организма, величиной его резервных возможностей, жизненным опытом и подготовленностью, направленностью личности: характером и степенью выраженности потребностей. Кроме того, работоспособность и ее динамика зависят от внешних гигиенических условий, характеристик рабочего места и времени, физических и умственных нагрузок, социальной среды, анатомических, возрастных, половых особенностей, организации и функциональных возможностей центральной нервной системы, адаптационных резервов, состояния здоровья и других внешних и внутренних факторов.

Суть диагностики заключается в том, что испытуемому дается инструкция: «Будьте внимательны. Смотрите на экран. Каждые несколько секунд в центре экрана на черном фоне будут появляться одинаковые белые квадраты. Это сигналы для Вас. Каждый раз при появлении этих сигналов Вам необходимо как можно быстрее нажимать средними пальцами обеих рук на две указанные Вам клавиши». Затем без предварительной тренировки в случайном порядке предъявляется 50 зрительных раздражителей. Данные измерения латентных периодов зрительно-моторных реакций накапливаются в памяти ЭВМ и распределяются по 20 интервалам от 120 до 500 мс с шагом 20 мс.

Анализ статистических характеристик вариационных рядов временных показателей позволил рассчитать критерии, оценивающие различные стороны функционального состояния ЦНС:

1) функциональный уровень нервной системы (ФУС):

$$\text{ФУС} = \ln \times 1 / M_0 \times T_{0,5};$$

2) устойчивость нервной реакции (УР):

$$\text{УР} = \ln \times P_{\max} / \Delta T_{0,5};$$

3) уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ):

$$\text{УФВ} = \ln \times P_{\max} / \Delta T_{0,5} \times T_{0,5},$$

где M_0 – значение середины модального класса;

$P_{\max}$ – максимальная вероятность;

$\Delta T_{0,5}$ – диапазон времени реакции, соответствующий уровню вероятности от $0,5P_{\max}$;

$T_{0,5}$ – значение времени реакции, соответствующее середине диапазона $\Delta T_{0,5}$.

Далее производится расчет усредненных критериев ФУС, УР, УФВ по правой и левой руке, характеризующих функциональное состояние ЦНС. Исследования Мороз М.П. основаны на бимануальном варианте тестирования, который кроме общей оценки функционального состояния ЦНС (получение усредненных значений ФУС,

УР, УФВ), позволяет исследовать также и динамику межполушарной функциональной асимметрии. Известно, что в феномене межполушарной асимметрии отражается приспособительная деятельность ЦНС, основанная на механизмах билатеральной регуляции. Переработка мозгом информации в каждом конкретном случае определяется асимметрией уровней полушарной активации и динамическим характером межполушарных отношений (Павлова Л.П., 1988). Показано, что между изучаемыми критериями ФУС, УР и УФВ существует зависимость близкая к линейной ($R = 0,98$), что позволяет для оценки функционального состояния ЦНС применять расчет только одного из этих показателей. Оказалось, что наиболее ранние изменения в деятельности ЦНС проявляются нарушением устойчивости нервных процессов, что находит отражение на величине критерия УР. Это дало авторам методики возможность выделить его в качестве наиболее чувствительного показателя (Зимкина А.М., 1978).

В зависимости от величины показателя устойчивости нервной реакции уровень работоспособности делится на 5 групп:

- с ограниченной работоспособностью ($УР \geq 3,0$ ед.);
- с нормальной работоспособностью ($2,0 \text{ ед.} \leq УР \leq 3,0 \text{ ед.}$);
- с незначительно сниженной работоспособностью ($1,0 \text{ ед.} \leq УР \leq 2,0 \text{ ед.}$);
- со сниженной работоспособностью ($0,0 \text{ ед.} \leq УР \leq 1,0 \text{ ед.}$);
- со значительно сниженной работоспособностью ($-1,0 \text{ ед.} \leq УР \leq 0,0 \text{ ед.}$).

Состояние 1 (норма), характеризуется уравновешенностью нервных процессов в ЦНС. Соответствует хорошему самочувствию, настроению, комфортности. Работоспособность человека в этом состоянии оптимальна.

Состояние 2 (преобладание в ЦНС процессов возбуждения) возникает при нервно-эмоциональных реакциях, стрессе, лихорадочных состояниях и пр. В этом состоянии скоростные показатели деятельности высокие, но допускается большое количество ошибок. Работоспособность человека ограничена по продолжительности.

Состояние 3 (нижняя граница нормы) возникает на начальных стадиях развития утомления, монотонии и при астенизации организма при различных заболеваниях. В таком состоянии у человека

ослаблено внимание, допускаются ошибки и время выполнения задания несколько увеличивается. Работоспособность характеризуется как незначительно сниженная.

Состояние 4 (преобладание в ЦНС тормозных реакций) формируется при резком переутомлении, воздействии на организм экстремальных факторов среды и при развитии патологии (неврологического, инфекционного характера, при травме, ожогах и др.). Для этого состояния характерно резкое ухудшение временных и точностных параметров деятельности и значительное снижение работоспособности в целом. При работе в таком состоянии требуется внешний контроль за деятельностью человека.

Состояние 5 (глубокое торможение в ЦНС) возникает преимущественно при тяжелой патологии (при большой кровопотере, черепно-мозговой и сочетанной травме, обширных ожогах и пр.). Работоспособность человека в таком состоянии утрачивается полностью или сохраняются только отдельные фрагменты деятельности.

Разработчиками методики было установлено, что при развитии утомления и «незначительно сниженной» работоспособности выполнение простых элементов деятельности снижается в пределах 10–20%. При этом увеличивается время выполнения задания и количество допускаемых ошибок. Сложные элементы деятельности при этом выполняются в полном объеме и без ошибок. Характерно, что снижаются также и косвенные психофизиологические показатели операторской деятельности, которые отнесены к простым элементам – время простой зрительно-моторной реакции достоверно увеличивалось в пределах 10%, при этом дисперсия ПЗМР увеличивалась на 25% (Ржепецкая М.К., 1995).

«Сниженная» работоспособность человека характеризуется одновременным ухудшением качества выполнения как трудных, так и легких элементов в пределах 25%. Косвенные показатели (простая и сложная зрительно-моторная реакция) при этом изменяются в пределах 50%.

«Существенно сниженная» работоспособность человека характеризуется дальнейшим прогрессивным снижением выполнения легких и трудных элементов деятельности, причем последние страдают в большей степени. Этот уровень работоспособности характеризуется

проявлением кратковременных блокад деятельности, обозначенных в литературе как «умственные блоки», «феномен блокирования», «цепочки пароксизмов» и др. (Бойко Е.И., 1964; Леонова А.Б., Медведев В.И., 1981; Hebb D.O. Drives C.N.S., 1955). Косвенные показатели работоспособности при этом ухудшаются более чем на 50 %.

При развитии чрезмерного нервно-эмоционального напряжения в коре мозга начинают преобладать процессы возбуждения, что также отражается на уровне деятельности человека. Работоспособность в таком состоянии характеризуется как «ограниченная». В таком состоянии человек допускает много ошибок, но время выполнения заданий резко сокращается.

3.2. Оценка психофизиологического статуса

Психофизиологический статус, характеризующий сформированность и соответствие с возрастной ступенью компонентов, составляющих внутреннюю физиологическую и психофизиологическую основу деятельности всех систем развивающегося ребёнка, может быть оценен с помощью целого комплекса авторских методик, но в рамках массовых профилактических осмотров для диагностики психического здоровья и факторов риска его нарушения исходя из практического опыта авторов пособия считаем достаточно проведение оценки особенностей личности ребенка по факторному личностному опроснику Р.Б. Кэттелла; уровня тревожности по адаптированной А.М. Прихожан (1994) шкале явной тревожности для детей (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale – CMAS) и опросник Спилберга у старших подростков и юношей; методики А.А. Баранова с соавт. (2005) анализа пограничных (предболезненных) признаков развития симптомов нервно-психических изменений.

Методика многофакторного исследования личности Кэттелла существует в двух вариантах – детском и подростковом.

Детский личностный вопросник содержит 120 вопросов, которые касаются самых различных сторон жизни ребенка: взаимоотношений с одноклассниками, отношений в семье, поведения на уроке, на улице, социальных установок, самооценки и пр. К каждому вопросу теста дается два ответа на выбор и только к вопросам фактора В – три

варианта ответа. Для коррекции возможной установочности ответов вопросы были сформулированы по возможности нейтрально и сбалансированы так, чтобы одинаковое число положительных и отрицательных ответов давало равный вклад в счет шкалы.

Опросник сконструирован таким образом, чтобы вопросы были понятны как для младших школьников (8 лет), которые обязательно требуют индивидуального обследования, так и для учащихся более старшего возраста (12 лет). Вопросник разделен на 2 идентичные части по 60 вопросов, все 12 шкал содержат по 10 вопросов (5 в каждой части), значимый ответ на каждый из них оценивается в 1 балл. Сумма баллов по каждой шкале с помощью специальных таблиц переводится в специальные оценки – «стены». Оценки 1 и 10 стенов, практически редко встречающиеся, представляют собой крайние диаметрально противоположные значения одного двухполюсного свойства личности. Как показало проведенное исследование, предлагаемая методика позволяет адекватно судить о возрастных и половых особенностях школьников и обладает достаточно широкими дифференцирующими возможностями.

Для проведения группового эксперимента детям раздаются тестовые брошюры и опросные листы. Перед исследованием необходимо предупредить ребят, чтобы они не делали никаких пометок в самом тексте, а все, что нужно, отмечали и писали на опросном листе. Также надо сказать, чтобы каждый школьник написал свое имя, фамилию, возраст, класс, № школы и другую информацию, которую Вы хотите получить, в верхней части опросного листа. Как только дети будут готовы слушать, прочтите вслух инструкцию:

Инструкция:

«Дорогие ребята, мы проводим изучение характера школьников. Предлагаем анкету с рядом вопросов. Здесь не может быть «правильных» или «неправильных» ответов. Каждый должен выбрать ответ наиболее подходящий для себя. Вопросы состоят из двух частей, разделенных словом «или». Читая вопросы, выбирай ту часть, которая подходит тебе больше. В листке для ответов против каждого номера вопроса имеется два квадратика, соответствующие

левой части вопроса (все, что находится до слова «или») и правой (все, что находится после слова «или»). Поставь крестик (×) в квадратике, который соответствует той части вопроса, которую ты выбрал. В некоторых вопросах может не быть формулировок, подходящих для тебя точно (или бывает «и так, и так»). Тогда отмечай ту, которая подходит тебе больше (или как чаще бывает). Если вопрос вызывает затруднение, обращай за помощью к тому, кто проводит исследование, для этого подними руку. Не надо думать подолгу над одним вопросом. Отметил один и сразу же переходи к следующему. Есть вопросы, имеющие три варианта ответов (№ 15, 19, 23, 27). Посмотри все варианты и выбери один из них. Не разрешается пропускать вопросы, а также давать больше одного ответа на вопрос».

Необходимо продемонстрировать 2 первых вопроса в качестве примера на доске. Подчеркните слово «или» так, чтобы дети усвоили, что имеется два возможных выбора. Затем продолжите: «Посмотрите на ваши опросные листы. В левом углу стоит цифра 1, это первый вопрос, начинайте отвечать здесь». Дайте небольшой промежуток времени, чтобы дети сделали первый выбор. Прodelайте то же и со вторым вопросом. Спросите: «Понятно ли как отмечать ответы? Если ли у кого вопросы?» Подробно ответьте на все вопросы детей. Предупредите, что исправление ответов разрешено, но оно должно быть ясно видно. Когда дети поняли, что надо делать, скажите им, чтобы они продолжали работу самостоятельно, выбирая в каждом вопросе ответ, который им больше подходит. В случае, если у кого-то возникает затруднение, разрешается прочесть этому ребенку непонятный для него вопрос и объяснить его смысл, не подсказывая ответа. Исключения составляют вопросы, направленные на выявление интеллектуальных функций, это № 11, 15, 19, 23, 27.

Разрешается только их прочтение, без объяснения значения слов. Это должно производиться в индивидуальном порядке, чтобы не мешать работе остальных. Скажите детям, чтобы, когда они закончат отвечать на вопросы первой страницы, сразу же переходили на вторую.

Важным моментом является то, чтобы экспериментатор сразу же после начала работы быстро прошел по рядам и убедился, что все следуют инструкции. Отмечайте, где работает ребенок, стимулируя

его работать быстрее или медленнее. Полезно сделать такое замечание: «Теперь почти все закончили 1-ую страницу, если кто-то еще не закончил, надо работать быстрее». Обратите внимание на завершение работы. В конце тестирования необходимо сказать: «Просмотрите ваши ответы и убедитесь, что вы ответили на каждый вопрос, ничего не пропустили». Чтобы результаты обследования были качественными, необходимо создать для каждого ребенка во время эксперимента доброжелательную непринужденную обстановку и поддерживать хорошие взаимоотношения в течение всего обследования. Самое важное – экспериментатор должен вызвать у ребенка желание сотрудничать с ним и отвечать на каждый вопрос искренне. Описанный метод больше всего подходит для школьников старшей возрастной группы. Младшим детям этот вопросник может быть прочтен весь целиком вслух. В этом случае необходимо, чтобы в классе был помощник-наблюдатель, т.к. некоторые дети могут нуждаться в оказании помощи, а другие склонны списывать. Экспериментатор, читающий вопросы, должен стоять перед классом и четко произносить каждый вопрос, по мере надобности повторяя их дважды. Вопросы, направленные на сообразительность, лучше выписать на доске, т.к. при восприятии их на слух дети испытывают трудности, но при этом очень важно не допустить их обсуждения вслух. Индивидуальное тестирование проводится подобно групповому. После того, как ребенок проинструктирован, ему надо предоставить самостоятельность, оказывая помощь при необходимости. Для детей младшего школьного возраста, испытывающих трудности при чтении, экспериментатор должен зачитывать каждый вопрос, отмечая ответы ребенка в опросном листе. Следует подчеркнуть, что проведение индивидуального тестирования с активным участием экспериментатора, позволяет собрать более обширную информацию о личности исследуемого школьника. Задавая вопросы, исследователь может попросить у испытуемого объяснения, почему он отвечает так, а не иначе, выявить наиболее значимые для него жизненные сферы и отношения, следить за его эмоциональными, поведенческими и речевыми проявлениями во время обследования. Полученная дополнительная информация обогащает представление об обследуемом ребенке.

От исследователя, проводящего анализ анкет требуется внимательный просмотр опросных листов, и уверенность в том, что на каждый вопрос дан только один ответ. Если есть какие-нибудь нарушения, например, когда все ответы смещены вправо или влево («стереотипность» ответов) и т.п., то такие опросные листы отбрасываются. При оценке используется стандартный шаблон-ключ, который накладывается на опросный лист (1 и 2 часть идентичны для обработки). Каждое совпадение с ключом оценивается в 1 балл. Форма интерпретации для первой и второй части, а также для вариантов для мальчиков и для девочек абсолютно идентичны. Количество баллов для каждого фактора из частей № 1 и 2 суммируются. Полученная сумма баллов есть предварительная «сырая» оценка, которая записывается внизу опросного листа против соответствующего фактора. Каждая предварительная оценка переводится в «шкальную» – стандартную («стен») путем соотнесения с нормативными данными» представленными в виде таблиц, различных для детей разного пола и возраста.

Подсчёт сырых баллов

Фактор	Ключ
A	1a, 2b, 5a, 7a, 9b
B	11a, 15c, 19b, 23a, 27c
C	3a, 4b, 6b, 8a, 10a
D	12b, 16b, 20a, 24b, 28a
E	13a, 17a, 21b, 25b, 29a
F	14b, 18a, 22b, 26b, 30a
G	31a, 35a, 39a, 43b, 47b
H	32b, 36a, 40b, 44a, 48a
I	33b, 37b, 41a, 45a, 49a
O	34a, 38a, 42b, 46a, 50b
Q3	51b, 52a, 55b, 57a, 59b
Q4	53b, 54a, 56a, 58a, 60b

Подсчёт стенов

Мальчики 8–10 лет

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	σ
A	0	1–2	3	4	5	6	7	8	9	10	6,3	2,2
B	0–1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,6	1,8
C	0	1	2	3	4–5	6	7	8	9	10	5,4	2,2
D	0	1	2	3	4–5	6	7	8	9	10	5,3	2,4
E		0	1	2	3	4	5	6	7–8	9–10	4,2	2,1
F	0–1	2	3	4	5	6	7		8	9–10	6,4	1,8
G	0	1	2	3–4	5	6	7	8	9	10	6,0	2,2
H	0–2	3	4	5	6	7	8		9	10	6,1	2,2
I		0	1	2	3	4	5	6	7	8–10	3,8	1,9
O		0	1	2	3	4–5	6	7	8	9–10	3,4	2,1
Q3	0	1	2	3	4–5	6	7	8	9	10	5,1	2,2
Q4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9–10	4,5	2,2

Девочки 8–10 лет

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	σ
A	0–1	2–3	4	5	6	7	8	9		10	7,0	1,9
B	0–1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,9	1,9
C	0	1	2	3–4	5	6	7	8	9	10	5,9	2,2
D		0	1	2	3	4	5–6	7–8	9	10	3,8	2,4
E		0	1	2	3	4	5	6	7	8–10	3,1	1,9
F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9–10	4,0	2,0
G	0–1	2	3–4	5	6	7	8		9	10	7,2	2,1
H	0–1	2–3	4	5	6	7	8		9	10	6,5	2,1
I	0–1	2	3–4	5		6	7	8	9	10	7,0	1,8
O		0	1	2	3	4	5	6	7	8–10	3,7	2,1
Q3	0–1	2	3–4	5	6	7	8	9		10	6,9	2,1
Q4		0	1	2	3	4	5	6–7	8	9–10	3,8	2,2

Мальчики 11–12 лет

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	σ
A	0	1	2	3	4–5	6	7	8	9	10	5,6	2,5
B	0–2	3	4	5	6	7	8	9		10	6,9	1,8
C	0	1	2	3	4–5	6	7	8	9	10	5,2	2,5
D	0	1	2–3	4	5	6	7	8	9	10	5,6	2,4
E	0–1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,6	2,1
F	0–1	2–3	4	5	6	7	8	9		10	6,6	2,0
G	0	1		2	3	4	5	6–7	8	9–10	4,2	2,1
H	0–1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,8	2,3
I	0		1	2	3	4	5	6	7	8–10	3,4	1,9
O		0	1	2	3	4	5–6	7	8	9–10	3,9	2,5
Q3		0	1	2	3	4	5	6	7	8–10	3,6	2,1
Q4	0	1	2	3–4	5	6	7	8	9	10	6,0	2,4

Девочки 11–12 лет

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	σ
A	0–2	3	4	5	6	7	8	9		10	6,3	2,2
B	0–3	4	5	6	7			8	9	10	7,3	1,8
C	0	1	2	3	4–5	6	7	8	9	10	5,2	2,6
D	0	1	2	3–4	5	6	7	8	9	10	5,1	2,5
E	0–1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	5,0	2,1
F	0–1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	4,8	2,1
G	0	1	2	3	4	5	6–7	8	9	10	5,2	2,2
H	0–1	2	3	4	5–6	7	8	9		10	6,3	2,2
I	0–2	3		4	5	6	7	8	9	10	6,3	1,8
O	0	1	2	3	4	5	6–7	8	9	10	4,4	1,9
Q3	0	1	2	3	4	5	6–7	8	9	10	4,8	2,4
Q4	0	1	2–3	4	5	6	7	8	9	10	5,8	2,5

Данные в стенах, полученные в результате обследования, являются основным материалом обсуждаемого теста. Надо заметить, что измерения в психологии не имеют абсолютной шкалы, и в конечном итоге мы определяем положение одного индивида по отношению к другому или к группе. Максимальная оценка составляет 10 баллов, среднее значение соответствует 5,5 баллам. При интерпретации и составления психологического портрета личности ребенка по ниже приведенным факторам теста считается, что:

- 1–3 стена/«–» – низкая оценка;
- 4–7 стенов – средняя оценка;
- 8–10 стенов/«+» – высокая оценка.

Описание факторов

ФАКТОР А (общительность)

Высокая оценка характеризует ребенка как эмоционально-теплого, общительного, веселого. Дети с высокими оценками по Фактору А лучше приспособлены социально. Оценки А+ характерны для человека, который легко подвержен аффективным переживаниям, лабилен, отличается богатством и яркостью эмоциональных проявлений, откликается на происходящие события, имеет выразительную экспрессию. Для него характерны сильные колебания настроения. Ребенок с низкой оценкой по этому фактору отличается недоверчивостью, чрезмерной обидчивостью, отсутствием интуиции в межличностных отношениях, в его поведении часто наблюдаются негативизм, упрямство, эгоцентризм. Оценки А– характерны для человека, который не склонен к аффектам и бурным, живым эмоциональным проявлениям. Такой человек холоден и формален в контактах, не интересуется жизнью окружающих его людей, предпочитает общаться с книгами и вещами, старается работать в одиночестве и в конфликтах не склонен идти на компромисс. В делах такой человек точен и обязателен, но недостаточно гибок. Девочки в среднем имеют более высокие показатели по сравнению с мальчиками.

ФАКТОР В (вербальный интеллект)

Высокие оценки по данному фактору отражают хороший уровень развития вербального интеллекта, таких его функций, как обобщение,

выделение частного из общего, овладение логическими и математическими операциями, легкость усвоения новых знаний. Оценки В+ характерны для человека, которым получает высокие результаты по интеллектуальным тестам.

Ребенок с низкими оценками выполняет предложенные задания, используя лишь конкретно-ситуационные признаки, примитивно подходит к решению своих проблем. У этих детей часто отмечается плохое внимание, утомляемость. Оценки В– характерны для человека, который обладает низким интеллектом или эмоциональной дезорганизацией мышления. По этому фактору прослеживаются четкие различия между успевающими и неуспевающими школьниками, дети старшей возрастной группы имеют более высокие оценки.

ФАКТОР С (уверенность в себе)

Высокие значения фактора с отражают уверенность в себе и, соответственно, спокойствие, стабильность, лучшую подготовленность к успешному выполнению школьных требований. Оценки С+ характерны для человека, который является эмоционально зрелым и хорошо приспособленным. Такой человек обычно способен достигать своих целей без особых трудностей, смело смотреть в лицо фактам, осознавать требования действительности. Он не скрывает от себя собственные недостатки, не расстраивается по пустякам и не поддается случайным колебаниям настроений. Низкие значения регистрируются у детей, которые остро реагируют на неудачи, оценивают себя как менее способных по сравнению со сверстниками, обнаруживают неустойчивость настроения, плохо контролируют свои эмоции, испытывают трудности в приспособлении к новым условиям. На отрицательном полюсе группируются дети и с неблагоприятием в учебной деятельности. Оценки С– характерны для человека, который отмечает, что ему не хватает энергии и он часто чувствует себя беспомощным, усталым и не способным справиться с жизненными трудностями. Такой человек может иметь беспричинные страхи, беспокойный сон и обиду на других, которая зачастую оказывается необоснованной. Такие люди не способны контролировать свои эмоциональные импульсы и выражать их в социально допустимой форме. В поведении это проявляется как отсутствие ответственности, капризность.

ФАКТОР D (возбудимость)

Дети с высокой оценкой по этому фактору обнаруживают повышенную возбудимость или сверхреактивность на слабые провоцирующие стимулы, чрезвычайная активность у них порой сочетается с самонадеянностью. Для них характерно моторное (постоянное) беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Формирование этого качества связано как с особенностями темперамента, так и с условиями воспитания. Дети с высокими оценками по этому фактору плохо владеют собой, по незначительному поводу у них могут возникать бурные эмоциональные реакции, и их поведение сильно зависит от наличного состояния. Низкая оценка по этому фактору трактуется как эмоциональная уравновешенность, сдержанность. Дети, имеющие низкие оценки по этому фактору, хорошо владеют собой даже в неблагоприятных ситуациях и при помехах их деятельности. Мальчики имеют в среднем более высокие значения по сравнению с девочками.

ФАКТОР E (склонность к самоутверждению)

Высокие оценки регистрируются у тех, кто имеет выраженную склонность к самоутверждению, противопоставлению себя как детям, так и взрослым, и отличается стремлением к лидерству и доминированию. Проявление этого свойства у детей нередко сопровождается поведенческими проблемами, наличием агрессии; лидерские тенденции часто не находят реального воплощения, т.к. многим формам социального взаимодействия им еще предстоит обучиться. У детей проявление этого фактора нередко выражается в виде «разговорчивости». Оценки E+ характерны для человека властного, которому нравится доминировать и приказывать, контролировать и критиковать других людей. У такого человека выражено стремление к самоутверждению, самостоятельности и независимости, он живет по собственным соображениям, игнорируя социальные условия и авторитеты, агрессивно отстаивая свои права на самостоятельность и требуя проявления самостоятельности от других. Такая личность действует смело, энергично и активно, ей нравится «принимать вызовы» и чувствовать превосходство над другими. При низких

оценках ребенок демонстрирует зависимость от взрослых и других детей, легко им подчиняется. Оценки Е– характерны для человека послушного, конформного и зависимого. Такой человек руководствуется мнением окружающих, не может отстаивать свою точку зрения, следует за более доминантными и легко поддается авторитетам. Для его поведения характерны пассивность и подчинение своим обязанностям, отсутствие веры в себя и в свои возможности, склонность брать вину на себя. Низкая доминантность обычно связана с успешностью обучения во всех возрастных группах. Значение этого фактора достоверно выше у школьников старшей возрастной группы.

ФАКТОР F (склонность к риску)

Дети, имеющие высокую оценку по этому фактору, отличаются энергичностью, активностью, отсутствием страха в ситуации повышенного риска; им, как правило, присущи переоценка своих возможностей и чрезмерный оптимизм. Оценки F+ характерны для человека, который имеет более простой и оптимистичный характер, легко относится к жизни, верит в удачу, мало заботится о будущем. Такой человек часто демонстрирует находчивость и остроумность, получает удовольствие от вечеринок, зрелищных мероприятий, работы, предполагающей разнообразие, перемены, путешествия. Оценки F– характерны для человека ответственного, трезвого и серьезного в своем подходе к жизни. Но наряду с этим он склонен все усложнять и подходить ко всему слишком серьезно и осторожно. Его постоянно заботит будущее, последствия его поступков, возможности неудач и несчастий. Такому человеку тяжело расслабиться от забот, он старается планировать все свои действия. Значения Фактора F не меняются в рассматриваемом возрастном диапазоне и отражают половые различия: чаще встречается у мальчиков, мальчики по сравнению с девочками показывают более высокие оценки.

ФАКТОР G (ответственность)

Эта шкала отражает то, как ребенок воспринимает и выполняет правила и нормы поведения, предъявляемые взрослыми. Низкие качества имеют дети, пренебрегающие своими обязанностями, не заслуживающие доверия, часто конфликтующие с родителями

и учителями. У них отмечается несобранность, отсутствие стойкой мотивации. Оценки G– характерны для человека, который проявляет слабый интерес к общественным нормам и не прилагает усилий для их выполнения. Он может презрительно относиться к моральным ценностям и ради собственной выгоды способен на нечестность или обман. Такой человек склонен к непостоянству, может иметь тенденции к социопатии. На положительном полюсе концентрируются школьники с высоким чувством ответственности и обязательности, целеустремленные, добросовестные, аккуратные. Оценки G+ характерны для человека, который порядочен не потому, что это может оказаться выгодным, а потому что у него такие убеждения. Подобные люди точны и аккуратны в деталях, любят порядок, стремятся не нарушать правила, обладают хорошим самоконтролем. Более высокие значения по этому фактору у детей младшей группы, девочки превосходят мальчиков.

ФАКТОР Н (социальная смелость)

Этот фактор у детей отражает особенности взаимоотношений ребенка со взрослыми (родителями и учителями). Ребенок с высоким значением по Фактору Н непринужден и смел в общении, легко вступает в контакт со взрослыми. Оценки Н+ характерны для человека нечувствительного к угрозам, смелого, решительного, имеющего тягу к риску и острым ощущениям. Такой человек не теряется при столкновении с нестандартными ситуациями и быстро забывает о неудачах, не делая необходимых выводов. Кроме этого, такая личность не испытывает трудности в общении, легко вступает в контакты, любит часто находиться на виду, не стесняется публичных выступлений. Оценки Н – характерны для человека, который обладает сверхчувствительной нервной системой и остро реагирует на любую угрозу. Такие люди зачастую робки, застенчивы, не уверены в своих силах, часто терзаются чувством собственной неполноценности. Человек с низким значением по фактору Н, как правило, медлителен, сдержан в выражении своих чувств, предпочитает иметь одного-двух близких друзей, проявляет заботу и внимание к окружающим, но не может поддерживать широкие контакты и не любит работать вместе с другими.

ФАКТОР I (чувствительность)

Положительный полюс отражает эмоциональную сензитивность, богатое воображение, эстетические наклонности, «женственную» мягкость и зависимость. Наблюдения показывают, что ребенок с высокой оценкой по этому фактору мягкий, сентиментальный, доверчивый, нуждающийся в поддержке, в большой степени подверженный влияниям внешней среды. Оценки I+ характерны для человека, который действует, ориентируясь на собственную интуицию. Он не любит «грубых» людей и «грубую» работу, но обожает путешествия и новые впечатления. Для него типичны тревожность и беспокойство по поводу состояния здоровья, снисходительность к себе и другим, зависимость и потребность в любви, внимании и помощи со стороны других людей. Отрицательный полюс отражает – реалистический подход в поиске выхода из проблемной ситуации, практицизм, мужественную независимость. В жизни такой человек опирается на здравый смысл и логику, больше доверяет рассудку, чем чувствам, интуиции предпочитает расчет, психические травмы преодолевает за счет рационализации. Подобные люди независимы, придерживаются собственной точки зрения, склонны принимать на себя ответственность. У девочек значения достоверно выше, чем у мальчиков.

ФАКТОР O (тревожность)

Рассматриваемое свойство личности является основой возникновения невротичности. Высокий балл может быть показателем тревоги или депрессии в зависимости от ситуации. Ребенок, имеющий высокую оценку по данному фактору, полон предчувствия неудач, легко выводится из душевного равновесия, часто имеет пониженное настроение. Оценки O+ характерны для человека тревожного, подавленного, озабоченного настроением, легко плачущего. Такой человек склонен к печальным размышлениям в одиночестве, легко подвержен различным страхам и тяжело переживает любые жизненные неудачи. Он не верит в себя, склонен к самоупрекам, недооценивает своих возможностей, знаний, способностей. Для него характерны развитое чувство долга, подверженность чужому влиянию, зависимость настроения и поведения от одобрений или неодобрения со стороны

окружающих. В обществе подобный человек чувствует себя неуверенно и неуверенно, держится скромно и обособленно. Ребенок с низкой оценкой спокоен, редко расстраивается. Оценки О– характерны для человека веселого, бодрого, жизнерадостного. Он может легко переживать жизненные неудачи, верит в себя, не предрасположен к страхам, самоупрекам и раскаиванию, слабо чувствителен к оценкам окружающих.

ФАКТОР Q3 (самоконтроль)

Высокое индивидуальное Q3 может быть расценено как лучшая социальная приспособленность, более успешное овладение требованиями окружающей жизни. Оценки Q3+ свидетельствуют об организованности, умении хорошо контролировать свои эмоции и поведение. Такие личности способны эффективно управлять своей энергией и умеют хорошо планировать свою жизнь. Они думают, прежде чем действовать, упорно преодолевают препятствия, не останавливаются при столкновении с трудными проблемами, склонны доводить начатое дело до конца и не дают обещания, которые не могут выполнить. Подобные люди хорошо осознают социальные требования и заботятся о своей общественной репутации. Низкий Q3 выделяет того, кто не умеет контролировать свое поведение в отношении социальных нормативов, плохо организован. Оценки Q3– характерны для слабых и обладающих плохим самоконтролем людей. Такие люди слабо способны придать своей энергии конструктивное направление и не расточать ее. Они не умеют организовывать свое время и порядок выполнения дел. Как правило, подобные люди не остаются долго на одной работе и в силу этого не достигают мастерства и не идентифицируют себя с профессиональной деятельностью.

ФАКТОР Q4 (нервное напряжение)

Ребёнок с высоким значением этого фактора отличается избытком побуждений, которые не находят практической разрядки в процессе деятельности. В его поведении преобладает нервное напряжение. Нередко высокий Q4 отмечается у школьников с низкой успеваемостью, имеющих достаточно хорошие интеллектуальные способности. Оценки Q4+ характерны для человека, у которого выражен классический невроз тревожности. Подобные люди постоянно

находятся в состоянии возбуждения, с большим трудом успокаиваются, чувствуют себя разбитыми, усталыми, и не могут оставаться без дела даже в обстановке, способствующей отдыху. Для таких людей характерны эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, раздражительность, проблемы со сном, негативное отношение к критике. Оценки Q4–характерны для детей, которые отличаются расслабленностью, отсутствием сильных побуждений и желаний. Такие люди невозмутимы, спокойно относятся к неудачам и неудачам, находят удовлетворение в любом положении дел и не стремятся к достижениям и переменам.

Методика многофакторного исследования личности
Кэттелла/Детский вариант/Бланк части 1 для мальчиков

1. Ты быстро справляешься со своими домашними заданиями	или	ты их выполняешь долго
2. Если над тобой подшутили, ты немного сердисься	или	смеешься
3. Ты думаешь, что почти все можешь сделать как надо	или	ты можешь справиться только с некоторыми заданиями
4. Ты часто делаешь ошибки	или	ты их почти не делаешь
5. У тебя много друзей	или	не очень много
6. Другие мальчики умеют больше, чем ты	или	ты можешь столько же
7. Всегда ли ты хорошо запоминаешь имена людей	или	случается, что ты их забываешь
8. Ты много читаешь	или	большинство ребят читает больше
9. Когда учитель выбирает другого мальчика для работы, которую ты сам хотел сделать, тебе становится обидно	или	ты быстро об этом забываешь
10. Ты считаешь, что твои выдумки, предложения, идеи хорошие и правильные	или	ты не уверен в этом

11. Какое слово будет противоположным по значению слову «СОБИРАТЬ»? «РАЗДАВАТЬ»	или «НАКАПЛИВАТЬ»	или «БЕРЕЧЬ»
12. Ты обычно молчаливый	или	много говоришь
13. Если мама на тебя сердится, это иногда бывает ее ошибкой	или	у тебя ощущение, что ты сделал что-то неправильно
14. Тебе понравилось бы заниматься с книгами в библиотеке	или	быть капитаном дальнего плавания
15. Какая из следующих букв отличается от двух других? С,	или Т,	или У
16. Ты можешь вечером долго сидеть спокойно	или	начинаешь ерзать
17. Если ребята беседуют о каком-то месте, которое и ты хорошо знаешь, ты тоже начинаешь рассказывать о нем что-нибудь	или	ты ждешь, когда они закончат
18. Ты смог бы стать космонавтом	или	ты думаешь, что это слишком сложно
19. Дан цифровой ряд: 2, 4, 8, ... Какая следующая цифра в этом ряду? 10	или 16	или 12
20. Твоя мама говорит, что ты слишком живой и беспокойный	или	ты тихий и спокойный
21. Ты охотнее слушаешь, как рассказывает кто-то из ребят	или	тебе больше нравится рассказывать самому
22. В свободное время ты лучше почитал бы книгу	или	поиграл в мяч
23. Дана группа слов: «ХОЛОДНЫЙ», «ГОРЯЧИЙ», «МОКРЫЙ», «ТЕПЛЫЙ». Одно слово не подходит по смыслу к остальным. Какое? «МОКРЫЙ»	или «ХОЛОДНЫЙ»	или «ТЕПЛЫЙ»
24. Ты всегда осторожен в своих движениях	или	бывает, когда ты бегаешь, то задеваешь за предметы
25. Ты тревожишься, что тебя могут наказать	или	тебя это никогда не волнует

26. Тебе больше понравилось бы строить дома, когда ты вырастешь	или	быть летчиком
27. Когда КОЛЕ было столько же лет, сколько НАТАШЕ сейчас, АНЯ была старше его. Кто моложе всех? КОЛЯ	или АНЯ	или НАТАША
28. Учитель часто делает тебе замечания на уроке	или	он считает, что ты ведешь себя так, как надо
29. Когда твои друзья спорят о чем-то, ты вмешиваешься в их спор	или	молчишь
30. Ты можешь заниматься, когда другие в классе разговаривают, смеются	или	когда ты занимаешься, должна быть тишина
31. Ты слушаешь «Новости» по телевизору	или	ты идешь играть, когда они начинаются
32. Тебя обижают взрослые	или	они тебя хорошо понимают
33. Ты спокойно переходишь улицу, где большое движение транспорта	или	ты немного волнуешься
34. С тобой случаются большие неприятности	или	мелкие, незначительные
35. Если ты знаешь вопрос, ты сразу же поднимаешь руку	или	ждешь, когда тебя вызовут, не поднимая руки
36. Когда в класс приходит новичок, ты с ним знакомишься так же быстро, как и остальные ребята	или	тебе надо больше времени
37. Охотнее ты стал бы водителем какого-нибудь транспорта (автобуса, троллейбуса, такси)	или	врачом
38. Ты часто огорчаешься, когда что-то не сбывается	или	редко
39. Когда кто-то из детей просит помочь им на контрольной, ты говоришь, чтобы он сам все решал	или	помогаешь, если не видит учитель
40. В твоём присутствии взрослые разговаривают между собой	или	они частенько слушают тебя

41. Если ты слышишь грустную историю, слезы могут навернуться на твои глаза	или	этого не бывает
42. Большинство твоих планов тебе удастся осуществить	или	порой получается не так, как ты думал
43. Когда мама зовет тебя домой, ты продолжаешь играть еще немного	или	идешь сразу же
44. Можешь ли ты свободно встать в классе и что-то рассказать	или	ты робеешь, смущаешься
45. Понравилось бы тебе оставаться с маленькими детьми	или	тебе не понравилось бы оставаться с ними
46. Бывает так, что тебе одиноко и грустно	или	такого с тобой не бывает
47. Уроки дома ты делаешь в разное время дня	или	в одно и то же время дня
48. Хорошо ли тебе живется	или	не совсем хорошо
49. С большим удовольствием ты отправился бы за город, полюбоваться красивой природой	или	на выставку современных машин
50. Если тебе делают замечания, ругают, ты сохраняешь спокойствие и хорошее настроение	или	ты сильно расстраиваешься
51. Скорее тебе понравилось бы работать на кондитерской фабрике	или	быть учителем
52. Когда ребята в классе шумят, ты всегда сидишь тихо	или	ты шумишь вместе с ними
53. Если тебя толкают в автобусе, ты считаешь, что ничего особенного не произошло	или	тебя это сердит
54. Случалось тебе делать что-то такое, чего не следовало делать	или	такого не случалось с тобой
55. Ты предпочитаешь друзей, которые любят побаловаться, побегать, пошалить	или	тебе нравятся более серьезные
56. Ты испытываешь беспокойство, раздражение, когда приходится сидеть тихо и ждать, пока что-то начнется	или	тебе не доставляет никакого труда долгое ожидание

57. Охотнее ты сейчас бы ходил в школу	или	поехал путешествовать в автомобиле
58. Бывает иногда, что ты злишься на всех	или	ты всегда доволен всеми
59. Какой учитель тебе понравился бы больше: мягкий, снисходительный	или	строгий
60. Дома ты ешь все, что тебе предлагают	или	ты протестуешь, когда дают пищу, которую ты не любишь

Методика многофакторного исследования личности
Кэттелла/Детский вариант/Бланк части 2 для мальчиков

1. К тебе хорошо относятся почти все	или	только некоторые люди
2. Когда ты утром просыпаешься, ты сначала сонный и вялый	или	тебе сразу хочется повеселиться
3. Ты заканчиваешь свою работу быстрее, чем другие	или	тебе надо немного больше времени
4. Бываешь ли ты иногда неуверен в себе	или	ты уверен в себе
5. Ты всегда радуешься, когда видишь своих школьных друзей	или	иногда тебе не хочется никого видеть
6. Говорит ли тебе мама, что ты медлителен	или	ты делаешь все быстро
7. Другим детям нравится то, что ты предлагаешь	или	им не всегда это нравится
8. В школе ты выполняешь все точно так, как требуют	или	твои одноклассники выполняют требования учителя более точно
9. Думаешь ли ты, что дети стараются перехитрить тебя	или	они относятся к тебе по-дружески
10. Ты делаешь все всегда хорошо	или	бывают дни, когда у тебя ничего не получается
11. Больше всего общего с «льдом», «паром», «снегом» имеют «вода»	или «буря»	или «зима»
12. Ты сидишь во время урока спокойно	или	любишь повертеться
13. Ты возражаешь иногда своей маме	или	ты ее побаиваешься

14. Тебе больше нравится кататься на лыжах в парке, в лесу	или	кататься на лыжах с высоких гор
15. «Ходить» так относится к слову «бегать», как «медленно» к слову «верхом»	или «ползком»	или «быстро»
16. Ты считаешь» что ты всегда вежлив	или	бываешь надоедливым
17. Говорят ли, что с тобой трудно договориться (ты любишь настаивать на своем)	или	с тобой легко иметь дело
18. Менялся ли ты с кем-нибудь из ребят своими вещами (карандашом, линейкой, ручкой)	или	ты этого никогда не делал
19. Дан цифровой ряд: 7, 5, 3... Какая следующая цифра в этом ряду? 2	или 1	или 9
20. Хочется ли тебе быть иногда непослушным	или	у тебя никогда нет такого желания
21. Твоя мама делает все лучше, чем ты	или	часто твоё предложение бывает лучше
22. Если бы ты был диким животным, ты охотнее стал быстрой лошастью	или	львом
23. Дана группа слов «некоторые», «все», «часто», «никто». Одно слово не подходит к остальным. Какое? «часто»	или «никто»	или «все»
24. Когда тебе сообщают приятную новость, ты радуешься спокойно	или	тебе от радости хочется прыгать
25. Если кто-то к тебе относится не очень хорошо, ты прощаешь ему это	или	ты относишься к нему так же
26. Что тебе больше понравилось бы в бассейне: плавать	или	нырять с вышки
27. Вова моложе Пети, Сережа моложе Вовы. Кто самый старший? Сережа	или Вова	или Петя
28. Учитель иногда говорит, что ты недостаточно внимателен и допускаешь много помарок в тетради	или	он этого почти никогда не говорит
29. В спорах ты во что бы то ни стало стремишься доказать, что ты хочешь	или	спокойно можешь уступить
30. Ты лучше послушал бы историю о войне	или	о жизни животных

31. Ты всегда помогаешь новым ученикам, которые пришли к вам в класс	или	обычно это делают другие
32. Ты долго помнишь о своих неприятностях	или	ты быстро о них забываешь
33. В игре ты с большим удовольствием изображал бы пилота сверхзвукового самолета	или	известного писателя
34. Если мама тебя отругала, ты становишься грустным	или	настроение у тебя почти не портится
35. Ты всегда собираешь свой портфель с вечера	или	бывает, что делаешь это утром
36. Хвалит ли тебя учитель	или	он о тебе мало говорит
37. Можешь ли ты прикоснуться к пауку	или	паук тебе неприятен
38. Часто ли ты обижаешься	или	это случается очень редко
39. Когда родители говорят, что тебе пора спать, ты сразу же идешь	или	еще немного продолжаешь заниматься своим делом
40. Ты смущаешься, когда приходится разговаривать с незнакомым человеком	или	ты совсем не смущаешься
41. Ты скорее стал бы художником	или	охотником
42. У тебя все удачно выходит	или	бывают неудачи
43. Если ты не понял условие задачи, ты обращаешься к товарищу	или	к учителю
44. Можешь ли ты рассказывать смешные истории так, чтобы все смеялись	или	ты находишь, что это не очень легко делать
45. После урока тебе хочется некоторое время побыть около учителя	или	тебе хочется сразу же идти гулять в коридор
46. Иногда ты сидишь без дела и чувствуешь себя плохо	или	такого с тобой не бывает
47. По пути из школы ты останавливаешься поиграть	или	после школы ты идешь сразу домой
48. Всегда ли твои родители выслушивают тебя	или	они часто сильно заняты
49. Когда ты не можешь выйти из дома, тебе грустно	или	тебе это безразлично
50. У тебя мало затруднений	или	много

51. В свободное время ты лучше пошел бы в кино	или	сажать деревья во дворе
52. Ты охотнее расскажешь маме о своих школьных делах	или	о прогулке, экскурсии
53. Если друзья берут твои вещи без спроса, ты считаешь, что в этом нет ничего особенного	или	ты сердишься на них
54. При неожиданном звуке тебе случалось вздрогнуть	или	ты просто оглядываешься
55. Тебе больше нравится, когда вы с ребятами рассказываете что-то друг другу	или	тебе больше нравится играть с ними
56. Повышаешь ли ты голос в разговоре, когда сильно взволнован	или	ты всегда разговариваешь спокойно
57. Охотнее ты пошел бы на урок	или	посмотрел бы встречу по футболу
58. Если ты слушаешь радио или смотришь телевизор, мешают тебе посторонние разговоры	или	ты их не замечаешь
59. Бывает ли тебе трудно в школе	или	тебе легко в школе
60. Если тебя дома чем-то разозлили, ты спокойно выходишь из комнаты	или	выходя из комнаты, ты можешь хлопнуть дверью

Методика многофакторного исследования личности
Кэттелла/Детский вариант/Бланк части 1 для девочек

1. Ты быстро справляешься со своими домашними заданиями	или	ты их выполняешь долго
2. Если над тобой подшутили, ты немного сердишься	или	смеешься
3. Ты думаешь, что почти все можешь сделать как надо	или	ты можешь справиться только с некоторыми заданиями
4. Ты часто делаешь ошибки	или	ты их почти не делаешь
5. У тебя много друзей	или	не очень много
6. Другие девочки умеют больше, чем ты	или	ты можешь столько же
7. Всегда ли ты хорошо запоминаешь имена людей	или	случается, что ты их забываешь

8. Ты много читаешь	или	большинство ребят читает больше.
9. Когда учитель выбирает другую девочку для работы, которую ты сама хотела сделать, тебе становится обидно	или	ты быстро об этом забываешь
10. Ты считаешь, что твои выдумки, предложения, идеи хорошие и правильные	или	ты не уверена в этом
11. Какое слово будет противоположным по значению к слову «собирать»? «раздавать»	или «на- капли- вать»	или «беречь»
12. Ты обычно молчаливая	или	много говоришь
13. Если мама на тебя сердится, это иногда бывает ее ошибкой	или	у тебя ощущение, что ты сделала что-то неправильно
14. Тебе понравилось бы больше заниматься с книгами в библиотеке	или	быть капитаном дальнего плавания
15. Какая из следующих букв отличается от двух других? «с»	или «т»	или «у»
16. Ты можешь вечером долго сидеть спокойно	или	начинаешь ерзать
17. Если девочки беседуют о каком-то месте, которое и ты хорошо знаешь, ты тоже начинаешь рассказывать о нем что-нибудь	или	ты ждешь, когда они кончат
18. Ты смогла бы стать космонавтом	или	ты думаешь, что это слишком сложно
19. Дан цифровой ряд: 2, 4, 8,... Какая следующая цифра в этом ряду? 10	или 16	или 12
20. Твоя мама говорит, что ты слишком живая и беспокойная	или	ты тихая и спокойная
21. Ты охотнее слушаешь, как рассказывает кто-то из ребят	или	тебе больше нравится рассказывать самой
22. В свободное время ты лучше почитала бы книгу	или	поиграла в мяч

23. Дана группа слов: «холодный», «горячий», «мокрый», «теплый». Одно слово не подходит по смыслу к остальным. Какое? «мокрый»	или «холодный»	или «теплый»
24. Ты всегда осторожна в своих движениях	или	бывает, когда ты бегаешь, то задеваешь за предметы
25. Ты тревожишься, что тебя могут наказать	или	тебя это никогда не волнует
26. Тебе больше понравилось бы строить дома, когда ты вырастешь	или	летать (быть пилотом, стюардессой)
27. Когда Коле было столько же лет, сколько Наташе сейчас, Аня была старше его. Кто моложе всех? Коля	или Аня	или Наташа
28. Учитель часто делает тебе замечания на уроках	или	он считает, что ты ведешь себя так, как надо
29. Когда твои друзья спорят о чем-то, ты вмешиваешься в их спор	или	молчишь
30. Ты можешь заниматься, когда другие в классе разговаривают, смеются	или	когда ты занимаешься, должна быть тишина
31. Ты слушаешь «новости» по телевизору	или	ты идешь играть, когда они начинаются
32. Тебя обижают взрослые	или	они тебя хорошо понимают
33. Ты спокойно переходишь улицу, где большое движение транспорта	или	ты немного волнуешься
34. С тобой случаются большие неприятности	или	мелкие, незначительные
35. Если ты знаешь вопрос, ты сразу же поднимаешь руку	или	ждешь, когда тебя вызовут, не поднимая руки
36. Когда в класс приходит новенькая, ты с ней знакомишься та же быстро, как и остальные ребята	или	тебе надо больше времени
37. Охотнее ты стала бы водителем какого-нибудь транспорта (автобуса, троллейбуса, такси)	или	врачом
38. Ты часто огорчаешься, когда что-то не сбывается	или	редко
39. Когда кто-то из детей просит помочь им на контрольной, ты говоришь, чтобы он сам все решал	или	помогаешь, если не видит учитель

40. В твоём присутствии взрослые разговаривают между собой	или	они частенько слушают тебя
41. Если ты слышишь грустную историю, слезу могут навернуться на твои глаза	или	этого не бывает
42. Большинство твоих планов тебе удается осуществить	или	порой получается не так, как ты задумала
43. Когда мама зовет тебя домой, ты продолжаешь играть еще немного	или	идешь сразу же
44. Можешь ли ты свободно встать в классе и что-то рассказать	или	ты робеешь, смущаешься
45. Понравилось бы тебе оставаться с маленькими детьми	или	тебе не понравилось бы оставаться с ними
46. Бывает так, что тебе одиноко и грустно	или	такого с тобой не бывает
47. Уроки дома ты делаешь в разное время дня	или	в одно и то же время дня
48. Хорошо ли тебе живется	или	не совсем хорошо
49. С большим удовольствием ты отправилась бы за город, полюбоваться красивой природой	или	на выставку новых товаров
50. Если тебе делают замечания, ругают, ты сохраняешь спокойствие и хорошее настроение	или	ты сильно расстраиваешься
51. Скорее тебе понравилось бы работать на кондитерской фабрике	или	быть учительницей
52. Когда ребята в классе шумят, ты всегда сидишь тихо	или	ты шумишь вместе с ними
53. Если тебя толкают в автобусе, ты считаешь, что ничего особенного не произошло	или	тебя это сердит
54. Случалось тебе делать что-то такое, чего не следовало делать	или	такого не случалось с тобой
55. Ты предпочитаешь друзей, которые любят побаловаться, побегать, пошалить	или	тебе нравятся более серьезные
56. Ты испытываешь беспокойство, раздражение, когда приходится сидеть тихо и ждать, пока что-то начнется	или	тебе не доставляет никакого труда долгое ожидание

57. Охотнее ты сейчас бы ходила в школу	или	поехала путешествовать в автомобиле
58. Бывает иногда, что ты злишься на всех	или	ты всегда довольна всеми
59. Какой учитель тебе понравился бы больше: мягкий, снисходительный	или	строгий
60. Дома ты ешь все, что тебе предлагают	или	ты протестуешь, когда дают пищу, которую ты не любишь

Методика многофакторного исследования личности
Кэттелла/Детский вариант/Бланк части 2 для девочек

1. К тебе хорошо относятся почти все	или	только некоторые люди
2. Когда ты утром просыпаешься, ты сначала сонная и вялая	или	тебе сразу хочется повеселиться
3. Ты заканчиваешь свою работу быстрее, чем другие	или	тебе надо немного больше времени
4. Бываешь ли ты иногда не уверена в себе	или	ты уверена в себе
5. Ты всегда радуешься, когда видишь своих школьных друзей	или	иногда тебе не хочется никого видеть
6. Говорит ли тебе мама, что ты медлительна	или	ты делаешь все быстро
7. Другим детям нравится то, что ты предлагаешь	или	им не всегда это нравится
8. В школе ты выполняешь все точно так, как требуют	или	твои одноклассники выполняют требования учителя более точно
9. Думаешь ли ты, что дети стараются перехитрить тебя	или	они относятся к тебе по-дружески
10. Ты делаешь все всегда хорошо	или	бывают дни, когда у тебя ничего не получается
11. Больше всего общего с «льдом», «паром», «снегом» имеют «вода»	или «буря»	или «зима»

12. Ты сидишь во время урока спокойно	или	любишь повертеться
13. Ты возражаешь иногда своей маме	или	ты ее побаиваешься
14. Тебе больше нравится кататься на лыжах в парке, в лесу	или	кататься на лыжах с высоких гор
15. «Ходить» так относится к слову «бегать», как «медленно» к слову «верхом»	или «ползком»	или «быстро»
16. Ты считаешь, что ты всегда вежлива	или	бываешь надоедливой
17. Говорят ли, что с тобой трудно договориться (ты любишь настаивать на своем)	или	с тобой легко иметь дело
18. Менялась ли ты с кем-нибудь из ребят своими вещами (карандашом, линейкой, ручкой)	или	ты этого никогда не делала
19. Дан цифровой ряд: 7, 5, 3,... Какая следующая цифра в этом ряду? 2	или 1	или 9
20. Хочется ли тебе быть иногда непослушной	или	у тебя никогда нет такого желания
21. Твоя мама делает все лучше, чем ты	или	часто твое предложение бывает лучше
22. Если бы ты была диким животным, ты охотнее стала быстрой лошастью	или	тигрицей
23. Дана группа слов: «некоторые», «все», «часто», «никто». Одно слово не подходит к остальным. Какое? «часто»	или «никто»	или «все»
24. Когда тебе сообщают приятную новость, ты радуешься спокойно	или	тебе от радости хочется прыгать
25. Если кто-то к тебе относится не очень хорошо, ты прощаешь ему это	или	ты относишься к нему так же
26. Что тебе больше понравилось бы в бассейне: плавать	или	нырять с вышки
27. Вова моложе Пети, Сережа моложе Вовы. Кто самый старший? Сережа	или Вова	или Петя
28. Учитель иногда говорит, что ты недостаточно внимательна и допускаешь много помарок в тетради	или	он этого почти никогда не говорит
29. В спорах ты во что бы то ни стало стремишься доказать то, что ты хочешь	или	спокойно можешь уступить
30. Ты лучше послушала бы историю о войне	или	о жизни животных

31. Ты всегда помогаешь новым ученикам, которые прилита к вам в класс	или	обычно это делают другие
32. Ты долго помнишь о своих неприятностях	или	ты быстро о них забываешь
33. Тебе бы больше понравилось уметь хорошо шить наряды	или	быть балериной
34. Если мама тебя отругала, ты становишься грустной	или	настроение у тебя почти не портится
35. Ты всегда собираешь свой портфель с вечера	или	бывает, что делаешь это утром
36. Хвалит ли тебя учитель	или	он о тебе мало говорит
37. Можешь ли ты прикоснуться к пауку	или	паук тебе неприятен
38. Часто ли ты обижаешься	или	это случается очень редко
39. Когда родители говорят, что тебе пора спать, ты сразу же идешь	или	еще немного продолжаешь заниматься своим делом
40. Ты смущаешься, когда приходится разговаривать с незнакомым человеком	или	ты совсем не смущаешься
41. Ты скорее стала бы художником	или	хорошим парикмахером
42. У тебя все удачно выходит	или	бывают неудачи
43. Если ты не поняла условие задачи, ты обращаешься к кому-либо из ребят	или	к учителю
44. Можешь ли ты рассказывать смешные истории так, чтобы все смеялись	или	ты находишь, что это не очень легко делать
45. После урока тебе хочется некоторое время побыть около учителя	или	тебе хочется сразу же идти гулять в коридор
46. Иногда ты сидишь без дела и чувствуешь себя плохо	или	такого с тобой не бывает
47. По пути из школы ты останавливаешься поиграть	или	после школы ты идешь сразу домой
48. Всегда ли твои родители выслушивают тебя	или	они часто сильно заняты
49. Когда ты не можешь выйти из дома, тебе грустно	или	тебе это безразлично
50. У тебя мало затруднений	или	много

51. В свободное время ты лучше пошла бы в кино	или	сажать цветы и деревья во дворе
52. Ты охотнее расскажешь маме о своих школьных делах	или	о прогулке, экскурсии
53. Если друзья берут твои вещи без спроса, ты считаешь, что в этом нет ничего особенного	или	ты сердишься на них
54. При неожиданном звуке тебе случалось вздрогнуть	или	ты просто оглядываешься
55. Тебе больше нравится, когда вы с девочками рассказываете что-то друг другу	или	тебе больше нравится играть с ними
56. Повышаешь ли ты голос в разговоре, когда сильно взволнована	или	ты всегда разговариваешь спокойно
57. Охотнее ты пошла бы на урок	или	посмотрела бы выступление фигуристов
58. Если ты слушаешь радио или смотришь телевизор, мешают тебе посторонние разговоры	или	ты их не замечаешь
59. Бывает ли тебе трудно в школе	или	тебе легко в школе
60. Если тебя дома чем-то разозлили, ты спокойно выходишь из комнаты	или	выходя из комнаты, ты можешь хлопнуть дверью

При оценке качеств личности у подростков от 12 до 18 лет по методике многофакторного исследования личности Кэттелла (Подростковый вариант) имеется ряд отличий в проведении, содержании опросника, его интерпретации от детского варианта.

Перед началом опроса испытуемому дают специальный бланк, на котором он должен делать определенные пометки, по мере прочтения. Предварительно дается соответствующая инструкция, содержащая информацию о том, что должен делать испытуемый. Контрольное время испытания 25–30 минут. В процессе ответов на вопросы экспериментатор контролирует время работы испытуемого и, если испытуемый отвечает медленно, предупреждает его об этом. Испытание проводится индивидуально в спокойной, деловой обстановке.

Обследуемому дается инструкция:

«Перед вами вопросы, которые помогут выяснить особенности вашего характера, вашей личности. Не существует «верных» и «неверных» ответов, так как каждый прав по отношению к своим собственным взглядам. Старайтесь отвечать искренне и точно. В начале Вы должны ответить на четыре вопроса, которые даны в качестве образца и посмотреть не нуждается ли Вы в дополнительных разъяснениях. Вы должны зачеркнуть соответствующие Вашему ответу квадратик на специальном бланке для ответа. Существует три возможных ответа на каждый вопрос.

Пример:

1. Я люблю смотреть командные игры: (а) да (б) иногда (с) нет
2. Я предпочитаю людей:
 - а) сдержанных;
 - б) затрудняюсь ответить;
 - с) быстро устанавливающих дружеские контакты.
3. Деньги не могут принести счастья:
 - а) да;
 - б) не знаю;
 - с) нет.
4. Женщина находится в таком же отношении к ребенку, как кошка к:
 - а) котенку;
 - б) собаке;
 - с) мальчику.

На последний вопрос есть правильный ответ: котенок. Но таких вопросов очень мало. Если Вам что-нибудь неясно, обратитесь к экспериментатору за разъяснениями. Не начинайте без сигнала экспериментатора.

Отвечая помните следующих четыре правила:

У Вас времени на обдумывание нет. Давайте первый, естественный ответ, который Вам придет в голову. Конечно, вопросы сформулированы слишком кратко и непонятно, чтобы Вы могли выбрать то, что бы хотелось. Например, первый вопрос в примерах спрашивает

Вас о «командных играх». Вы, возможно, больше любите футбол, чем баскетбол. Но Вас спрашивают о «средней игре», о той ситуации, которая в среднем соответствует этому случаю. Дайте самый точный ответ, который Вы можете. Вы должны закончить отвечать не позднее, чем за полчаса.

Старайтесь не увлекаться средними, неопределенными ответами, за исключением тех случаев, когда. Вы действительно не можете выбрать крайний случай. Возможно, это будет в одном из четырех – пяти вопросов.

Не пропускайте вопросов. Отвечайте хоть как-нибудь на все вопросы подряд. Некоторые вопросы могут не очень подходить к Вам, но дайте все же лучшее, что Вы можете предложить в данном случае. Некоторые вопросы могут показаться слишком личные, но помните, что результаты не разглашаются и не – могут быть получены без специального «ключа». Ответы на каждый отдельный вопрос не просматриваются.

Отвечайте так честно, как возможно, то что верно для Вас. Но пишите того, что как Вы думаете, правильнее было бы сказать, чтобы произвести впечатление на экспериментатора.»

Обработка полученных данных производится с помощью ключа. Совпадение ответов обследуемого с «ключом» оценивается в два балла для ответов «а» и «с», совпадение ответа «b» – в один балл. Сумма баллов по каждой выделенной группе вопросов дает в результате значение фактора. Исключением является фактор «В» – здесь любое совпадение ответа с «ключом» дает 1 балл.

Опросник состоит из 142 вопросов, на каждый из которых может быть дан один из трёх вариантов ответа.

Подростковый вариант опросника теста Кеттелла (12–18 лет)

1. Ты полностью понял инструкцию?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) не уверен.
2. Если бы волшебник превратил тебя в дерево, ты предпочел бы быть:
 - а) одинокой, величественной сосной на вершине утеса;
 - б) яблоней во фруктовом саду;
 - в) не уверен.

3. У тебя больше друзей, чем у некоторых твоих одноклассников?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
4. Когда ты работаешь, то ты обычно:
 - а) с трудом заставляешь себя начинать;
 - б) садишься без и промедления сразу берешься за дело;
 - в) трудно сказать.
5. Перед экзаменом /или другим волнующим событием/ твой аппетит не хуже, чем обычно?
 - а) да, не хуже;
 - б) нет, аппетит хуже;
 - в) среднее между а) и б)
6. Разговаривая иногда с неприятными тебе людьми, ты взвешиваешь свои слова?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
7. Твои родители говорят, что ты обычно:
 - а) спишь спокойно;
 - б) ворочаешься или разговариваешь во сне;
 - в) среднее между а) и б)
8. Тебе кажется, что примерно 10–15 твоих одноклассников после школы устроятся лучше, чем ты:
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) среднее.
9. Ты согласен, когда тебя выбирают вожаком в какой-нибудь игре?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) среднее.
10. Ты обычно считаешь себя:
 - а) человеком, которому свойственно придумывать что-то новое (например, новые правила игры);

б) человеком, который постоянно и строго соблюдает установленные правила;

в) трудно сказать.

11. Предпочел бы ты потратить полчаса на чтение книги:

а) про путешествия и открытия;

б) смешной и веселой;

в) трудно сказать.

12. Бывало так, что перед сном тебе в темноте иногда мерещились человеческие лица и фигуры?

а) да;

б) нет;

в) не уверен.

13. Такие предметы, как математика (или естественные науки) нравятся тебе больше, чем литература (или гуманитарные науки)?

а) да;

б) нет;

в) не уверен.

14. За что тебе делают замечания?

а) за твою излишнюю активность и общительность;

б) за оторванность от общих дел и необщительность;

в) трудно сказать.

15. Ты испытываешь неловкость, если тебе приходится просить друзей о помощи, в которой ты действительно нуждаешься?

а) да;

б) нет;

в) может быть.

16. Ты обычно:

а) в одном и том же устойчивом настроении;

б) то полон сил, то чувствуешь себя измученным;

в) трудно сказать.

17. Чтобы получить удовольствие от спортивного состязания тебе, как правило, нужно болеть за какую-нибудь команду или достаточно с интересом наблюдать за общей игрой?

а) да, обязательно болеть;

б) нет, достаточно наблюдать;

в) трудно сказать.

18. Предпочел бы ты пойти:
- а) в музей, где можно увидеть что-то интересное;
 - б) в многолюдную компанию;
 - в) трудно сказать.
19. Ты часто меняешь одно увлечение другим?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) среднее
20. Когда старшие тебя в чем-либо поправляют ты можешь слушать их замечания, не перебивая?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) среднее.
21. Когда другие вмешиваются в твою работу, бываешь ли ты иногда настолько рассержен, что мог бы оттолкнуть их?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
22. Если кто-нибудь пользуется вещами без разрешения, то ты обычно:
- а) говоришь, что не возражаешь;
 - б) очень сердишься;
 - в) трудно сказать.
23. Ты когда-нибудь так, что тебе доверили тайну, а ты по каким-то причинам не смог ее охватить?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
24. Ты когда-нибудь нарушал правила поведения в школе?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
25. Если обстоятельства очень тревожные, а тебе во что бы то ни стало необходимо сохранить спокойствие, тебе каждый раз удается это?
- а) да;

- б) нет;
- в) может быть.

26. У тебя возникает иногда желание стать другим человеком, не таким какой ты есть?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

27. Когда тебе объявляют что-то трудное и интересное, то ты:

- а) замечаешь, что отвлекаешься и думаешь о чем-то;
- б) просто скучаешь и ждешь конца объяснения;
- в) среднее между а) и б)

28. Если у тебя /когда-нибудь/ что-то не получается, то ты:

- а) ищешь кого-нибудь, кто бы мог тебе помочь;
- б) стараешься любой ценой справиться сам;
- в) трудно сказать.

29. Ты уверен, что действительно взвешиваешь свои слова, а не говоришь поспешно и необдуманно, как некоторые?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

30. Какие люди больше тебе нравятся:

а) те, которые до некоторой степени веселые и очень несдержанные;

- б) рассудительные, сдержанные, замкнутые;
- в) среднее между а) и б)

31. Ты согласишься подойти к новому ученику, чтобы познакомиться с ним и познакомить его с другими?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

32. Как, по-твоему, твоя жизнь веселее, чем жизнь других членов твоей семьи и твоих друзей?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

33. Бывает, что ты нередко испытываешь тревогу, оглядываясь на прошлый день?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

34. Невзирая на опасность, ты хотел бы поохотиться на тигра?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

35. Если ты взялся за книгу, которую тебе обязательно нужно прочитать, обнаружишь, что она скучная, то ты обычно:

- а) редко дочитываешь ее до конца;
- б) обычно все-таки дочитываешь ее до конца;
- в) трудно сказать.

36. Ты расстраиваешься из-за того, что люди называют тебя беспечным или невнимательным?

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

37. Как тебе кажется, многие ли из твоих одноклассников считают тебя своим близким другом?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

38. При оживленном споре с друзьями ты часто не высказываешь свое мнение, если даже считаешь, что оно лучше мнения других.

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

39. Принимая решения, ты стараешься учесть все до мельчайшей детали:

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

40. Ты можешь работать не отрываясь, даже когда кругом шум и суета?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

41. Тебе часто хочется делать противоположное тому, что от тебя требуют:

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

42. Ты обижаешься на друзей, если они посмеиваются над твоими маленькими странностями или непохожестью на других, особенно если дело касается твоей одежды:

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

43. Ты все ешь, что тебе дают:

- а) да;
- б) нет;
- в) трудно сказать.

44. Ты иногда любишь похвастаться:

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

45. Если ты строишь какие-то планы, ты всегда совершенно уверен, что все, что ты задумал, пройдет удачно:

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

46. Если кто-то сердится и кричит на тебя по пустяку, то ты:

- а) обычно остаешься спокойным;
- б) нередко выходишь из себя и отвечаешь ему тем же;
- в) трудно сказать.

47. Перед каким-то волнующим событием ты:

а) заранее переживаешь это событие, напряжен и очень нервничаешь;

- б) остаешься обычно спокойным;
 - в) среднее между а) и б)
48. Если все у тебя складывается как нельзя лучше, то есть удачно, то ты:
- а) чувствуешь себя счастливым, но внешне остаешься спокойным;
 - б) готов буквально кричать от радости;
 - в) среднее между а) и б)
49. Ты предпочитаешь провести вечер:
- а) в шумной компании;
 - б) остаться одному, чтобы заняться каким-нибудь своим любимым делом;
 - в) среднее между а) и б)
50. Тебе нравятся совершать отчаянные поступки и удивлять ими людей?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) иногда.
51. Ты обычно терпелив в общении с людьми, которые говорят очень быстро или очень медленно:
- а) да;
 - б) нет;
 - в) иногда.
52. Если бы тебе все-таки пришлось работать в школе, ты предпочел бы быть:
- а) библиотекарем, ответственным за выдачу книг;
 - б) преподавателем физкультуры;
 - в) трудно сказать.
53. Кем бы ты восхищался больше:
- а) великим поэтом или писателем, который считается современным в кругу твоих сверстников;
 - б) летчиком-космонавтом;
 - в) трудно сказать.
54. Бывает, что новые мысли и идеи постоянно переполняют тебя, что просто необходимо рассказать об этом всем:
- а) редко;

- б) достаточно часто;
 - в) иногда.
55. Предпочел бы ты провести две недели летних каникул:
- а) наблюдая за жизнью птиц и гуляя по деревенским местам с одним или двумя друзьями;
 - б) в качестве вожатого в турпоходе всего класса;
 - в) трудно сказать.
56. Обычно ты бываешь:
- а) в очень хорошем настроении;
 - б) несколько грустноват;
 - в) не уверен.
57. Если бы твоё неудачное школьное сочинение выставили бы на всеобщее обозрение, то ты:
- а) предпочел бы спрятаться;
 - б) не возражал бы;
 - в) трудно сказать.
58. Ты можешь дурачиться и болтаться с группой друзей на людской улице:
- а) да;
 - б) нет;
 - в) иногда
59. Если родители осуждают тебя за что-то, ты втайне все-таки думаешь, что прав:
- а) да, как правило;
 - б) нет, почти никогда;
 - в) может быть.
60. Если люди пытаются тебя поучать и командовать, ты обычно:
- а) спокойно продолжаешь делать по-своему;
 - б) споришь и ставишь их на место;
 - в) трудно сказать.
61. Ты предпочел бы охотнее послушать:
- а) духовой оркестр, играющий танцевальную музыку;
 - б) выступление лектора по очень интересной для тебя теме;
 - в) трудно сказать.

62. В спорах с одноклассниками высказываешь ли ты человеку совершенно свободно то, что думаешь?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

63. Ты шумишь иногда в классе, если там нет учителя?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

64. Ты всегда выполняешь то, что тебе говорят старшие?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

65. Бывало когда-нибудь так, чтобы ты почти жалел, что появился на свет?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

66. Ты испытываешь чувство неприятного раздражения, когда люди не обращают внимания, даже если ты понимаешь, что они это делают не специально?

- а) никогда не испытываю;
- б) как правило, испытываю;
- в) может быть.

67. Если люди болтают во время музыки, то ты:

- а) чувствуешь, что музыка для тебя испорчена;
- б) так слушаешь музыку, что не замечаешь этой болтовни;
- в) среднее между а) и б)

68. Отвечаешь ли ты вежливо, даже если тебе задают нескромные вопросы, которые на твой взгляд и задавать не следовало бы?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

69. Друзья считают тебя тихим, спокойным человеком?

- а) да;

- б) нет;
- в) может быть.

70. Если люди говорят, что так делать неправильно и вредно, всегда ли это вызывает у тебя желание все-таки испытать это самому?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

71. Какие предметы тебе нравятся больше?

- а) те, которые не требуют от тебя совсем никаких усилий;
- б) те, которые требуют от тебя полной отдачи своих сил и в которых ты можешь проявить свои способности;
- в) трудно сказать.

72. Тебе легко выражать словами свои мысли?

- а) да, как правило, легко;
- б) нет, обычно трудно;
- в) среднее между а) и б)

73. Если бы ты имел возможность побывать в далеких странах, то что ты хотел бы увидеть?

- а) жителей этих стран, чтобы узнать обычаи и особенности жизни;
- б) технику этих стран и знаменитые достопримечательности;
- в) трудно сказать.

74. Ты согласен с тем, что обычно не стоит плакать над грустным кинофильмом или над грустной книгой?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

75. Если ты знаешь, что какой-то человек был к тебе несправедлив, можешь ли ты тем не менее забыть об этом?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

76. Ты можешь легко и свободно обсуждать со своими учителями волнующие тебя в школе вопросы?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

77. Бывает, что ты иногда устаешь из-за собственных переживаний?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
78. Избегаешь ли ты участвовать в коллективных мероприятиях, которые требуют от тебя много времени?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
79. Бывает ли так, что нередко ты затрачиваешь на приготовление домашних заданий больше времени, чем требуется?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
80. Ты получил бы большее удовольствие от спортивного состязания (например, от бокса или футбольного матча):
 - а) если бы поспорил с кем-то о том «кто победит»;
 - б) если бы не спорил, а просто следил за матчем;
 - в) не уверен.
81. Если тебе кажется, что ты надоел окружающим, то ты:
 - а) остаешься как ни в чем ни бывало в их обществе;
 - б) всегда покидаешь их общество, очень сердишься, недоволен;
 - в) трудно сказать.
82. Когда ты рассказываешь своим друзьям о чем-то увлекательном, то тебе обычно трудно бывает заинтересовать их?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) возможно.
83. Ты всегда выполняешь все так, как тебе говорят?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) возможно.
84. Бываешь ли ты очень сердитым, раздражительным?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) не уверен.

85. Если на тебя смотрят, ты можешь так же работать быстро и не делать ошибок?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

86. Если бы на классном собрании кто-то предложил тебя выбрать старостой класса, а при голосовании выбрали другого:

- а) это меня совершенно не затронуло бы;
- б) было бы несколько неприятно;
- в) трудно сказать.

87. Бывает ли так, что во сне ты теряешь близких, друзей, родственников?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

88. Тебе легко удастся скрыть свое отношение от других к кому-либо?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

89. Тебе больше нравится:

- а) когда твоя одежда имеет обычный вид;
- б) когда твоя одежда яркая, сшитая по моде, очень красивая;
- в) среднее между а) и б)

90. В музее ты любишь:

а) осматривать то, что тебя привлекло, а заканчивать как только устанешь;

б) присоединяться к группе, где есть экскурсовод, который рассказывает, и узнаешь то, что не удастся узнать самостоятельно;

в) трудно сказать.

91. Как ты думаешь, те, кто хорошо тебя знают, считают тебя человеком, который работает очень настойчиво, что работа тебя очень интересует?

- а) да;
- б) нет;
- в) трудно сказать.

92. Если кто-нибудь просит тебя доказать мысль, которую ты высказал, то ты:

а) начинаешь волноваться при этом и с трудом подбираешь нужные слова;

б) всегда имеешь готовый ответ;

в) среднее между а) и б)

93. Тебе нравится бывать в компаниях, где примерно половина незнакомых среди друзей:

а) да;

б) нет;

в) не уверен.

94. Если ты кого-нибудь обидел, то ты думаешь про себя:

а) ничего, скоро все позабудет;

б) переживаешь, когда думаешь об этом;

в) среднее между а) и б)

95. Что тебе больше нравится:

а) присматривать за меньшими детьми;

б) слушать того, кто разбирается в деле хуже, чем ты;

в) трудно сказать.

96. Ты иногда можешь сохранять спокойствие и оставаться в хорошем настроении, если начинают критиковать и осуждать тебя за что-то:

а) да;

б) нет;

в) может быть.

97. Когда ты работаешь быстро и тщательно, то ты видишь, что твои друзья:

а) некоторые все равно обгоняют тебя;

б) очень многие отстают и работают не так уверенно;

в) трудно сказать.

98. Если ты решил летом поработать, предпочел бы стать:

а) членом спасательной команды на пляже;

б) лесником;

в) трудно сказать.

99. Тебе говорили когда-нибудь, что ты делаешь вещи, которых нельзя ожидать от такого человека, как ты?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

100. Если ты должен сделать какую-то работу, то ты обычно:

- а) работаешь без остановки, пока не закончишь;
- б) некоторое время напряженно работаешь, потом отдыхаешь и снова работаешь;
- в) среднее между а) и б)

101. Если тот, кого ты ждешь, долго не приходит, ты нервничаешь и предпочитаешь лучше уйти, чем остаться:

- а) да, почти всегда уйду;
- б) почти никогда не уйду;
- в) трудно сказать.

102. Имея возможность выбирать, ты предпочел бы жить:

- а) в уединенном доме в сельской местности;
- б) в городской многолюдной квартире;
- в) трудно решить.

103. Когда в класс приходит новичок / юноше или девушка/, то, как правило, знакомится ли она /он/ с тобой также быстро, как и со всеми остальными?

- а) да;
- б) нет;
- в) между а) и б)

104. Случилось бы говорить тебе о ком-либо плохо?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

105. Когда ты счастлив, может ли какая-либо мелочь испортить тебе настроение?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

106. Если твои товарищи отправляются куда-то, вдруг не пригласив тебя, то ты:

- а) считаешь, что забыли;
- б) начинаешь очень беспокоиться и сердиться;
- в) трудно сказать.

107. Придя в новую компанию, ты:

- а) общаешься дружески со всеми;
- б) некоторое время смотришь и решаешь, с кем действительно стоит познакомиться;
- в) среднее между а) и б)

108. Кажется ли тебе, что большинство твоих сверстников более ребячливы и менее взрослые, чем ты?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

109. Ты предпочитаешь иметь:

- а) одного друга;
- б) много друзей, хотя и менее близких;
- в) трудно сказать.

110. В процессе работы ты контролируешь себя, что выполняешь ее правильно:

- а) редко;
- б) часто;
- в) может быть

111. Хотел бы ты учиться в школе, где надо ходить не на все уроки, а только на те, которые тебе кажутся наиболее легкими?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

112. Ты чувствуешь испуг при мысли, что забыл сделать то, что должен был сделать:

- а) часто;
- б) редко;
- в) может быть.

113. Если ты приглашен в компанию, ты всегда рад туда пойти и достаточно уверен, что поведешь себя так, как следует:

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

114. Оказавшись в Испании XIX века, как следует:

- а) пойти на концерт старинной гитары и слушать веселые испанские песни;
- б) посмотреть бой воинов, который нередко заканчивался человеческими жертвами;
- в) не уверен.

115. Если бы одного из твоих одноклассников наказали строже, чем он заслужил, ты всегда бы вступился бы за него:

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

116. Считаешь, что большинство людей настолько неразумны, что даже не знают, что для них хорошо, а что плохо?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

117. Тебе легко заводить новых друзей?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

118. Если тебе показать новую игру, ты ждешь:

- а) пока не увидишь, как в нее играют другие;
- б) помощи со стороны других;
- в) среднее между а) и б)

119. Как ты думаешь, тебя считают человеком, который в любых обстоятельствах остается хладнокровным и сохраняет самообладание?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

120. Часто ли бывает так, что ты делал то, что не следовало бы делать?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

121. Как по-твоему, родители /воспитатели/ имеют право сурово наказывать детей, если те грубят им?

- а) да;
- б) нет;
- в) может быть.

122. Если бы ты проводил лето на берегу моря, что бы тебе больше понравилось:

- а) собирать морские раковины;
- б) заниматься в секции водных лыж;
- в) трудно сказать.

123. Если группе друзей нужно, чтобы кто-то один высказался за всех, это обычно делаешь ты:

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

124. Ты когда-нибудь говорил неправду?

- а) да;
- б) нет;
- в) не уверен.

125. Если тебе в спешке приходится принимать решение, то остаешься ли ты довольным этим решением?

- а) как правило, да;
- б) очень редко;
- в) иногда.

126. Если ты занимаешься, например, дописываешь контрольную работу, а вокруг стоит шум:

- а) ты раздражаешься;
- б) просто продолжаешь работать;
- в) среднее между а) и б)

127. Если бы ты был журналистом, ты бы предпочел писать?
а) о новых спектаклях;
б) о каких-нибудь важных политических событиях;
в) среднее между а) и б)
128. Ты обычно:
а) никому никогда не говоришь о своих планах и намерениях;
б) не против того, если о них будут знать те, кто ими заинтересуется;
в) среднее между а) и б)
129. Тебе больше нравятся ребята:
а) задумчивые, спокойные, рассудительные;
б) всегда шумные, живые, беспокойные;
в) трудно сказать.
130. Ты считаешь, что неразумно брать на себя лишние хлопоты только ради того, чтобы быть вежливым:
а) да;
б) нет;
в) трудно сказать.
131. Если ты начал какое-то дело, то каждый знает, что ты его доведешь до конца?
а) да;
б) нет;
в) может быть
132. Бывает так, что когда ты собираешься выступить перед классом, у тебя начинают дрожать немного руки и колотиться сердце?
а) да;
б) нет;
в) может быть.
133. Если ты на глазах у людей совершаешь какую-то глупость, можешь ли ты отделаться шуткой и вести себя как ни в чем ни бывало?
а) да;
б) нет;
в) может быть.
134. Ты предпочел бы получить в подарок:
а) книгу стихов и пьес;
б) книгу о спортсменах / по гимнастике или хоккею/;
в) не могу сказать.

-
135. Если ребята разыгрывают кого-то, то ты:
- а) часто присоединяешься, чтобы повеселиться с ними;
 - б) считаешь это ребячеством, плохим поступком;
 - в) может среднее а) и б)
136. Думал (думаешь) ли ты, что случится, если ты потеряешься во время путешествия или в походе?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) трудно сказать.
137. Тебя иногда беспокоят никчемные мысли, от которых не можешь отвлечься?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) среднее между а) и б)
138. Если у тебя есть несколько свободных минут, ты бы предпочел:
- а) побеседовать с другом;
 - б) почитать что-нибудь интересное;
 - в) трудно сказать.
139. Ты считаешь, что глупо всегда следовать моде:
- а) да;
 - б) нет;
 - в) не уверен.
140. Читая о великих подвигах или героях, испытываешь:
- а) как правило, желание самому совершать их;
 - б) нередко считаешь, что такие дела не для тебя;
 - в) может быть.
141. Ты бываешь иногда настолько нервным и возбужденным, что тебя раздражают внезапные звуки:
- а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.
142. Ты уверен, что ответил на все вопросы?
- а) да;
 - б) нет;
 - в) может быть.

Из методики может быть извлечено 14 показателей – так называемых первичных факторов. Некоторые из них совпадают, а некоторые не совпадают с взрослой версией опросника:

- А (шизотимия-аффектотимия)
- В (ложь)
- С (степень эмоциональной устойчивости)
- Д (флегматичность-возбудимость)
- Е (подчиненность-доминирование)
- Ф (осторожность-легкомыслие)
- Г (степень принятия моральных норм)
- Н (застенчивость-авантюризм)
- І (реализм-сензитивность)
- Ј (неврастения, фактор Гамлета)
- О (самоуверенность-склонность к чувству вины)
- Q2 (степень групповой зависимости)
- Q3 (степень самоконтроля)
- Q4 (степень внутреннего напряжения)

Интерпретация

Общие принципы

Подсчитывается количество совпадений ответов испытуемого с ключом. За каждое совпадение начисляется 2 балла. Исключение составляет фактор В, где за каждое совпадение ответа с ключом дается 1 балл, а также за ответ «в» начисляется 1 балл.

Полученная сумма баллов сравнивается с нормативными данными по таблице и относительно этих данных результат интерпретируется как низкая или высокая оценка.

Подсчёт сырых баллов

- А: 2б, 3а, 22а, 42б, 62а, 82а, 102б, 103а, 122б, 123а
- В: 23б, 24б, 43а, 44б, 63б, 64а, 83а, 84б, 104б, 124б
- С: 4б, 5а, 6б, 25а, 26б, 45а, 65б, 85а, 105б, 125а
- Д: 7б, 27а, 46б, 47а, 66б, 67а, 86б, 87а, 106б, 126а

E: 86, 9a, 286, 48a, 686, 88a, 1076, 108a, 1276, 128a
 F: 10a, 296, 30a, 49a, 50a, 696, 70a, 896, 109a, 1296
 G: 11a, 31a, 51a, 716, 906, 91a, 1106, 1116, 1306, 131a
 H: 126, 32a, 526, 72a, 926, 93a, 1126, 113a, 1326, 133a
 I: 136, 33a, 346, 53a, 546, 73a, 746, 946, 114a, 134a
 J: 146, 15a, 356, 55a, 756, 95a, 1156, 116a, 1356, 136a
 O: 166, 36a, 566, 57a, 766, 77a, 966, 97a, 1176, 137a
 Q2: 176, 18a, 376, 38a, 586, 78a, 986, 118a, 1386, 139a
 Q3: 196, 39a, 596, 79a, 806, 99a, 1006, 119a, 1206, 140a
 Q4: 206, 21a, 406, 41a, 606, 61a, 816, 101a, 1216, 141a

Нормативные данные

Мальчики

Фактор	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	18 лет
A	12,9	11,1	12,6	12,9	12,3	13,6	12,9
B	5,3	4,2	4,4	4,8	4,2	4,2	4,2
C	13,5	12,4	12,9	14,9	11,4	13,6	12,6
D	12,0	13,3	13,5	13,6	11,9	10,9	12,3
E	14,1	13,7	13,6	15,2	14,9	14,0	12,9
F	12,7	13,5	14,1	13,6	13,0	14,6	15,4
G	15,0	13,4	13,8	14,7	13,2	14,4	14,1
H	14,8	15,2	14,7	14,7	12,3	13,6	15,2
I	9,6	10,8	11,3	11,2	4,2	4,2	11,2
J	12,5	13,1	12,6	13,3	11,4	13,6	10,2
O	12,6	14,6	14,8	14,7	11,9	10,9	14,3
Q2	13,2	13,3	13,9	14,8	14,9	14,0	13,1
Q3	14,5	14,5	13,9	15,4	13,0	14,6	13,8
Q4	12,2	13,4	12,8	13,2	13,2	14,4	13,5

Девочки

Фактор	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	18 лет
A	13,1	13,0	14,2	13,8	12,7	12,7	13,3
B	6,7	5,5	4,9	3,8	3,2	4,5	5,4
C	13,0	11,1	12,1	10,4	10,2	10,2	9,2
D	12,4	13,1	14,2	14,5	14,3	13,4	15,4
E	13,6	13,4	14,4	13,5	13,2	14,3	12,7
F	13,1	13,2	14,7	14,2	15,6	14,7	14,4
G	15,2	14,7	14,8	12,8	12,3	14,6	14,9
H	13,0	12,3	13,6	12,4	12,7	12,7	11,9
I	14,1	15,1	14,6	16,0	3,2	4,5	15,7
J	12,6	12,2	12,7	11,4	10,2	10,2	12,2
O	15,3	15,0	15,5	15,6	14,3	13,4	16,5
Q2	13,6	13,9	13,9	13,2	13,2	14,3	13,2
Q3	14,8	14,5	14,6	13,1	15,6	14,7	13,6
Q4	12,2	13,6	14,2	15,4	12,3	14,3	14,0

Фактор А (шизотимия-аффектомия)

- Низкие оценки: сдержанный, обособленный, критичный, холодный, склонен к ригидности, скептицизму, отчужденности. Вещи и идеи привлекают больше, чем люди. Предпочитаем работать в одиночку. Избегает компромиссов. Тверд, негибк, жесток. Точность и ригидность проявляются в действиях и установках. Показатель несколько коррелирует шизоидностью.

- Высокие оценки: человек обращен вовне. Легкий в общении, доброжелательный, эмоционально богат. Склонен к сотрудничеству, внимателен к людям, мягкосердечен. Хорошо приспосабливается, присущи гибкие установки, которые легко меняются. Хорошо развито чувство сопереживания. В мышлении присущи реалистичные тенденции. В деятельности предпочитает социально значимые ситуации, которые связаны с людьми. Легко включается в активные группы. В личных отношениях щедр, открыт, не боится критики.

Фактор С (степень эмоциональной устойчивости)

- Низкие оценки: чувствительный, эмоционально менее устойчив. Легко расстраивается. Изменчив в поведении, в эмоциях. Избегает требований окружающей действительности. Раздражителен,

эмоционально возбудимый, невротически утомленный. Активно реагирует на удовлетворение или неудовлетворение своих потребностей. Требуется немедленного решения проблем, удовлетворения потребностей.

- Высокие оценки: эмоционально устойчив. Зрелый тип. Реалистическое отношение к жизни. Невозмутим. Развита способность к соблюдению групповых моральных норм. Может проявляться покорность перед нерешенными проблемами (без отрицательных эмоций от неудовлетворенности). Гибкое поведение в стрессовых ситуациях. Способен выбрать оптимальный вариант поведения. Не ригиден.

Фактор D (флегматичность-возбудимость)

- Низкие оценки: сдержанный, инертный, осторожный, благодушный, стoisческий, неторопливый. Не склонен к резкости. Легко смущается. Склонен к самоунижению. Спокойный. Очень постояен в своих интересах, привязанностях. Упорен в достижении цели.

- Высокие оценки: возбудимый, нетерпеливый, требовательный, сверхактивный, несдержанный. Привлекающий внимание, позирующий, склонный к ревности. Самоуверенный, эгоцентричный. Легко отвлекается и проявляет много нервных симптомов (беспокойно спит, легко обижается, сердится в возбужденном состоянии в ситуации ограничения).

Фактор E (пассивность-доминантность)

- Низкие оценки: уступчив, навязчив в поведении. Зависит от других. Стремится исповедоваться, раскрыться другим. В поведении корректен. Низкие оценки часто встречаются у невротиков.

- Высокие оценки: по отношению к другим выступает как руководитель. Но это не коррелирует с истинным лидерством и реальными способностями. Могут быть временными лидерами в экстремальных ситуациях или в неформальных группах. Демократичны. Высокое упорство в борьбе против норм, установок в группе (если что-то не устраивает). Склонны к самоутверждению. Придерживаются своих взглядов, установок. Властны, авторитарны, ожидают самостоятельности от других.

Фактор F (осторожность-легкомыслие)

- Низкие оценки: трезвый, осторожный, молчаливый, неторопливый. Осторожность иногда выступает в комплексе с мрачностью и пессимизмом. Впечатлителен, склонен к субдепрессиям. На них можно положиться, но не эффективны как организаторы. На второстепенных ролях функционируют очень хорошо.

- Высокие оценки: безалаберны, импульсивны, живые, веселые, полны энтузиазма, активны, разговорчивы. Часто бывают душой общества. Легко переключаются с одной деятельности на другую. Склонны к частой перемене мест. Оперативны, свойственна высокая производительность труда. Присущи хорошие организаторские способности. деятельность может не иметь реального эффекта. Высокий показатель по этому фактору коррелирует с низким показателем по фактору «Степени принятия моральных норм».

Фактор G (степень принятия моральных норм)

- Низкие оценки: неустойчивость в достижении цели, поверхностность. Избегает правил, мало чувствует обязанности. Не прилагает усилий при решении групповых задач, выполнении социально-культурных требований. Эгоисты, работают для себя и на себя. Обычно высокое честолюбие. Свободен от влияния группы. Отказ от подчинения правилам группы может коррелировать с низким уровнем соматических заболеваний (меньше болеют). Большая устойчивость при стрессах.

- Высокие оценки: сознательны, настойчивы, на них можно положиться. Степенны в поведении, требовательны к себе. Обязательны, настойчивы, руководствуются чувством долга, ответственны, полны планов. Не легки в общении. Педантичны. Могут возникать конфликты при попадании в другую культуру, в другое общество. Исполнительны. Не любят перемен мест работы. Избегают помощи со стороны окружающих. Довольствуются ресурсами собственной личности. Хорошие руководители. Копаются в мелочах и чувствительны к нарушениям морально-этических норм.

Фактор Н (робость, застенчивость – смелость, авантюризм)

- Низкие оценки: застенчивы, сдержаны, боязливы, уклончивы, держатся в тени. Проявляются подсознательное чувство вины, собственной неполноценности. Речь замедленна, затрудняется в высказываниях. Избегает профессий с личными контактами. Не склонны поддерживать отношения со всеми, кто их окружает. С трудом включается в общие мероприятия. Избегает яркого своего появления на людях, самовыражения.

- Высокие оценки: авантюристичны, социально смелы, не заторможены. Очень живые и непосредственны в эмоциональных реакциях. Может небрежно относиться к деталям. Не реагирует на сигналы опасности. Пробивные. Тенденция заинтересованности к противоположному полу. Фактор коррелирует положительно с лидерством. Обычно академическая успеваемость невысокая. Охотно испытывает новые эмоции, с восторгом бросается в них. В деятельности много времени тратит на разговоры.

Фактор I (реализм – сензитивность)

- Низкие оценки: практичны, самодовольны. Способствуют сплочению интеграции группы, реалистичны, мужественны, независимы. Проявляют скептицизм к культурным, социальным аспектам жизни, ко всему, что субъективно. Иногда могут быть безжалостны и жестоки. В группе ориентируются на реальную деятельность, а не на субъективные взаимоотношения. В основном полагаются на себя. Не терпят бессмысленной работы.

- Высокие оценки: высокая эмоциональная чувствительность. Обычно не проявляют альтруизма. Выражена тенденция к избеганию ответственности в работе и личных отношениях. Свойственная беспричинная тревога. Фактор коррелирует со шкалой тревожности. Продуктивны в творческой деятельности, обладают артистическими способностями, тонкостью чувств. В жизни – нетерпеливы, непрактичны, слабы, легко поддаются влиянию других, недостаточно самостоятельны, зависимы, капризны, требовательны к вниманию других. Требуют и ждут помощи. Плохо переносят грубость и грубые работы. Замедляют деятельность группы.

Фактор J (неврастения, фактор Гамлета)

- Низкие оценки: предприимчивы, предпочитают групповые действия. Любят внимание, энергичны. Принимающие общие нормы и оценки. Для них важна сосокупность людей.
- Высокие оценки: индивидуалисты, внутренне сдержанны, интроспективны. В общем деле не очень эффективны, так как очень привередливы. В своих оценках очень холодны. Обычно, имеют свое мнение (его не навязывают и часто не сообщают другим). Узкий круг друзей. Не забывают несправедливости. Интеллектуально развиты, думают над своими ошибками, стараясь избежать новых. Холодные неврастеники.

Фактор O (самоуверенность – склонность к чувству вины)

- Низкие оценки: безмятежны, доверчивы, преобладает спокойное настроение, невозмутимы. Зрелая уверенность в себе и своих близких. Отсутствует чувство угрозы до такой степени, что в личных отношениях или в групповой деятельности может не заметить изменений. Самоуверены, зачастую вызывают явную неприязнь окружающих.
- Высокие оценки: депрессивны, преобладает плохое настроение. Свойственны мрачные предчувствия, размышления, беспокойство, тревожность в трудных ситуациях, субъективное чувство, что его не принимает группа. Неэффективные ораторы.

Фактор Q2 (степень групповой зависимости)

- Низкие оценки: зависимые, ведомые, идущие на зов, присоединяющиеся. Предпочитают принимать решения вместе с другими людьми. Любят процесс общения. Любят, когда ими восхищаются. Не хватает решительности. Необходима поддержка группы. Близки к конформизму. Проявляется стадное чувство.
- Высокие оценки: независимы, склонны идти своим путем, принимать собственные решения, действовать самостоятельно. Не считаются с общественным мнением. Не всегда доминируют. Нельзя сказать, что у них негативное отношение к другим людям, им просто не нужно их одобрение, поддержка. Предпочитают собственное мнение и решение. Плохо работают в группе, говоря, что при работе в группе теряют много времени.

Фактор Q3 (степень самоконтроля)

- Низкие оценки: низкий волевой контроль. В своем поведении не руководствуется волевым контролем. Не обращает внимания на социальные требования. Низкая интегрированность. Не обращает внимания на социальные требования. Низкая интерпрированность. Нет цельной личности. Не слишком чувствительны, но импульсивны в своем поведении и, следовательно, подвержены ошибкам. Часто чувствуют себя неприспособленными к жизни.

- Высокие оценки: высокий контроль поведения, поведение социально точное, соответствующее образу своего Я. Социально очень чувствительны. Характерно самоуважение, забота о собственной репутации. Устойчивые интересы, формы поведения. Склонны к упрямству. Нечувствительны в области чувств, необидчивы. Образ Я строят сами, но он почти совпадает с требованиями общества. Волевые, уверены в себе, в группе работают хорошо. Достаточно объективны к окружающим. Часто обладают хорошими ораторскими способностями. Уравновешены, надежны.

Фактор Q4 (степень внутреннего напряжения)

- Низкие оценки: склонны к удовлетворенности. Расслабленность может привести к лени, к низким достижениям. Обычно снижена мотивация деятельности. Легко адаптируются. Если работа или жизнь требуют высокого напряжения – их деятельность низко эффективна. Идеальное условие для работы – это постоянный ритм.

- Высокие оценки: сверхактивны, возбудимы, беспокойны, нетерпеливы. При групповой работе не очень приятны. Обычно недовольны порядком, руководством. Тип фрустрированный. В эмоциональном плане – взрывчатые. Очень высоко мотивированы. Низкий порог фрустрации, который связан с высокой возбудимостью. Фактор хорошо коррелирует с высокой успеваемостью.

В настоящее время специалисты признают проблему школьной тревожности у детей и подростков – феномен, который детерминирован комплексом глубинных внутренних факторов и, прежде всего, определяется особенностями процесса социализации в рамках школьного обучения. (Полунина Л.В., 2013). Изучение и коррекция

тревожности у учащихся имеет важную роль, в связи с тем, что у высокотревожных детей, по сравнению с их эмоционально устойчивыми сверстниками, меньше объем наглядно-образной памяти, скорость восприятия и переработки информации (Прихожан А.М.; Артемова Т.А., Ковалева А.В., 1998). Кроме того, повышенная тревожность по мнению И.О. Беляшина (1998) и А.В. Ковалева (1999) приводит к нарушению здоровья детей, что проявляется в частых острых респираторных вирусных инфекциях. Ряд авторов отмечают, что систематическое пребывание детей в состоянии психического напряжения лежит в основе глубоких психических и физиологических нарушений (Инденбаум Е.Л., Домишкевич С.А., Прахин Е.И., 1998; Гайдукова С.П., Грошева А.А., Балбекова Т.М., 2001; Кучма В.Р., Степанова М.И., 2001; Сетко Н.П., Булычева Е.В., 2008). Логично предположить, что высокий уровень тревожности может влиять на социальный интеллект учащихся. Так, В.А. Гуров (2009) предположил, что возникающий психологический дискомфорт в связи с высоким уровнем тревожности может проявляться в агрессивных действиях или общей заторможенности, усилении нейротизма в виде чрезмерной застенчивости, плаксивости, депрессии. Это предположение подтверждают школьные психологи и педагоги. Проявление дезадаптации встречается у 15–20% школьников, которые нуждаются в психотерапевтической помощи в связи с дезадаптацией (Дубровина И.В., 1993). В.В. Гороховский (1990) указывает на зависимость частоты встречаемости этого синдрома от возраста. Об аналогичной зависимости пишет и В.С. Мухина (2000). Школьная дезадаптация, по мнению школьных педагогов и психологов, является внешним проявлением нарушений, при которых ребенок не может найти в школьной среде «свое место», не может быть принят таким, какой он есть, и оптимально для себя реализовать имеющийся потенциал (Осмоловская И.Н., 2002). Анализ литературных данных показал, что тревожность – это одна из типичных проблем, с которыми сталкиваются учителя начальной школы и школьный психолог, которая выступает ярчайшим признаком нарушения социального интеллекта и, в частности, школьной дезадаптации ребенка, отрицательно влияя на все сферы его жизнедеятельности – учебную, коммуникативную, поведенческую сфер. Кроме того, нахождение ребенка в хроническом эмоциональном напряжении не может привести в пер-

вую очередь к развитию заболеваний, а отражается на его функциональном состоянии органов и систем, что, в конечном счете, может привести к развитию заболеваний у учащихся. В связи с этим в условиях массовых профилактических осмотрах становится крайне актуальным диагностика школьной тревожности. Мы предлагаем использовать для оценки уровня тревожности для детей 7–8 лет Шкалу CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), адаптированная А.М. Прихожан (1956), а для старших подростков и юношей опросник Ч.Д. Спилберга, в модификации А.Д. Андреевой (1988).

Шкала CMAS. Методика может проводиться как индивидуально, так и в группах, с соблюдением стандартных правил группового обследования. Для детей 7–8 лет предпочтительней индивидуальное проведение. При этом если ребенок испытывает трудности в чтении, возможен устный способ предъявления: психолог зачитывает каждый пункт и фиксирует ответ школьника. При групповом проведении такой вариант предъявления теста, естественно, исключен. Приблизительное время выполнения теста – 15–25 мин.

Содержание вопросов анкеты CMAS:

1. Тебе трудно думать о чем-нибудь одном.	верно	неверно
2. Тебе неприятно, если кто-нибудь наблюдает за тобой, когда ты что-нибудь делаешь.	верно	неверно
3. Тебе очень хочется во всем быть лучше всех.	верно	неверно
4. Ты легко краснеешь.	верно	неверно
5. Все, кого ты знаешь, тебе нравятся.	верно	неверно
6. Нередко ты замечаешь, что у тебя сильно бьется сердце.	верно	неверно
7. Ты очень сильно стесняешься.	верно	неверно
8. Бывает, что тебе хочется оказаться как можно дальше отсюда.	верно	неверно
9. Тебе кажется, что у других все получается лучше, чем тебя.	верно	неверно
10. В играх ты больше любишь выигрывать, чем проигрывать.	верно	неверно
11. В глубине души ты многого боишься.	верно	неверно
12. Ты часто чувствуешь, что другие недовольны тобой.	верно	неверно
13. Ты боишься остаться дома в одиночестве.	верно	неверно
14. Тебе трудно решиться на что-либо.	верно	неверно
15. Ты нервничаешь, если тебе не удастся сделать то, что тебе хочется.	верно	неверно
16. Часто тебя что-то мучает, а что – не можешь понять.	верно	неверно

17. Ты со всеми и всегда ведешь себя вежливо.	верно	неверно
18. Тебя беспокоит, что тебе скажут родители.	верно	неверно
19. Тебя легко разозлить,	верно	неверно
20. Часто тебе трудно дышать.	верно	неверно
21. Ты всегда хорошо себя ведешь.	верно	неверно
22. У тебя потеют руки.	верно	неверно
23. В туалет тебе надо ходить чаще, чем другим детям.	верно	неверно
24. Другие ребята удачливее тебя.	верно	неверно
25. Для тебя важно, что о тебе думают другие.	верно	неверно
26. Часто тебе трудно глотать.	верно	неверно
27. Часто волнуешься из-за того, что, как выясняется позже, не имело значения.	верно	неверно
28. Тебя легко обидеть.	верно	неверно
29. Тебя все время мучает, все ли ты делаешь правильно, так, как следует.	верно	неверно
30. Ты никогда не хвастаешься.	верно	неверно
31. Ты боишься того, что с тобой может что-то случиться.	верно	неверно
32. Вечером тебе трудно уснуть.	верно	неверно
33. Ты очень переживаешь из-за оценок.	верно	неверно
34. Ты никогда не опаздываешь.	верно	неверно
35. Часто ты чувствуешь неуверенность в себе.	верно	неверно
36. Ты всегда говоришь только правду.	верно	неверно
37. Ты чувствуешь, что тебя никто не понимает.	верно	неверно
38. Ты боишься, что тебе скажут: «Ты все делаешь плохо».	верно	неверно
39. Ты боишься темноты.	верно	неверно
40. Тебе трудно сосредоточиться на учебе.	верно	неверно
41. Иногда ты злишься.	верно	неверно
42. У тебя часто болит живот.	верно	неверно
43. Тебе бывает страшно, когда ты перед сном остаешься один в темной комнате.	верно	неверно
44. Ты часто делаешь то, что не стоило бы делать.	верно	неверно
45. У тебя часто болит голова.	верно	неверно
46. Ты беспокоишься, что с твоими родителями что-нибудь случится.	верно	неверно
47. Ты иногда не выполняешь свои обещания.	верно	неверно
48. Ты часто устаешь.	верно	неверно
49. Ты часто грубишь родителям и другим взрослым.	верно	неверно
50. Тебе нередко снятся страшные сны.	верно	неверно
51. Тебе кажется, что другие ребята смеются над тобой.	верно	неверно
52. Бывает, что ты врешь.	верно	неверно
53. Ты боишься, что с тобой случится что-нибудь плохое.	верно	неверно

Обработка и интерпретация результатов

Предварительный этап

1. Просмотреть бланки и отобрать те, на которых все ответы одинаковы (только «верно» или только «неверно»). Как уже отмечалось, в СМАС-диагностика всех симптомов тревожности подразумевает только утвердительный ответ («верно»), что создает при обработке трудности, связанные с возможным смещением показателей тревожности и склонности к стереотипии, которая встречается у младших школьников. Для проверки следует использовать контрольную шкалу «социальной желательности», предполагающую оба варианта ответа. В случае выявления левосторонней (все ответы «верно») или правосторонней (все ответы «неверно») тенденции полученный результат следует рассматривать как сомнительный. Его следует тщательно проконтролировать с помощью независимых методов.

2. Обратить внимание на наличие ошибок в заполнении бланков: двойные ответы (т.е. подчеркивание одновременно и «верно», и «неверно»), пропуски, исправления, комментарии и т.п. В тех случаях, когда у испытуемого ошибочно заполнено не более трех пунктов субшкалы тревожности (вне зависимости от характера ошибки), его данные могут обрабатываться на общих основаниях. Если же ошибок больше, то обработку проводить нецелесообразно. Следует обратить особое внимание на детей, которые пропускают или дают двойной ответ на пять или более пунктов СМАС. В значительной части случаев это свидетельствует о затрудненности выбора, трудностях в принятии решения, попытке уйти от ответа, т.е. является показателем скрытой тревожности.

Основной этап

1. Подсчитываются данные по контрольной шкале – субшкале «социальной желательности».

Ключ к субшкале «социальной желательности» (номера пунктов СМАС)

Ответ ВЕРНО _____	Ответ НЕВЕРНО _____
5, 17, 21, 30, 34, 36	10, 41, 47, 49, 52

Критическое значение по данной субшкале – 9. Этот и болсс высокий результат свидетельствуют о том, что ответы испытуемого могут быть недостоверны, могут искажаться под влиянием фактора социальной желательности.

2. Подсчитываются баллы по субшкале тревожности.

Ключ к субшкале тревожности

Ответы ВЕРНО

1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 53

Полученная сумма баллов представляет собой первичную или «сырую», оценку.

3. Первичная оценка переводится в шкальную. В качестве шкальной оценки используется стандартная десятка (стены). Для этого данные испытуемого сопоставляются с нормативными показателями группы детей соответствующего возраста и пола.

Т а б л и ц а

Перевод «сырых» баллов в стены по половозрастным группам

Стены	Половозрастные группы (результаты в баллах)							
	7 лет		8–9 лет		10–11 лет		12 лет	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
1	0–2	0–3	0	0–1	0–3	0–2	0–6	0–5
2	3–4	4–6	1–3	2–4	4–7	3–6	7–9	6–8
3	5–7	7–9	4–7	5–7	8–10	7–9	10–13	9–11
4	8–10	10–12	8–11	8–11	11–14	10–13	14–16	12–14
5	11–14	13–15	12–15	12–14	15–18	14–16	17–20	15–17
6	15–18	16–18	16–19	15–17	19–21	17–20	21–23	18–20
7	19–21	19–21	20–22	18–20	22–25	21–23	24–27	21–22
8	22–25	22–24	23–26	21–23	26–28	24–27	28–30	23–25
9	26–29	24–26	27–23	24–26	29–32	28–30	31–33	26–28
10	29 и более	27 и более	31 и более	27 и более	33 и более	31 и более	34 и более	29 и более

Характеристика уровней тревожности:

Стены	Характеристика	
1–2	Состояние тревожности не свойственно	Подобное «чрезмерное» спокойствие может и не иметь защитного характера
3–6	Нормальный уровень тревожности	Тревожность, необходимая для адаптации и продуктивной деятельности
7–8	Несколько повышенная тревожность	Часто бывает связана с ограниченным крутом ситуаций.
9	Явно повышенная тревожность	Обычно носит «разлитой», генерализованный характер
10	Очень высокая тревожность	Группа риска

Оценка тревожности у старших подростков и юношей по опроснику Ч.Д. Спилберга (STPI – State Trait Personal Inventory) адаптированной А.Д. Андреевой в 1988 году. Опросник позволяет выявить уровень познавательной активности, тревожность и гнев. Опросник делится на две части: в одну объединены шкалы познавательной активности, тревожности и негативных эмоциональных переживаний, характеризующие личностные свойства субъекта, а в другую – эти же шкалы, но в отношении состояния человека в конкретной ситуации. Методика позволяет выявить подростков, имеющих различного рода эмоциональные проблемы или занимающие неблагоприятное положение в коллективе. В соответствии с задачей диагностики эмоционального отношения к обучению А.Д. Андреевой в 1988 году была модифицирована направленность входящих в методику высказываний и инструкции испытуемому таким образом, чтобы вторая половина опросника отражала состояние учащихся на уроке в ходе учебной работы в классе. такое построение методики позволяет сопоставить уровень изучаемых эмоциональных состояний в условиях учебной деятельности с фоновым и дать характеристику влияния процесса обучения на эмоциональное состояние подростка.

При проведении оценки подростку дается инструкция перед началом тестирования: «Прости внимательно каждое предложение и обведи кружком одну из цифр, расположенных справа, в зависимости от того, как ты обычно себя чувствуешь, каково твое обычное состояние. Что означает каждая цифра написано вверху страницы.»

После заполнения первой части опросника испытуемому дается еще одна инструкция: «А теперь постарайся оценить, как ты себя чувствуешь на уроках в школе».

БЛАНК ОПРОСНИКА СПИЛБЕРГА

ФИО _____

Возраст _____ Дата заполнения _____

Инструкция: Обведи кружком одну из цифр, расположенных справа, в зависимости от того, как ты обычно себя чувствуешь, каково твоё обычное состояние. Что означает каждая цифра, написано вверху страницы.

№ п/п	Самооценка	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
2	Мне хочется изучать то, что меня окружает	1	2	3	4
3	Я не сдержан	1	2	3	4
4	Я доволен собой	1	2	3	4
5	Я испытываю любопытство	1	2	3	4
6	Я вспыльчив	1	2	3	4
7	Я нервничаю и беспокоюсь	1	2	3	4
8	Мне интересно	1	2	3	4
9	Я горячий человек	1	2	3	4
10	Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие	1	2	3	4
11	Я любознателен	1	2	3	4
12	Я сержусь, когда из-за чужих ошибок мне приходится действовать медленнее	1	2	3	4
13	Я неудачник	1	2	3	4
14	Я энергичен	1	2	3	4
15	Меня раздражает, когда меня не хвалят за хорошую работу	1	2	3	4
16	Мне становится не по себе, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4
17	Я чувствую себя исследователем	1	2	3	4

18	Я легко выхожу из себя	1	2	3	4
19	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
20	Я легко возбуждаюсь	1	2	3	4
21	Когда я взбешен, я могу сказать всё что угодно	1	2	3	4
22	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
23	Меня ничто не интересует	1	2	3	4
24	Меня бесит, когда меня критикуют при других	1	2	3	4
25	Я чувствую, что не приспособлен для жизни	1	2	3	4
26	Я чувствую, что у меня хорошо работает голова	1	2	3	4
27	Когда мне мешают, мне хочется кого-нибудь ударить	1	2	3	4
28	Я беспокоюсь даже тогда, когда для этого нет повода	1	2	3	4
29	Мне скучно	1	2	3	4
30	Меня приводит в ярость, когда за хорошую работу я получаю плохую оценку	1	2	3	4

А теперь постарайся оценить, как ты себя чувствуешь на уроках

1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне хочется узнать, что мы проходим на уроке	1	2	3	4
3	Я разъярен	1	2	3	4
4	Я напряжен	1	2	3	4
5	Я испытываю любопытство	1	2	3	4
6	Мне хочется стукнуть кулаком по столу	1	2	3	4
7	Я чувствую себя совершенно свободно	1	2	3	4
8	Я заинтересован	1	2	3	4
9	Я рассержен	1	2	3	4
10	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
11	Мне хочется знать, понять, докопаться до сути	1	2	3	4
12	Мне хочется на кого-нибудь накричать	1	2	3	4
13	Я нервничаю	1	2	3	4
14	Я чувствую себя исследователем	1	2	3	4

15	Мне хочется что-нибудь сломать	1	2	3	4
16	Я взвинчен	1	2	3	4
17	Я возбуждён	1	2	3	4
18	Я взбешен	1	2	3	4
19	Я раскован	1	2	3	4
20	Я чувствую, что у меня хорошо работает голова	1	2	3	4
21	Я раздражён	1	2	3	4
22	Я озабочен	1	2	3	4
23	Мне скучно	1	2	3	4
24	Мне хочется кого-нибудь ударить	1	2	3	4
25	Я уравновешен	1	2	3	4
26	Я энергичен	1	2	3	4
27	Я чувствую себя обманутым	1	2	3	4
28	Я испуган	1	2	3	4
29	Мне неинтересно	1	2	3	4
30	Мне хочется ругаться	1	2	3	4

Ключ к тесту:

Эмоция	Пункт шкалы, номер									
Тревожность	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28
Познавательная активность	2	5	8	11	14	17	20	23	26	29
Негативные эмоциональные переживания	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30

При ответе испытуемые пользуются четырехбалльной шкалой оценок: «Почти никогда» (1 балл), «Иногда» (2 балла), «Часто» (3 балла), «Почти всегда» (4 балла).

Некоторые из пунктов опросника сформулированы таким образом, что оценка «4» отражает высокий уровень тревожности, познавательной активности или негативных эмоциональных переживаний (например, «Я сержусь»). Другие (например, «Я спокоен», «Мне скучно») сформулированы таким образом, что высокая оценка выражает отсутствие тревожности или познавательной активности; в шкалах негативных эмоциональных переживаний подобных

пунктов нет. Балльные веса для пунктов шкал, в которых высокая оценка выражает наличие высокого уровня эмоции, подсчитываются в соответствии с тем, как они отмечены на бланке. Для пунктов шкал, в которых высокая оценка отражает отсутствие эмоции, веса считаются в обратном порядке:

на бланке отмечено 1, 2, 3, 4.

вес для подсчета: 4, 3, 2, 1.

Таковыми пунктами являются:

Часть I

По шкале тревожности: 1, 4, 19.

По шкале познавательной активности: 23, 29.

Часть II

По шкале тревожности: 1, 7, 19, 25.

По шкале познавательной активности: 23, 29.

Для получения балла какого-либо состояния или свойства подсчитывается сумма весов по всем 10 пунктам соответствующей шкалы. Минимальная оценка по каждой шкале – 10 баллов, максимальная – 40 баллов. Если пропущен 1 пункт из 10, можно подсчитать среднюю оценку по тем 9 пунктам, на которые испытуемый ответил, затем умножить это число на 10; балл будет выражаться следующим за этим результатом средним числом. При пропуске двух и более баллов надежность и валидность шкалы будет считаться относительной. Для каждого индивида получают данные об общем уровне основных эмоциональных процессов – тревожности, познавательной активности и негативных эмоциональных переживаний – и характере их проявления в ходе учебной деятельности. На основании индивидуальных данных можно подсчитать средние значения тревожности, познавательной активности и негативных эмоций для определенной группы учащихся (например, класса, половозрастной группы), а также показатель разброса данных – среднее квадратическое отклонение результатов группы. Это позволяет определить показатели уровней познавательной активности, тревожности и негативных эмоциональных переживаний в обычном состоянии и на уроке в различных возрастных группах. Данные для 7–10 классов приведены в таблице:

Уровень эмоции	Класс	Тревожность		Познавательная активность		Негативные эмоциональные переживания	
		обычно	на уроке	обычно	на уроке	обычно	на уроке
Низкий	7-й	10–17	10–18	10–21	10–20	10–14	10
	8-й	10–16	10–18	10–22	10–20	10–16	10–11
	9-й	10–17	10–17	10–23	10–17	10–16	10–11
	10-й	10–17	10–17	10–23	10–20	10–16	10–11
Средний	7-й	18–23	19–24	22–29	21–27	15–22	11–17
	8-й	17–24	19–25	23–28	21–28	17–25	12–19
	9-й	18–24	18–26	24–30	18–28	17–27	12–21
	10-й	18–25	17–23	24–31	21–29	17–25	12–18
Высокий	7-й	24–40	25–40	30–40	28–40	23–40	18–40
	8-й	25–40	26–40	29–40	29–40	26–40	20–40
	9-й	25–40	27–40	31–40	29–40	28–40	22–40
	10-й	26–40	24–40	32–40	30–40	26–40	19–40

По каждой шкале во всех возрастных группах обнаруживается значительный разброс индивидуальных данных, что свидетельствует о высокой чувствительности описываемой методики к индивидуальным различиям, об ее пригодности для изучения эмоциональных компонентов учебной деятельности отдельного ученика в ходе работы школьного психолога.

Как отмечает А.А. Баранов с соавт. (2005, 2008, 2010) нервно-психическими нарушениями страдают больше половины детей и подростков, где наиболее распространёнными расстройствами являются дисфункции вегетативной нервной системы от 480 до 875 %. Кроме того, ученые отмечают, что рост распространённости нервно-психических нарушений в детских и подростковых популяциях происходит в основном за счет малой психиатрии: пограничных невротических и личностных расстройств. В связи с этим выявление функциональных отклонений со стороны нервно-психической сферы и правильная их оценка является крайне актуальным.

В нашем пособии мы предлагаем проведение оценки предболезненных признаков развития симптомов нервно-психических расстройств по методике, описанной А.А. Барановым с соавт. (2005) является ценным методом в раннем выявлении донозологических изменений в психическом здоровье детей и подростков.

Методика представляет собой комплект опросников для учащегося, классного учителя и родителей, причем все методики адаптированы к каждому возрастному периоду:

- для детей дошкольного возраста (3–6 лет);
- для младших школьников (7–11 лет);
- для подростков (от 12 лет и старше).

АНКЕТА ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЕЙ, ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА

Уважаемый педагог! Для оценки состояния здоровья вашего воспитанников врачу необходимы сведения об особенностях его поведения. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами и максимально точно дайте ответ. Отметьте, пожалуйста, типичные для данного ученика формы поведения и степень их выраженности.

У ребенка затруднения и усвоении материала занятий по подготовке к школе;			
1	1. Задание выполняет медленно, не успевает за остальными.	да	нет
	2. Ребенку трудно сохранять внимание на занятиях.	да	нет
	3. Ребенок с трудом запоминает новый материал.	да	нет
	4. Ребенку трудно даются задания, требующие хорошей мелкой моторики.	да	нет
2	5. На занятиях часто отвлекается, разговаривает, играет и т.д.	да	нет
	6. Паясничает (строит из себя шута) в группе.	да	нет
	7. Грубит воспитателю.	да	нет
	8. В перерывах между занятиями очень возбужден, бегает, шумит; во время занятий с трудом успокаивается.	да	нет
3	9. В детском саду друзей не имеет.	да	нет
	10. «Задирает» других детей (насмешничает, обзывает, толкает).	да	нет

	11. Его (её) «задирают» (обзывают, толкают, быют).	да	нет
	12. Проявляет высокомерие по отношению к другим детям.	да	нет
	13. Характерна конфликтность, неуживчивость.	да	нет
	14. Участвует в драках, отмечаются проявления жестокости.	да	нет
	15. Очень огорчается, если не выходит задание, может заплакать.	да	нет
	16. Производит впечатление чрезмерно робкого, при ответе сильно волнуется.	да	нет
4	17. Часто выглядит грустным.	да	нет
	18. Чрезмерно обидчив, раним.	да	нет
	19. Характерна повышенная импульсивность, взрывная эмоциональная реакция.	да	нет
	20. Отмечается чрезмерное упрямство.	да	нет
	21. Проявляет чрезмерную увлеченность, одержимость своими идеями.	да	нет
	22. По отношению к окружающим проявляет эгоистичность, «тиранит» близких.	да	нет
	23. Характерна злопамятность, мстительность.	да	нет
	24. Любит быть в центре внимания.	да	нет
	25. Производит впечатление вялого, заторможенного.	да	нет
5.	26. Характеристика речи: речь быстрая, «захлёбывающаяся»; молчаливость, односложные ответы как бы через силу; смазанная, нечеткая; нарушения произношения; заикание (нужное подчеркнуть).	да	нет
	27. Отмечаются гики, лишние навязчивые движения (грызет ногти, крутит волосы, одежду, шмыгает носом и т.д.) (нужное подчеркнуть).	да	нет
	28. Есть особые проблемы во время пребывания в детском саду: припадки, энурез, энкопрез (недержание кала), онанизм.	да	нет
	29. Характерны особенности аппетита: сниженный, избирательный, повышенный.	да	нет
	30. Нарушения сна в тихий час: трудности засыпания (чрезмерно возбужден), трудности пробуждения, энурез во время дневного сна.	да	нет

АНКЕТА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ, ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ МЛАДШЕЙ ШКОЛЫ (6-10 ЛЕТ)

Уважаемый педагог! Для оценки состояния здоровья ваших воспитанников врачу необходимы сведения об особенностях его поведения. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами и максимально точно дайте ответ. Отметьте, пожалуйста, типичные для данного ученика формы поведения и степень их выраженности.

Имеются проблемы в учебе:			
1	1. Школьная успеваемость низкая, программу осваивает с трудом.	да	нет
	2. Школьная успеваемость низкая, несмотря на достаточный уровень способностей.	да	нет
	3. Выраженное нарушение внимания.	да	нет
	4. Очень плохой почерк.	да	нет
	5. Задание выполняет медленно, не успевает за классом.	да	нет
	6. Делает очень много ошибок при письме.	да	нет
2	7. На уроке часто отвлекается, разговаривает, играет и т.д.	да	нет
	8. Паясничает (строит из себя шута) в классе.	да	нет
	9. Грубит учителю.	да	нет
	10. На перемене очень возбужден, бегает, шумит, после перемены с трудом успокаивается.	да	нет
3	11. В классе не имеет друзей.	да	нет
	12. «Задирает» одноклассников (насмешничает, обзывает, толкает и т. д.).	да	нет
	13. Его (ее) «задирают» (обзывают, толкают, бьют).	да	нет
	14. Проявляет высокомерие по отношению к одноклассникам.	да	нет
	15. Характерна конфликтность, неуживчивость.	да	нет
	16. Участвует в драках, отмечаются проявления жестокости.	да	нет
	17. Очень огорчается, если получает не ту отметку, которую ожидал, может заплакать.	да	нет
	18. При ответе сильно волнуется, у доски теряется.	да	нет
4	19. Часто выглядит грустным.	да	нет
	20. Чрезмерно обидчив, раним.	да	нет
	21. Характерна повышенная импульсивность, взрывная эмоциональная реакция.	да	нет

5	22. Отмечается чрезмерное упрямство.	да	нет
	23. Проявляет чрезмерную увлеченность, одержимость своими идеями или хобби.	да	нет
	24. По отношению к окружающим проявляет эгоистичность, «тиранит» близких.	да	нет
	25. Характерна злопамятность, мстительность.	да	нет
	26. Любит быть в центре внимания.	да	нет
	27. Характеристика речи: речь быстрая, «захлёбывающаяся»; молчаливость, односложные ответы как бы через силу; смазанная, нечеткая; нарушения произношения; заикание (нужное подчеркнуть).	да	нет
	28. Отмечаются тики, лишние навязчивые движения (грызет ногти, крутит волосы, одежду, шмыгает носом и т.д.) (нужное подчеркнуть).	да	нет

АНКЕТА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ, ОБУЧАЮЩИХ ПОДРОСТКОВ

Уважаемый педагог! Для оценки состояния здоровья ваших воспитанников врачу необходимы сведения об особенностях его поведения. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами и максимально точно дайте ответ. Отметьте, пожалуйста, типичные для данного ученика формы поведения и степень их выраженности.

Отмечаются проблемы в учебе:			
1	1. Школьная успеваемость низкая, программу осваивает с трудом.	да	нет
	2. Школьная успеваемость низкая, несмотря на достаточный уровень способностей.	да	нет
	3. Выраженное нарушение внимания.	да	нет
	4. Очень плохой почерк.	да	нет
	5. Делает очень много ошибок при письме.	да	нет
	6. Резкое уменьшение успеваемости за счёт потери интереса к учёбе за последнее время.	да	нет
2	7. Часто не готов к уроку.	да	нет
	8. На перемене очень возбуждён, бегает, шумит, после перемены с трудом успокаивается.	да	нет
	9. Мешает учителю вести урок.	да	нет

	10. Паясничает (строит из себя шута) в классе.	да	нет
3	11. Грубит учителю.	да	нет
	12. Открыто курит.	да	нет
	13. Употребляет нецензурные выражения.	да	нет
	14. Неоднократно прогуливает школу.	да	нет
	15. Бывает нетрезвым, в состоянии алкогольного опьянения замечен в школе.	да	нет
	16. Вызывающее сексуальное поведение.	да	нет
	17. Были побеги из дома.	да	нет
	18. Есть подозрение на употребление наркотиков.	да	нет
	19. Совершал правонарушения. Состоит на учёте в милиции.	да	нет
4	20. «Задирает» одноклассников (насмешничает, обзывает, толкает).	да	нет
	21. Его (её) «задирают» (обзывают, толкают, бьют)	да	нет
	22. Проявляет высокомерие по отношению к одноклассникам	да	нет
	23. Характерна конфликтность, неуживчивость.	да	нет
	24. В классе у него нет друзей.	да	нет
5	25. Очень огорчается, если получают не ту отметку, которую ожидал, может заплакать.	да	нет
	26. При ответе сильно волнуется, у доски теряется.	да	нет
	27. Часто выглядит грустным.	да	нет
	28. Чрезмерно обидчив, раним.	да	нет
6	29. Характерна повышенная импульсивность, взрывная эмоциональная реакция.	да	нет
	30. Участвует в драках, отмечаются проявления жесткости.	да	нет
	31. Проявляют чрезмерную увлеченность, одержимость своими идеями или хобби.	да	нет
	32. Всегда стремится быть в центре внимания.	да	нет
	33. Особенности речи: Речь быстрая, «захлёбывающаяся»; Молчаливость, односложные ответы как бы через силу; Смазанная, нечеткая; Нарушения произношения; Заикание (нужное подчеркнуть)	да	нет
	34. Отмечаются тики, лишние навязчивые движения (грызёт ногти, крутит волосы, одежду, шмыгает носом и т.д.) (нужное подчеркнуть.)	да	нет

АНКЕТА ДЛЯ УЧАЩИХСЯ

Уважаемый ученик! Ответы на вопросы анкеты помогут врачу оценить состояние твоего здоровья и оказать своевременную помощь в случае необходимости. Пожалуйста, прочитай все вопросы и ответь на них максимально точно.

1	1. Характерна ли для тебя зябкость?	да	нет
	2. Часто ли у тебя бывают холодные кисти рук или ступни ног (в теплом помещении)?	да	нет
	3. Отмечаешь ли ты у себя онемение кистей рук и ступней ног?	да	нет
	4. При волнении потеешь ли ты больше обычного, характерны ли для тебя «влажные» ладони?	да	нет
	5. Бывают ли у тебя ощущения учащенного сердцебиения, «замирания» в груди, «остановки сердца»?	да	нет
	6. Бывает ли у тебя при волнении затруднения дыхания: чувство, что тебе не хватает воздуха, учащенное дыхание?	да	нет
	7. При волнении бывает ли, что у тебя дрожат пальцы или ты чувствуешь дрожь во всем теле?	да	нет
	8. Характерны ли для тебя при волнении неприятные ощущения в животе (боль, вздутие, запоры или поносы)?	да	нет
	9. Отмечаются ли у тебя головокружение и тошнота в транспорте? В душном помещении? Во время сильной жары?	да	нет
	10. Бывает ли у тебя приступообразная головная боль?	да	нет
	11. Бывают ли у тебя проблемы со сном: трудности засыпания, частые пробуждения ночью, чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром?	да	нет
	12. Случались ли у тебя обмороки (потеря сознания)?	да	нет
2	13. Ты боишься ошибиться в чем-либо?	да	нет
	14. Бывает ли так, что ты не можешь отделаться от какой-либо мысли, мелодии или счёта?	да	нет
	15. Ты веришь в приметы?	да	нет
	16. Боишься ли ты опоздать, не успеть выполнить какое либо задание?	да	нет
	17. Мешают ли тебе уснуть разные мысли?	да	нет
	18. Беспокоят ли тебя различные страхи (темноты, высоты, одиночества, потери близких и т.п.)?	да	нет
3	19. Утомляет ли тебя общение с одноклассниками?	да	нет
	20. Бывает ли у тебя головная боль при интенсивной физической нагрузке? После умственной нагрузки?	да	нет

	21. Часто ли ты отвлекаешься на уроке?	да	нет
	22. Бывает ли у тебя сонливость в течении дня?	да	нет
	23. Бывает ли у тебя плохое настроение в течение продолжительного времени (целый день или больше)?	да	нет
	24. Бываешь ли ты забывчивым, рассеянным?	да	нет
	25. Можно ли сказать, что твоя работоспособность в последнее время снизилась?	да	нет
	26. Испытываешь ли ты затруднения в понимании новой информации?	да	нет
4	27. Часто ли ты бываешь раздражительным?	да	нет
	28. Отмечаешь ли ты у себя пониженный или повышенный аппетит?	да	нет
	29. Часто ли ты тревожишься, о чём либо?	да	нет
	30. Трудно ли тебе усидеть на месте?	да	нет
5	31. Говорят ли твои родители, что ты разговариваешь во сне, вскакиваешь или ходишь?	да	нет
	32. Были ли у тебя травмы головы?	да	нет
	33. Переносил ли ты операции с применением наркоза?	да	нет
	34. Бывает ли у тебя головная боль распирающего характера?	да	нет
	35. Когда ты нервничаешь, делаешь ли ты особые движения (грызёшь ногти, крутишь волосы, одежду, и др.)?	да	нет

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Уважаемые родители! Врачу для оценки состояния здоровья вашего ребенка необходимы сведения о его развитии и поведении. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами и постарайтесь ответить на них максимально точно.

Ф.И.О. _____

Датарождения _____ Класс _____

Дата обследования _____

1. Осложнения во время беременности и в родах.	да	нет
2. Были простудные и инфекционные заболевания в возрасте до одного года.	да	нет
3. Перенес операцию с применением наркоза в возрасте лет.	да	нет
4. Находился под наблюдением невропатолога.	да	нет
5. Были травмы головы	да	нет

6. Отмечались судороги.	да	нет
7. Тики, лишние навязчивые движения (грызет ногти, крутит волосы, одежду, шмыгает носом и т.д.). Нужно подчеркнуть или добавить	да	нет
8. У ребенка заикание.	да	нет
9. У ребёнка отмечаются какие-либо нарушения сна: трудности засыпания; беспокойный, чуткий сон (крутится во сне или частые пробуждения). Нужно подчеркнуть.	да	нет
10. Ребенок разговаривает во сне, вскакивает, ходит, бывают ночные кошмары, ночное недержание мочи, просыпается утром с трудом, в плохом настроении. Нужно подчеркнуть.	да	нет
11. Нарушения аппетита (повышенный или выраженное отсутствие аппетита, частые резкие колебания). Нужно подчеркнуть.	да	нет
12. Выраженная истощаемость.	да	нет
13. Бывают головокружения и тошнота при езде в транспорте (в душном помещении).	да	нет
14. Сниженный фон настроения, плаксивость.	да	нет

После заполнения учащимся анкеты, а также заполнения анкеты на этого же ребенка/подростка его классным учителем и родителями проводится анализ наличия ранних признаков пограничных нервно-психических расстройств по следующей матрице:

Анализ симптомов нарушений нервно-психического здоровья
(для дошкольников)

Раздел	Номер ответов в анкете учащегося (заполняется родителями)	Номер в родительской анкете	Номер в анкете для воспитателя
1. Нарушения вегетативной нервной системы	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	9, 13	
2. Обсессивно-фобические расстройства	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19		15, 16, 27
3. Астенические расстройства	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	12	1, 16, 25

Раздел	Номер ответов в анкете учащегося (заполняется родителями)	Номер в родительской анкете	Номер в анкете для воспитателя
4. Депрессивные расстройства	26, 28, 29, 30, 31	14	15, 18, 29
5. Церебрастенические нарушения	9, 10, 12, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 35	1, 2, 3, 4, 5, 13	1, 2, 3, 4, 5, 19, 30
6. Личностные расстройства			6, 10, 12, 19, 20, 22, 23, 24
7. Психоорганические расстройства		7, 8, 10	26, 27, 28

Анализ симптомов нарушений нервно-психического здоровья
(для младших школьников)

Раздел	Номер вопросов анкеты учащегося	Номер вопросов родительской анкеты	Номер вопросов анкеты для учителей младшей школы
1. Нарушения вегетативной нервной системы	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	9, 13	18
2. Обсессивно-фобические расстройства	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19		18, 27
3. Астенические расстройства	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	12	
4. Депрессивные расстройства	26, 28, 29, 30, 31	14	17, 19, 19
5. Церебрастенические нарушения	9, 10, 12, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 35	1, 2, 3, 4, 5, 13	1, 2, 3, 4, 5
6. Личностные расстройства			14, 22, 23, 24, 25, 26

Анализ симптомов нарушений нервно-психического здоровья
(для подростков)

Раздел	Номер вопросов анкеты учащегося	Номер вопросов родительской анкеты	Номер вопросов анкеты для учителей младшей школы
1. Нарушения вегетативной нервной системы	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	9, 13	
2. Обсессивно-фобические расстройства	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19		25, 26
3. Астенические расстройства	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	12	
4. Депрессивные расстройства	26, 28, 29, 30, 31	14	25, 26, 27, 28
5. Церебрастенические нарушения	9, 10, 12, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 35	1, 2, 3, 4, 5, 13	
6. Личностные расстройства			22, 23, 31, 32

Наличие симптома устанавливается только в том случае, если имеются положительные ответы из перечня вопросов одновременно в анкете учащегося, родителя и учителя.

Важно отметить, что с каждым годом все больше классических методик оценки нервно-психического статуса переводятся в цифровую оболочку, позволяющую автоматически провести расчеты и вывести общее заключение с интерпретацией полученных результатов. Причем, большинство компьютерных методик не содержат какой-либо один тест, а включает в себя целый комплекс, направленный на диагностику той или иной сферы психического статуса, интерпретацию результатов можно получить как по каждому отдельному тесту, так и общее заключение о состоянии всей психической сферы ребенка и подростка. Так, научно-производственной фирмой «Амалтея» разработан компьютерный комплекс «Диагностика готовности к школьному обучению», которая включает в себя пакет тестов, таких как тест «Четвёртый лишний», тест Тулуз – Пьерона, тест Гуденаф – Харриса, матрицы Раввена. Все эти программные комплексы, безусловно, могут стать эффективным инструментарием, для оценки психического здоровья в условиях массовых профилактических осмотрах. Кроме того, производством компьютерных программ диагностики психического здоровья детей и подростков занимается компания «Иматон» (Санкт-Петербург).

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Согласно современным представлениям о здоровье как о состоянии не только отсутствия физических дефектов, но и полного физического, духовного и социального благополучия, становится очевидным роль социального здоровья, его своевременная оценка, выявление ранних признаков нарушения, факторов способствующих его ухудшению и коррекция выявленного состояния, особенно у детского и подросткового населения.

По своей структуре социальное здоровье, как ценность, включает два основных компонента. Объективный компонент – это совокупность возможностей, которые могут быть реализованы при наличии полноценного здоровья. Это статусная роль в обществе, профессия, род занятий, продолжительность жизни и т.п. Субъективный компонент здоровья как ценности – это отношение субъекта к своему здоровью, выражающееся в предпочтениях, ценностных ориентациях, мотивации по отношению к здоровью (Соколов В.А., 2002). Здоровье социальное, по мнению Э.М. Казина, Н.А. Литвинова с соавт. – это совокупность потенциальных и реальных возможностей человека в осуществлении своих действий без ухудшения физического и духовного состояния, без потерь в адаптации к жизненной среде. Здоровье как социальная ценность основывается на социальных связях, месте и роли человека в решении социальных задач, степени реализации им общественных интересов, что обеспечивает ему достаточный уровень социальной адаптивности.

В условиях профилактических осмотров оценка социального здоровья именно среди детей и подростков может являться ключевым моментом в выявлении ранних признаков отклонений и в будущем при своевременной коррекции таких состояний предотвращать асоциальное их поведение. Ориентиром в изучении социального здоровья детей и подростков может являться оценка их социально-психологической адаптации. В условиях массовых профилактических

осмотров инструментом в качестве диагностики социально-психологической адаптации может служить методика, описанная А.А. Барановым с соавт. (2002) путём анкетирования воспитателя (для детей дошкольного возраста) и учителя (для детей школьного возраста):

АНКЕТА ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЕЙ, ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА

Уважаемый педагог! Для оценки состояния здоровья вашего воспитанников врачу необходимы сведения об особенностях его поведения. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами и максимально точно дайте ответ. Отметьте, пожалуйста, типичные для данного воспитанника формы поведения и степень их выраженности.

У ребенка затруднения и усвоении материала занятий по подготовке к школе;			
1	1. Задание выполняет медленно, не успевает за остальными.	да	нет
	2. Ребенку трудно сохранять внимание на занятиях.	да	нет
	3. Ребенок с трудом запоминает новый материал.	да	нет
	4. Ребенку трудно даются задания, требующие хорошей мелкой моторики.	да	нет
2	5. На занятиях часто отвлекается, разговаривает, играет и т.д.	да	нет
	6. Паясничает (строит из себя шута) в группе.	да	нет
	7. Грубит воспитателю.	да	нет
	8. В перерывах между занятиями очень возбужден, бегает, шумит; во время занятий с трудом успокаивается.	да	нет
3	9. В детском саду друзей не имеет.	да	нет
	10. «Задирает» других детей (насмешничает, обзывает, толкает).	да	нет
	11. Его (её) «задирают» (обзывают, толкают, бьют).	да	нет
	12. Проявляет высокомерие по отношению к другим детям.	да	нет
	13. Характерна конфликтность, неуживчивость.	да	нет
	14. Участвует в драках, отмечаются проявления жестокости.	да	нет
	15. Очень огорчается, если не выходит задание, может заплакать.	да	нет
	16. Производит впечатление чрезмерно робкого, при ответе сильно волнуется.	да	нет
4	17. Часто выглядит грустным.	да	нет
	18. Чрезмерно обидчив, раним.	да	нет
	19. Характерна повышенная импульсивность, взрывная эмоциональная реакция.	да	нет

	20. Отмечается чрезмерное упрямство.	да	нет
	21. Проявляет чрезмерную увлеченность, одержимость своими идеями.	да	нет
	22. По отношению к окружающим проявляет эгоистичность, «тиранит» близких.	да	нет
	23. Характерна злопамятность, мстительность.	да	нет
	24. Любит быть в центре внимания.	да	нет
	25. Производит впечатление вялого, заторможенного.	да	нет
5.	26. Характеристика речи: речь быстрая, «захлёбывающаяся»; молчаливость, односложные ответы как бы через силу; смазанная, нечеткая; нарушения произношения; заикание (нужное подчеркнуть).	да	нет
	27. Отмечаются гики, лишние навязчивые движения (грызет ногти, крутит волосы, одежду, шмыгает носом и т.д.) (нужное подчеркнуть).	да	нет
	28. Есть особые проблемы во время пребывания в детском саду: припадки, энурез, энкопрез (недержание кала), онанизм.	да	нет
	29. Характерны особенности аппетита: сниженный, избирательный, повышенный.	да	нет
	30. Нарушения сна в тихий час: трудности засыпания (чрезмерно возбужден), трудности пробуждения, энурез во время дневного сна.	да	нет

АНКЕТА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ, ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ МЛАДШЕЙ ШКОЛЫ (6-10 ЛЕТ)

Уважаемый педагог! Для оценки состояния здоровья ваших учеников врачу необходимы сведения об особенностях его поведения. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами и максимально точно дайте ответ. Отметьте, пожалуйста, типичные для данного ученика формы поведения и степень их выраженности.

Имеются проблемы в учебе:			
1	1. Школьная успеваемость низкая, программу осваивает с трудом.	да	нет
	2. Школьная успеваемость низкая, несмотря на достаточный уровень способностей.	да	нет
	3. Выраженное нарушение внимания.	да	нет

	4. Очень плохой почерк.	да	нет
	5. Задание выполняет медленно, не успевает за классом.	да	нет
	6. Делает очень много ошибок при письме.	да	нет
2	7. На уроке часто отвлекается, разговаривает, играет и т.д.	да	нет
	8. Паясничает (строит из себя шута) в классе.	да	нет
	9. Грубит учителю.	да	нет
	10. На перемене очень возбужден, бегают, шумит, после перемены с трудом успокаивается.	да	нет
3	11. В классе не имеет друзей.	да	нет
	12. «Задирает» одноклассников (насмешничает, обзывает, толкает и т.д.).	да	нет
	13. Его (ее) «задирают» (обзывают, толкают, бьют).	да	нет
	14. Проявляет высокомерие по отношению к одноклассникам.	да	нет
	15. Характерна конфликтность, неуживчивость.	да	нет
	16. Участвует в драках, отмечаются проявления жестокости.	да	нет
	17. Очень огорчается, если получает не ту отметку, которую ожидал, может заплакать.	да	нет
	18. При ответе сильно волнуется, у доски теряется.	да	нет
4	19. Часто выглядит грустным.	да	нет
	20. Чрезмерно обидчив, раним.	да	нет
	21. Характерна повышенная импульсивность, взрывная эмоциональная реакция.	да	нет
5	22. Отмечается чрезмерное упрямство.	да	нет
	23. Проявляет чрезмерную увлеченность, одержимость своими идеями или хобби.	да	нет
	24. По отношению к окружающим проявляет эгоистичность, «тиранит» близких.	да	нет
	25. Характерна злопамятность, мстительность.	да	нет
	26. Любит быть в центре внимания.	да	нет
	27. Характеристика речи: речь быстрая, «захлёбывающаяся»; молчаливость, односложные ответы как бы через силу; смазанная, нечеткая; нарушения произношения; заикание (нужное подчеркнуть).	да	нет
	28. Отмечаются тики, лишние навязчивые движения (грызет ногти, крутит волосы, одежду, шмыгает носом и т.д.) (нужное подчеркнуть).	да	нет

Процедура анализа и интерпретации, полученных данных анкетирования, проводится согласно ниже представленным алгоритмам:

1. Анализ структуры нарушений
социально-психологической адаптации (для дошкольников)

Показатель	Номер в анкете для учителя	По результатам психологического исследования	Признаки неблагополучия в конкретной сфере
1. Деадаптация в сфере учебной деятельности	1, 2, 3, 4		Наличие двух и более положительных ответов на указанные вопросы
2. Деадаптация в поведенческой сфере	5, 6, 7, 8, 10, 14		Наличие трех и более положительных ответов на перечисленные вопросы
3. Деадаптация в коммуникативной сфере	9, 10, 11, 12, 13, 14		Наличие трех и более положительных ответов на перечисленные вопросы
4. Эмоциональное неблагополучие	15, 16, 17, 18	Оценка уровня тревожности: наличие признаков тревожности в тесте «Красивый рисунок» (см. ниже с. __)	Наличие двух и более положительных ответов на указанные вопросы и/или наличие признаков тревожности в тесте «Красивый рисунок»
5. Уровень стрессового напряжения	Анализ симптомов нарушений нервно-психического здоровья	Шкала стресса (см. ниже с. 133)	от 70 до 200 – повышенный уровень стресса; свыше 300 – высокий уровень стресса

2. Анализ структуры нарушений
социально-психологической адаптации (для младшей школы)

Показатель	Номер в анкете для учителя	По результатам психологического исследования	Признаки неблагополучия в конкретной сфере
1. Деадаптация в сфере учебной деятельности	1, 2, 3, 4, 5, 6		Наличие неудовлетворительных оценок в четверти (триместре), непосредственно предшествующей осмотру
2. Деадаптация в поведенческой сфере	7, 8, 9, 10		Наличие двух и более положительных ответов на перечисленные вопросы
3. Деадаптация в коммуникативной сфере	11, 12, 13, 14, 15, 16	Социометрический индекс (см. с. 135)	Наличие двух и более положительных ответов на перечисленные вопросы и/или низкий социометрический индекс
4. Эмоциональное неблагополучие	17, 18, 19		Наличие двух и более положительных ответов на указанные вопросы и/или наличие признаков тревожности в тесте. Шкала явной тревожности
6. Уровень стрессового напряжения (см. приложение 12)		Шкала стресса (см. с. 133)	От 70 до 200 – повышенный уровень стресса; свыше 300 – высокий уровень стресса

3. Анализ структуры нарушений социально-психологической адаптации (для подростков)

Показатель	Номер в анкете для учителя	По результатам психологического исследования	Признаки неблагополучия в конкретной сфере
1. Деадаптация в сфере учебной деятельности	1, 2, 3, 4, 5, 6		Наличие неудовлетворительных оценок в четверти (триместре), непосредственно предшествующей осмотру
2. Деадаптация в поведенческой сфере	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19		Наличие двух и более положительных ответов на перечисленные вопросы
3. Специфические подростковые поведенческие реакции	11, 12, 13, 14, 16, 17, 31		Наличие более трех положительных ответов на перечисленные вопросы требует углубленной консультации психолога
4. Подростковые поведенческие нарушения, указывающие на повышенный риск аддиктивного и/или делинквентного поведения	15, 17, 18, 19, 30		Наличие любого из перечисленных признаков требует консультации у нарколога и/или психиатра
5. Деадаптация в коммуникативной сфере	20, 21, 22, 23, 24	Социометрический индекс	Наличие двух и более положительных ответов на перечисленные вопросы и/или низкий социометрический индекс (см. приложение 3)
6. Эмоциональное неблагополучие	25, 26, 27, 28	Оценка уровня тревожности	Наличие двух и более положительных ответов на указанные вопросы и/или наличие признаков высокой тревожности по тесту Спилбергера (см. приложение 6)
7. Уровень стрессового напряжения		Шкала стресса	от 70 до 200 – повышенный уровень стресса; свыше 300 – высокий уровень стресса

Как видно из алгоритмов оценки социально-психологической адаптации, для установления типа социально-психологической адаптации в той или иной сфере необходимо дополнительно провести ряд методик, таких как оценка социометрического индекса, определение уровня стрессового напряжения.

О наличии стресса, его выраженности и факторах его формирования могут свидетельствовать данные, полученные путём анкетирования родителей детей и подростков по методике «Социальные факторы и стресс»:

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ «СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И СТРЕСС»

Уважаемые родители! На здоровье ребенка могут влиять различные факторы. Пожалуйста, охарактеризуйте особенности Вашей семьи и укажите, какие особые события были в жизни Вашего ребенка за последний год. Некоторые симптомы могут быть ответной реакцией на стресс. Сопоставляя уровень стресса с особенностями здоровья ребенка, врач может своевременно оказать помощь.

№ п/п	События	Ответ	
1	Поступление в 1 класс или старшую школу	да	нет
2	Перевод в другую школу	да	нет
3	Рождение брата или сестры	да	нет
4	Уход из дома брата/сестры	да	нет
5	Госпитализация брата/сестры	да	нет
6	Смерть брата/сестры	да	нет
7	Отъезд отца из-за смены работы	да	нет
8	Потеря работы родителями	да	нет
9	Разлука родителей	да	нет
10	Развод родителей	да	нет
11	Смерть одного из родителей	да	нет
12	Смерть бабушки/дедушки	да	нет
13	Появление отчима или мачехи	да	нет
14	Тюремное заключение одного из родителей (30 дней или меньше)	да	нет

№ п/п	События	Ответ	
15	Тюремное заключение одного из родителей (год и больше)	да	нет
16	Появление третьего взрослого (дедушки/бабушки)	да	нет
17	Изменение финансового положения родителей	да	нет
18	Мать начинает работать	да	нет
19	Уменьшение ссор между родителями	да	нет
20	Увеличение ссор между родителями	да	нет
21	Увеличение ссор ребенка с родителями	да	нет
22	Известие о том, что ребенок приемный	да	нет
23	Возникновение какого-либо уродства	да	нет
24	Врожденное уродство	да	нет
25	Госпитализация ребенка	да	нет
26	Изменение отношения ровесников	да	нет
27	Выдающиеся личные успехи	да	нет
28	Смерть близкого друга (друга детства)	да	нет
29'	Провал на экзаменах в школе	да	нет
30	Исключение из школы	да	нет
31	Беременность незамужней сестры-подростка	да	нет
32	Употребление наркотиков или алкоголя	да	нет
33	Начало активного посещения церкви/синагоги/мечети	да	нет
34	Неучастие в том, в чем хочется участвовать (спортивная команда, ансамбль)	да	нет
35	Разрыв с другом/подругой	да	нет
36	Начало свиданий	да	нет
37	Отцовство подростка	да	нет
38	Беременность подростка	да	нет
39	Госпитализация одного из родителей	да	нет

По мнению разработчиков методики, различные события оказывают разное влияние на уровень стресса детей – чем выше показатели, тем больше стресс. Обычный уровень стресса считается, когда по анкете набирается до 70 баллов включительно; от 70 до 200 – повышенный уровень; свыше 300 – высокий (Левис Ш., Левис Ш.К., 1996). Ниже приведена таблица оценки уровня стресса в зависимости от ответа и стоимости из них каждого в баллах:

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССА В БАЛЛАХ

№ (перечисленные события по порядку)	До-школьники	Средняя школа	Старшая школа	№ (перечисленные события по порядку)	До-школьники	Средняя школа	Старшая школа
	Оценка в баллах				Оценка в баллах		
1.	42	46	45	20.	44	51	48
2.	33	46	52	21.	39	47	46
3.	50	50	50	22.	33	52	70
4.	39	36	33	23.	52	69	83
5.	37	41	44	24.	39	60	70
6.	59	68	71	25.	59	62	59
7.	36	45	42	26.	38	51	68
8.	23	38	48	27.	23	39	45
9.	74	78	77	28.	38	53	65
10.	78	84	84	29.	–	57	62
11.	89	91	94	30.	–	46	54
12.	30	38	35	31.	–	36	60
13.	62	65	63	32.	–	61	70
14.	34	44	50	33.	–	25	28
15.	67	67	76	34.	–		49
16.	39	41	34	35.	–	–	47
17.	21	29	40	36.	–	–	55
18.	47	44	36	37.	–	–	76
19.	21	25	29	38.	–	–	95
				39.	51	55	54

Успешность в сфере общения является существенным условием адаптации детей и подростков, интегральным показателем которой является коммуникативная успешность – включающая в себя общительность, как свойство личности, чувство уверенности в себе, умение прогнозировать поведение другого человека, рефлексировать последствия слов и поступков, контролировать свои эмоции и поведение. Для оценки коммуникативной успешности гимназистов проведен социометрический эксперимент в исследуемых классах по методике, предложенной В.Б. Шапырь (2004).

Исследование особенностей коммуникативных связей в учебном коллективе и социальной активности школьника может быть проведено при помощи социометрического эксперимента, в ходе которого каждый обследуемый школьник должен выбрать тех или иных членов класса или группы в зависимости от большей или меньшей склонности, предпочтительности их по сравнению с другими, симпатий или, наоборот, антипатий, доверия или недоверия и т.д. В условиях экспресс-обследования целесообразно проведение социометрии в виде параметрической процедуры, т.е. с ограниченным количеством возможных выборов. Социометрическая методика со школьниками проводится групповым методом, ее проведение не требует больших временных затрат (до 15 мин). В ходе подобной процедуры возможно выявить наиболее субъективно значимые связи. Социометрическая структура группы в результате такого подхода будет отражать наиболее типичные коммуникации. Для школьников социометрическая карточка формируется в виде бланка со следующими вопросами:

1. Если будет происходить реформирование вашего класса (группы), с кем из своих соучеников ты хотел бы оказаться в новом классе (группе)? Укажи, пожалуйста, три фамилии в порядке убывания предпочтения.

2. С кем тебе не хотелось бы оказаться в одном классе (группе)? Укажи, пожалуйста, три фамилии в порядке от самого нежелательного.

Для дошкольников наиболее оптимально проведение социометрического эксперимента в виде игры «Поздравь друга».

Детям объявляется, что они будут играть в почту и поздравлять друг друга. В данном случае используются открытки, которые необходимо положить в шкафчик каждому выбранному ребенку. Дети по одному в сопровождении воспитателя, психолога или мед сестры входят в раздевалку и раскладывают три открытки, которые им дает взрослый здесь же. Взрослый спрашивает ребенка о том, кого из ребят группы он не хотел бы поздравить, даже если бы у него была такая возможность, отводит ребенка, сделавшего выбор в другое помещение, чтобы он не мог обменяться своим мнением с теми, кому еще предстоит сделать выбор. Сразу же в социоматрице фиксируются произведенные выборы. По окончании, прежде чем предоставить детям возможность забрать свои открытки, необходимо еще раз проверить правильность фиксации выборов, посчитать открытки и добавить подобные открытки детям, которые не получили не одной или только одну открытку с целью предотвращения психотравмы. Простейшими способами количественной обработки является построение социоматрицы. Результаты выборов разносятся по матрице с помощью условных обозначений. Анализ социоматрицы по каждому критерию дает достаточно наглядную картину взаимоотношений в группе. Могут быть построены суммарные социоматрицы, дающие картину выборов по нескольким критериям (Предпочтение и отвержение и т.д.), а также социоматрицы по данным межгрупповых выборов. Основное достоинство социоматрицы – возможность представить выборы в числовом виде, что в свою очередь позволяет проранжировать членов группы по числу полученных и отданных выборов, установить порядок влияний в группе. Производятся соответствующие расчеты. Социометрическая процедура в структуре позволяет решать различные прикладные задачи (измерение степени сплоченности-разобщенности в группе; выявление «социометрических позиций», т.е. соотносительного авторитета членов группы по признакам симпатии-антипатии, где на крайних полюсах оказываются «лидер» группы и «отвергнутый», обнаружение внутригрупповых подсистем, сплоченных образований, по главе которых могут быть свои неформальные лидеры).

**ПРИМЕР СОЦИОМАТРИЦЫ ДЛЯ ГРУППЫ,
ЧИСЛЕННОСТЬЮ N-ЧЛЕНОВ**

№ п/п	Кто вы- бирает: фамилия испытуе- мого	Кого выбирают								Сде- ланные выборы		Социометрический индекс СИ (дробь, в числителе которой число полученных положительных вы- боров, а в знаменате- ле – отрицательных)
		1	2	3	4	5				(+)	(-)	
1	Андреева		+	+	–	–			•	2	2	
2	Иванов	+		+		–■			•	2	1	
3	Петров	+	+		–				•	2	0	
4	Сидорова	+				–			•	1	1	
5		+	–	–	+				•	2	2	
6												
...												
N												

В условиях массового профилактического осмотра для выявления низкой коммуникативной успешности оптимальным является расчет простейшего социометрического индекса, который может использоваться для дальнейшего углубленного анализа социально-психологического климата коллектива и последующей коррекционной работы. Чтобы рассчитать социометрический индекс необходимо вы- делить максимальное значение ($N_{\max}$) и минимальное значение ($N_{\min}$). Далее найти разницу между этими двумя маргинальными значения- ми и разделить на 3.

Пример:

$$\begin{aligned}
 N_{\max} &= + 18; N_{\min} = -6; \\
 N_{\max} - N_{\min} &= + 18 - (-6); \\
 N_{\max} - N_{\min} &= 24; \\
 24/3 &= 6.
 \end{aligned}$$

Устанавливаем коридоры уровня коммуникативной успешности:
от –6 до 2 единиц – низкий уровень;
от 2 до 10 единиц – средний уровень;
от 10 и выше – высокий уровень.

Становится понятным, что границы уровня коммуникативной успешности не являются фиксированным и их значения и интервал зависит от данных социометрического эксперимента, полученных в конкретном коллективе.

Тест «Красивый рисунок» направлен на выявление эмоциональных особенностей человека, доступен для детей с 3-летнего возраста. Для проведения тестирования перед обследуемым ребенком горизонтально кладут лист бумаги и поясняют: нарисуй цветными карандашами какой-нибудь красивый рисунок, – какой захочешь. Во время рисования следует отмечать последовательность использования разных цветов. Этот тест позволяет охарактеризовать эмоциональное состояние обследуемого ребенка более определенно, чем свободным рисунком, в котором встречается воспроизведение отрицательных прежних переживаний. Если же негативные переживания проявляются в «Красивом рисунке», где они противоречат инструкции, то можно полагать, что они актуальны для него в данный момент.

Значение цветов в тесте:

- Преобладание холодных тонов (от голубого до фиолетового) – снижение настроения, субдепрессия; высокая чувствительность иногда депрессия.

- Сближенные мягкие (светлые) тона, использование тонких оттенков цвета – чувствительность; иногда тревожность как личностная особенность.

- Обедненная цветовая гамма (использование простого карандаша и/или одного-двух цветов) – пассивность; астения; депрессия или субдепрессия.

- Пониженная плотность цвета (слабый нажим, незакрашенный контур) – астения; пассивность; отрицательное отношение к обследованию.

- Преобладание темных тонов (особенно сочетание черного с коричневым и/или синим) – депрессия.

- Повышенная напряженность цвета (много красного) – тревога; эмоциональная напряженность; иногда конфликтность.

Как отмечалось ранее социальное здоровье определяется субъективными компонентами здоровья, такими как отношение субъекта к своему здоровью, выражающееся в предпочтениях, ценностных ориентациях, мотивации по отношению к здоровью (Соколов В.А., 2002). Для диагностики этой стороны социального здоровья в условиях массовых профилактических осмотрах эффективно проведение социально-гигиенической оценки условий и образа жизни детей и подростков с помощью опросника MOS-SF-36. Опросник MOS-SF-36 является одним из самых популярных неспецифических опросников по качеству жизни, так как позволяет оценивать качество жизни респондентов с различными нозологиями и здоровую популяцию. Во-вторых, MOS-SF-36, обладая достаточно высокой чувствительностью, является кратким. Он содержит всего 36 вопросов, что делает его применение весьма удобным (Ware J.E., 1992). Опросник состоит из 36 пунктов, которые используются для обработки баллов по 8 шкалам, каждый пункт используется в обработке баллов только по одной из шкал. Эти пункты формируют следующие шкалы:

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) – жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Mental Health (МН) – оценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы). Результаты представляются в виде оценок в баллах по этим 8 шкалам в диапазоне от 0 до 100, где более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Обработка результатов.

1. Значение по шкале «Физическое функционирование (Physical Functioning – PF)»:

1) Суммируйте баллы, полученные при ответах на вопросы: За, Зб, Зв, Зг, Зд, Зе, Зж, Зз, Зи, Зк

$$PF_{sum} = PF6;$$

$$За + PFЗб + PFЗв + PFЗг + PFЗд + PFЗе + PFЗж + PFЗз + PFЗи + PFЗк.$$

2) Полученный суммарный балл пересчитайте по следующему ключу:

$$PF = ((PF_{sum} - 10)/20) \times 100.$$

2. Значение по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием

(Role-Physical Functioning – RP)»:

1) Суммируйте баллы, полученные при ответах на вопросы: 4а, 4б, 4г, 4д

$$RP_{sum} = RP4а + RP4б + RP4г + RP4д.$$

2) Полученный суммарный балл пересчитайте по следующему ключу:

$$RP = ((RP_{sum} - 4)/4) \times 100.$$

3. Значение по шкале «Интенсивность боли (Bodily pain – BP)»:

1) Перекодируйте баллы, полученные при ответе на вопросы № 7 и 8, в соответствии с одним из указанных ключей.

А. Если даны ответы на оба вопроса, то перекодируйте «сырой» балл по каждому вопросу по следующему ключу:

«Сырой» балл вопрос № 7 (BP7)	Пересчетный балл (BP7*)		«Сырой» балл вопрос № 8 (BP8)	Пересчетный балл (BP8*)
1	5		1 и при условии, что BP7 = 1	6
2	5,4		1 и при условии, что BP7 имеет значение от 2 до 6	5
3	4,2		2	4
4	3,1		3	3
5	2,2		4	2
6	1		5	1

*Примечание. * отмечены значения вопроса после перекодировки.*

В. Если дан ответ на вопрос № 7 и пропущен ответ на вопрос № 8, то перекодируйте «сырой» балл за вопрос № 7 по следующему ключу, пересчетный балл для вопроса № 8 указывается тот же, что и для седьмого вопроса:

«Сырой» балл вопрос № 7 (BP7)	Пересчетный балл (BP7*)	Пересчетный балл (BP8*)
1	6	6
2	5,4	5,4
3	4,2	4,2
4	3,1	3,1
5	2,2	2,2
6	1	1

С. Если дан ответ на вопрос № 8 и пропущен ответ на вопрос № 7, то перекодируйте «сырой» балл за вопрос № 8 по следующему ключу, пересчетный балл для вопроса № 7 указывается тот же, что и для восьмого вопроса:

«Сырой» балл вопрос № 8 (BP8)	Пересчетный балл (BP8*)	Пересчетный балл (BP7*)
1	6	6
2	4,75	4,75
3	3,5	3,5
4	2,25	2,25
5	1	1

2) Подсчитайте значение по шкале по формуле:

$$BP = [((BP7'' + BP8'') - 2)/10] \times 100.$$

4. Значение по шкале «Общее состояние здоровья (General Health – GH)»

1) Перекодируйте вопрос № 1 по ключу:

«Сырой» балл вопрос № 7 (GH1)	Пересчетный балл (GH1*)
1	5
2	4,4
3	3,4
4	2
5	1

2) Перекодируйте вопрос 11б по ключу:

«Сырой» балл вопрос № 11б (GH11б)	Пересчетный балл (GH11б *)
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

3) Перекодируйте вопрос 11г по ключу:

«Сырой» балл вопрос № 11г (GH11г)	Пересчетный балл (GH11г *)
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

4) Подсчитайте сумму:

$$GH_{sum} = GH1^* + GH11a + GH11б^* + GH11в + GH11г^*.$$

5) Подсчитайте значение шкалы по формуле:

$$GH = ((GH_{sum} - 5)/20) \times 100.$$

5. Значение по шкале «Жизненная активность (Vitality – VT)»

1) Перекодируйте вопрос 9а по ключу:

«Сырой» балл вопрос № 9а (VT9а)	Пересчетный балл (VT9а*)
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

2) Перекодируйте вопрос 9д по ключу:

«Сырой» балл вопрос № 9д (VT9д)	Пересчетный балл (VT9д*)
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

3) Подсчитайте сумму:

$$VT_{sum} = VT9a^* + VT9д^* + VT9ж + VT9и.$$

4) Подсчитайте значение шкалы по формуле:

$$VT = ((VT_{sum} - 4)/20) \times 100.$$

6. Значение по шкале «Социальное функционирование (Social unctioning – SF)»

1) Перекодируйте вопрос № 6 по ключу:

«Сырой» балл вопрос № 6 (SF6)	Пересчетный балл (SF6*)
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2) Подсчитайте сумму:

$$SF_{sum} = SF6^* + SF10.$$

3) Подсчитайте значение шкалы по формуле:

$$SF = ((SF_{sum} - 2)/8) \times 100.$$

7. Значение по шкале «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE)»

1) Подсчитайте сумму баллов, полученных при ответе на вопросы: 5а, 5б, 5в

$$RE_{sum} = RE5a + RE5б + RE5в.$$

2) Подсчитайте значение шкалы по формуле:

$$RE = ((RE_{sum} - 3)/3) \times 100.$$

8. Значение по шкале «Психическое здоровье (Mental Health – MH)»

1) Перекодируйте вопрос 9г по ключу:

«Сырой» балл вопрос 9г (MH9г)	Пересчетный балл (MH9г*)
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

2) Перекодируйте вопрос 9з по ключу:

«Сырой» балл вопрос 9з (МН9г)	Пересчетный балл (МН9з*)
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

3) Подсчитайте сумму:

$$MH_{sum} = MH9б + MH9в + MH9г'' + MH9е + MH9з''.$$

4) Подсчитайте значение шкалы по формуле:

$$MH = ((MH_{sum} - 5)/25) \times 100.$$

9. Значение общих показателей «Физический компонент здоровья (Physical health – PH)» и «Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH)» 8.

1) Подсчитайте Z – значения по восьми шкалам опросника по формулам:

$$PF - Z = (PF - 84,52404)/22,89490;$$

$$RP - Z = (RP - 81,19907)/33,797290;$$

$$BP - Z = (BP - 75,49196)/23,558790;$$

$$GH - Z = (GH - 72,21316)/20,16964;$$

$$VT - Z = (VT - 61,05453)/20,86942;$$

$$SF - Z = (SF - 83,59753)/22,37642;$$

$$RE - Z = (RE - 81,29467)/33,02717;$$

$$MH - Z = (MH - 74,84212)/18,01189.$$

2) Подсчитайте значение показателя «Физический компонент здоровья (РН)» по формуле:

$$\begin{aligned}PH_{sum} = & (PF - Z \times 0,42402) + (RP - Z \times 0,35119) + \\& + (BP - Z \times 0,31754) + (SF - Z \times (-0,00753)) + \\& + (MH - Z \times (-0,22069)) + (RE - Z \times (-0,19206)) + \\& + (VT - Z \times 0,02877) + (GH - Z \times 0,24954);\end{aligned}$$

$$PH = (PH_{sum} \times 10) + 50.$$

3) Подсчитайте значение показателя «Психический компонент здоровья (МН)»

$$\begin{aligned}MH_{sum} = & (PF - Z \times (-0,22999)) + (RP - Z \times (-0,12329)) + \\& + (BP - Z \times (-0,09731)) + (SF - Z \times 0,26876) + \\& + (MH - Z \times 0,48581) + (RE - Z \times 0,43407) + (VT - Z \times 0,23534) + \\& + (GH - Z \times (-0,01571));\end{aligned}$$

$$PH = (MH_{sum} \times 10) + 50.$$

5. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ РЕБЕНКА (1989)

Преамбула

Государства-участники настоящей Конвенции

считая, что в соответствии с принципами, провозглашенными в Уставе Организации Объединенных Наций, признание присущего достоинства, равных и неотъемлемых прав всех членов общества являются основой обеспечения свободы, справедливости и мира на Земле;

принимая во внимание, что народы Объединенных Наций подтвердили в Уставе свою веру в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности и преисполнены решимости содействовать социальному прогрессу и улучшению условий жизни при большей свободе;

признавая, что Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека и в Международных пактах о правах человека провозгласила и согласилась с тем, что каждый человек должен обладать всеми указанными в них правами и свободами без какого бы то ни было различия по таким признакам, как раса, цвет кожи, пол, язык, религия, политические или иные убеждения, национальное или социальное происхождение, имущественное положение, рождение или иные обстоятельства;

напоминая, что Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека провозгласила, что дети имеют право на особую заботу и помощь;

убежденные в том, что семье как основной ячейке общества и естественной среде для роста и благополучия всех ее членов и особенно детей должны быть предоставлены необходимые защита

и содействие, с тем, чтобы она могла полностью возложить на себя обязанности в рамках общества;

признавая, что ребенку для полного и гармоничного развития его личности необходимо расти в семейном окружении, в атмосфере счастья, любви и понимания;

считая, что ребенок должен быть полностью подготовлен к самостоятельной жизни в обществе и воспитан в духе идеалов, провозглашенных в Уставе Организации Объединенных Наций, и особенно в духе мира, достоинства, терпимости, свободы, равенства и солидарности;

принимая во внимание, что необходимость в такой особой защите ребенка была предусмотрена в Женевской Декларации прав ребенка 1924 года и Декларации прав ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей 20 ноября 1959 года, и признана во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте о гражданских и политических правах (в частности, в статьях 23 и 24), в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (в частности, в статье 10), а также в уставах и соответствующих документах специализированных учреждений и международных организаций, занимающихся вопросами благополучия детей,

принимая во внимание, что, как указано в Декларации прав ребенка, (ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения);

ссылаясь на положения Декларации о социальных и правовых принципах, касающихся защиты и благополучия детей, особенно при передаче детей на воспитание и их усыновлении на национальном и международном уровнях, Минимальных стандартных правил Организации Объединенных Наций, касающихся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних («Пекинские правила») и Декларации о защите женщин и детей в чрезвычайных обстоятельствах и в период вооруженных конфликтов;

признавая, что во всех странах мира есть дети, живущие в исключительно трудных условиях, и что такие дети нуждаются в особом внимании;

учитывая должным образом важность традиций и культурных ценностей каждого народа для защиты и гармоничного развития ребенка;

признавая важность международного сотрудничества для улучшения условий жизни детей в каждой стране, в частности в развивающихся странах;

согласились о нижеследующем:

Часть I

Статья 1

Для целей настоящей Конвенции ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее.

Статья 2

1. Государства-участники уважают и обеспечивают все права, предусмотренные настоящей Конвенцией, за каждым ребенком, находящимся в пределах их юрисдикции, без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья и рождения ребенка, его родителей или законных опекунов или каких-либо иных обстоятельств.

2. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения защиты ребенка от всех форм дискриминации или наказания на основе статуса, деятельности, выражаемых взглядов или убеждений ребенка, родителей ребенка, законных опекунов или иных членов семьи.

Статья 3

1. Во всех действиях в отношении детей, независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка.

2. Государства-участники обязуются обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия, принимая во внимание права и обязанности его родителей, опекунов

или других лиц, несущих за него ответственность по закону, и с этой целью принимают все соответствующие законодательные и административные меры.

3. Государства-участники обеспечивают, чтобы учреждения, службы и органы, ответственные за заботу о детях или их защиту, отвечали нормам, установленным компетентными органами, в частности, в области безопасности и здравоохранения и с точки зрения численности и пригодности их персонала, а также компетентного надзора.

Статья 4

Государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные и другие меры для осуществления прав, признанных в настоящей Конвенции. В отношении экономических, социальных и культурных прав государства-участники принимают такие меры в максимальных рамках имеющихся у них ресурсов и, в случае необходимости, в рамках международного сотрудничества.

Статья 5

Государства-участники уважают ответственность, права и обязанности родителей и в соответствующих случаях членов расширенной семьи или общины, как это предусмотрено местным обычаем, опекунов или других лиц, несущих по закону ответственность за ребенка, должным образом управлять и руководить ребенком в осуществлении им признанных настоящей Конвенцией прав и делать это в соответствии с развивающимися способностями ребенка.

Статья 6

1. Государства-участники признают, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь.

2. Государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка.

Статья 7

1. Ребенок регистрируется сразу же после рождения и с момента рождения имеет право на имя и на приобретение гражданства, а также, насколько это возможно, право знать своих родителей и право на их заботу.

2. Государства-участники обеспечивают осуществление этих прав в соответствии с их национальным законодательством и выполнение их обязательств согласно соответствующим международным документам в этой области, в частности, в случае, если бы иначе ребенок не имел гражданства.

Статья 8

1. Государства-участники обязуются уважать право ребенка на сохранение своей индивидуальности, включая гражданство, имя и семейные связи, как предусматривается законом, не допуская противозаконного вмешательства.

2. Если ребенок незаконно лишается части или всех элементов своей индивидуальности, государства-участники обеспечивают ему необходимую помощь и защиту для скорейшего восстановления его индивидуальности.

Статья 9

1. Государства-участники обеспечивают, чтобы ребенок не разлучался со своими родителями вопреки их желанию, за исключением случаев, когда компетентные органы, согласно судебному решению, определяют в соответствии с применимым законом и процедурами, что такое разлучение необходимо в наилучших интересах ребенка. Такое определение может оказаться необходимым в том или ином конкретном случае, например, когда родители жестоко обращаются с ребенком или не заботятся о нем или когда родители проживают раздельно и необходимо принять решение относительно места проживания ребенка.

2. В ходе любого разбирательства в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи всем заинтересованным сторонам предоставляется возможность участвовать в разбирательстве и излагать свои точки зрения.

3. Государства-участники уважают право ребенка, который разлучается с одним или обоими родителями, поддерживать на регулярной основе личные отношения и прямые контакты с обоими родителями, за исключением случая, когда это противоречит наилучшим интересам ребенка.

4. В тех случаях, когда такое разлучение вытекает из какого-либо решения, принятого государством-участником, например при аресте, тюремном заключении, высылке, депортации или смерти (включая смерть, наступившую по любой причине во время нахождения данного лица в ведении государства) одного или обоих родителей или ребенка, такое государство-участник предоставляет родителям, ребенку или, если это необходимо, другому члену семьи по их просьбе необходимую информацию в отношении местонахождения отсутствующего члена/членов семьи, если предоставление этой информации не наносит ущерба благосостоянию ребенка. Государства-участники в дальнейшем обеспечивают, чтобы представление такой просьбы само по себе не приводило к неблагоприятным последствиям для соответствующего лица/лиц.

Статья 10

1. В соответствии с обязательством государств-участников по пункту 1 статьи 9 заявления ребенка или его родителей на въезд в государство-участник или выезд из него с целью воссоединения семьи должны рассматриваться государствами-участниками позитивным, гуманным и оперативным образом. Государства-участники далее обеспечивают, чтобы представление такой просьбы не приводило к неблагоприятным последствиям для заявителей и членов их семьи.

2. Ребенок, родители которого проживают в различных государствах, имеет право поддерживать на регулярной основе, за исключением особых обстоятельств, личные отношения и прямые контакты с обоими родителями. С этой целью и в соответствии с обязательством государств-участников по пункту 1 статьи 9 государства-участники уважают право ребенка и его родителей покидать любую страну, включая свою собственную, и возвращаться в свою страну. В отношении права покидать любую страну действуют только такие ограничения, какие установлены законом и необходимы для охраны государственной безопасности, общественного порядка (*ordre public*), здоровья или нравственности населения или прав и свобод других лиц, и совместимы с признанными в настоящей Конвенции другими правами.

Статья 11

1. Государства-участники принимают меры для борьбы с незаконным перемещением и невозвращением детей из-за границы.

2. С этой целью государства-участники содействуют заключению двусторонних или многосторонних соглашений или присоединению к действующим соглашениям.

Статья 12

1. Государства-участники обеспечивают ребенку, способному сформулировать свои собственные взгляды, право свободно выражать эти взгляды по всем вопросам, затрагивающим ребенка, причем взглядам ребенка уделяется должное внимание в соответствии с возрастом и зрелостью ребенка.

2. С этой целью ребенку, в частности, предоставляется возможность быть заслушанным в ходе любого судебного или административного разбирательства, затрагивающего ребенка, либо непосредственно, либо через представителя или соответствующий орган, в порядке, предусмотренном процессуальными нормами национального законодательства.

Статья 13

1. Ребенок имеет право свободно выражать свое мнение; это право включает свободу искать, получать и передавать информацию и идеи любого рода, независимо от границ, в устной, письменной или печатной форме, в форме произведений искусства или с помощью других средств по выбору ребенка.

2. Осуществление этого права может подвергаться некоторым ограничениям, однако этими ограничениями могут быть только те ограничения, которые предусмотрены законом и которые необходимы:

- а) для уважения прав и репутации других лиц;
- б) для охраны государственной безопасности или общественного порядка (*ordre public*), или здоровья или нравственности населения.

Статья 14

1. Государства-участники уважают право ребенка на свободу мысли, совести и религии.

2. Государства-участники уважают права и обязанности родителей и в соответствующих случаях законных опекунов руководить ребенком в осуществлении его права методом, согласующимся с развивающимися способностями ребенка.

3. Свобода исповедовать свою религию или веру может подвергаться только таким ограничениям, которые установлены законом и необходимы для охраны государственной безопасности, общественного порядка, нравственности и здоровья населения или защиты основных прав и свобод других лиц.

Статья 15

1. Государства-участники признают право ребенка на свободу ассоциации и свободу мирных собраний.

2. В отношении осуществления данного права не могут применяться какие-либо ограничения, кроме тех, которые применяются в соответствии с законом и которые необходимы в демократическом обществе в интересах государственной безопасности или общественной безопасности, общественного порядка (*ordre public*), охраны здоровья или нравственности населения или защиты прав и свобод других лиц.

Статья 16

1. Ни один ребенок не может быть объектом произвольного или незаконного вмешательства в осуществление его права на личную жизнь, семейную жизнь, неприкосновенность жилища или тайну корреспонденции, или незаконного посягательства на его честь и репутацию.

2. Ребенок имеет право на защиту закона от такого вмешательства или посягательства.

Статья 17

Государства-участники признают важную роль средств массовой информации и обеспечивают, чтобы ребенок имел доступ к информации и материалам из различных национальных и международных источников, особенно к такой информации и материалам, которые направлены на содействие социальному, духовному и моральному

благополучию, а также здоровому физическому и психическому развитию ребенка. С этой целью государства-участники:

а) поощряют средства массовой информации к распространению информации и материалов, полезных для ребенка в социальном и культурном отношениях, и в духе статьи 29;

б) поощряют международное сотрудничество в области подготовки, обмена и распространения такой информации и материалов из различных культурных, национальных и международных источников;

с) поощряют выпуск и распространение детской литературы;

д) поощряют средства массовой информации к уделению особого внимания языковым потребностям ребенка, принадлежащего к какой-либо группе меньшинств или коренному населению;

е) поощряют разработку надлежащих принципов защиты ребенка от информации и материалов, наносящих вред его благополучию, учитывая положения статей 13 и 18.

Статья 18

1. Государства-участники предпринимают все возможные усилия к тому, чтобы обеспечить признание принципа общей и одинаковой ответственности обоих родителей за воспитание и развитие ребенка. Родители или в соответствующих случаях законные опекуны несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка. Наилучшие интересы ребенка являются предметом их основной заботы.

2. В целях гарантии и содействия осуществлению прав, изложенных в настоящей Конвенции, государства-участники оказывают родителям и законным опекунам надлежащую помощь в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию детей и обеспечивают развитие сети детских учреждений.

3. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения того, чтобы дети, родители которых работают, имели право пользоваться предназначенными для них службами и учреждениями по уходу за детьми.

Статья 19

1. Государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные, социальные и просветительные меры

с целью защиты ребенка от всех форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление, со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке.

2. Такие меры защиты, в случае необходимости, включают эффективные процедуры для разработки социальных программ с целью предоставления необходимой поддержки ребенку и лицам, которые о нем заботятся, а также для осуществления других форм предупреждения и выявления, сообщения, передачи на рассмотрение, расследования, лечения и последующих мер в связи со случаями жестокого обращения с ребенком, указанными выше, а также, в случае необходимости, для возбуждения судебной процедуры.

Статья 20

1. Ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения или который в его собственных наилучших интересах не может оставаться в таком окружении, имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством.

2. Государства-участники в соответствии со своими национальными законами обеспечивают замену ухода за таким ребенком.

3. Такой уход может включать, в частности, передачу на воспитание, (кафала) по исламскому праву, усыновление или, в случае необходимости, помещение в соответствующие учреждения по уходу за детьми. При рассмотрении вариантов замены необходимо должным образом учитывать желательность преемственности воспитания ребенка и его этническое происхождение, религиозную и культурную принадлежность и родной язык.

Статья 21

Государства-участники, которые признают и/или разрешают существование системы усыновления, обеспечивают, чтобы наилучшие интересы ребенка учитывались в первостепенном порядке, и они:

а) обеспечивают, чтобы усыновление ребенка разрешалось только компетентными властями, которые определяют в соответствии с применимыми законом и процедурами и на основе всей относящейся к делу

и достоверной информации, что усыновление допустимо ввиду статуса ребенка относительно родителей, родственников и законных опекунов и что, если требуется, заинтересованные лица дали свое осознанное согласие на усыновление на основе такой консультации, которая может быть необходимой;

б) признают, что усыновление в другой стране может рассматриваться в качестве альтернативного способа ухода за ребенком, если ребенок не может быть передан на воспитание или помещен в семью, которая могла бы обеспечить его воспитание или усыновление, и если обеспечение какого-либо подходящего ухода в стране происхождения ребенка является невозможным;

с) обеспечивают, чтобы в случае усыновления ребенка в другой стране применялись такие же гарантии и нормы, которые применяются в отношении усыновления внутри страны;

д) принимают все необходимые меры с целью обеспечения того, чтобы в случае усыновления в другой стране устройство ребенка не приводило к получению неоправданных финансовых выгод связанными с этим лицами;

е) содействуют в необходимых случаях достижению целей настоящей статьи путем заключения двусторонних и многосторонних договоренностей или соглашений и стремятся на этой основе обеспечить, чтобы устройство ребенка в другой стране осуществлялось компетентными властями или органами.

Статья 22

1. Государства-участники принимают необходимые меры, с тем чтобы обеспечить ребенку, желающему получить статус беженца или считающемуся беженцем в соответствии с применимым международным или внутренним правом и процедурами, как сопровождаемому, так и не сопровождаемому его родителями или любым другим лицом, надлежащую защиту и гуманитарную помощь в пользовании применимыми правами, изложенными в настоящей Конвенции и других международных документах по правам человека или гуманитарных документов, участниками которых являются указанные государства.

2. С этой целью государства-участники оказывают, в случае, когда они считают это необходимым, содействие любым усилиям Организации Объединенных Наций и других компетентных межправительственных организаций или неправительственных организаций, сотрудничающих с Организацией Объединенных Наций, по защите такого ребенка и оказанию ему помощи и поиску родителей или других членов семьи любого ребенка-беженца, с тем чтобы получить информацию, необходимую для его воссоединения со своей семьей. В тех случаях, когда родители или другие члены семьи не могут быть найдены, этому ребенку предоставляется такая же защита, как и любому другому ребенку, по какой-либо причине постоянно или временно лишенному своего семейного окружения, как это предусмотрено в настоящей Конвенции.

Статья 23

1. Государства-участники признают, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества.

2. Государства-участники признают право неполноценного ребенка на особую заботу и поощряют и обеспечивают предоставление при условии наличия ресурсов имеющему на это право ребенку и ответственным за заботу о нем помощи, о которой подана просьба и которая соответствует состоянию ребенка и положению его родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке.

3. В признание особых нужд неполноценного ребенка помощь в соответствии с пунктом 2 настоящей статьи предоставляется, по возможности, бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, и имеет целью обеспечение неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким образом, который приводит к наиболее полному, по возможности, вовлечению

ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка.

4. Государства-участники способствуют в духе международного сотрудничества обмену соответствующей информацией в области профилактического здравоохранения и медицинского, психологического и функционального лечения неполноценных детей, включая распространение информации о методах реабилитации, общеобразовательной и профессиональной подготовки, а также доступ к этой информации, с тем чтобы позволить государствам-участникам улучшить свои возможности и знания и расширить свой опыт в этой области. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

Статья 24

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

- а) снижения уровней смертности младенцев и детской смертности;
- б) обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи;
- в) борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем, среди прочего, применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды;
- г) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды;
- е) обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах

грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждении несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний;

г) развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.

3. Государства-участники принимают любые эффективные и необходимые меры с целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей.

4. Государства-участники обязуются поощрять международное сотрудничество и развивать его с целью постепенного достижения полного осуществления права, признаваемого в настоящей статье. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

Статья 25

Государства-участники признают право ребенка, помещенного компетентными органами на попечение с целью ухода за ним, его защиты или физического либо психического лечения, на периодическую оценку лечения, предоставляемого ребенку, и всех других условий, связанных с таким попечением о ребенке.

Статья 26

1. Государства-участники признают за каждым ребенком право пользоваться благами социального обеспечения, включая социальное страхование, и принимают необходимые меры для достижения полного осуществления этого права в соответствии с их национальным законодательством.

2. Эти блага по мере необходимости предоставляются с учетом имеющихся ресурсов и возможностей ребенка и лиц, несущих ответственность за содержание ребенка, а также любых соображений, связанных с получением благ ребенком или от его имени.

Статья 27

1. Государства-участники признают право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития ребенка.

2. Родитель(и) или другие лица, воспитывающие ребенка, несут основную ответственность за обеспечение в пределах своих способностей и финансовых возможностей условий жизни, необходимых для развития ребенка.

3. Государства-участники в соответствии с национальными условиями и в пределах своих возможностей принимают необходимые меры по оказанию помощи родителям и другим лицам, воспитывающим детей, в осуществлении этого права и, в случае необходимости, оказывают материальную помощь и поддерживают программы, особенно в отношении обеспечения питанием, одеждой и жильем.

4. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения восстановления содержания ребенка родителями или другими лицами, несущими финансовую ответственность за ребенка, как внутри государства-участника, так и из-за рубежа. В частности, если лицо, несущее финансовую ответственность за ребенка, и ребенок проживают в разных государствах, государства-участники способствуют присоединению к международным соглашениям или заключению таких соглашений, а также достижению других соответствующих договоренностей.

Статья 28

1. Государства-участники признают право ребенка на образование, и с целью постепенного достижения осуществления этого права на основе равных возможностей они, в частности:

- а) вводят бесплатное и обязательное начальное образование;
- б) поощряют развитие различных форм среднего образования, как общего, так и профессионального, обеспечивают его доступность для всех детей и принимают такие необходимые меры, как введение бесплатного образования и предоставление в случае необходимости финансовой помощи;
- в) обеспечивают доступность высшего образования для всех на основе способностей каждого с помощью всех необходимых средств;
- д) обеспечивают доступность информации и материалов в области образования и профессиональной подготовки для всех детей;

е) принимают меры по содействию регулярному посещению школ и снижению числа учащихся, покинувших школу.

2. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения того, чтобы школьная дисциплина поддерживалась с помощью методов, отражающих уважение человеческого достоинства ребенка и в соответствии с настоящей Конвенцией.

3. Государства-участники поощряют и развивают международное сотрудничество по вопросам, касающимся образования, в частности, с целью содействия ликвидации невежества и неграмотности во всем мире и облегчения доступа к научно-техническим знаниям и современным методам обучения. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

Статья 29

1. Государства-участники соглашаются в том, что образование ребенка должно быть направлено на:

а) развитие личности, талантов и умственных и физических способностей ребенка в их самом полном объеме;

б) воспитание уважения к правам человека и основным свободам, а также принципам, провозглашенным в Уставе Организации Объединенных Наций;

с) воспитание уважения к родителям ребенка, его культурной самобытности, языку и ценностям, к национальным ценностям страны, в которой ребенок проживает, страны его происхождения и к цивилизациям, отличным от его собственной;

д) подготовку ребенка к сознательной жизни в свободном обществе в духе понимания, мира, терпимости, равноправия мужчин и женщин и дружбы между всеми народами, этническими, национальными и религиозными группами, а также лицами из числа коренного населения;

е) воспитание уважения к окружающей природе.

2. Никакая часть настоящей статьи или статьи 28 не толкуется как ограничивающая свободу отдельных лиц и органов создавать учебные заведения и руководить ими при условии постоянного соблюдения принципов, изложенных в пункте 1 настоящей статьи,

и выполнения требования о том, чтобы образование, даваемое в таких учебных заведениях, соответствовало минимальным нормам, которые могут быть установлены государством.

Статья 30

В тех государствах, где существуют этнические, религиозные или языковые меньшинства или лица из числа коренного населения, ребенку, принадлежащему к таким меньшинствам или коренному населению, не может быть отказано в праве совместно с другими членами своей группы пользоваться своей культурой, исповедовать свою религию и исполнять ее обряды, а также пользоваться родным языком.

Статья 31

1. Государства-участники признают право ребенка на отдых и досуг, право участвовать в играх и развлекательных мероприятиях, соответствующих его возрасту, и свободно участвовать в культурной жизни и заниматься искусством.

2. Государства-участники уважают и поощряют право ребенка на всестороннее участие в культурной и творческой жизни и содействуют предоставлению соответствующих и равных возможностей для культурной и творческой деятельности, досуга и отдыха.

Статья 32

1. Государства-участники признают право ребенка на защиту от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием в получении им образования, либо наносить ущерб его здоровью и физическому, умственному, духовному, моральному и социальному развитию.

2. Государства-участники принимают законодательные, административные и социальные меры, а также меры в области образования, с тем чтобы обеспечить осуществление настоящей статьи. В этих целях, руководствуясь соответствующими положениями других международных документов, государства-участники, в частности:

а) устанавливают минимальный возраст или минимальные возрасты для приема на работу;

б) определяют необходимые требования о продолжительности рабочего дня и условиях труда;

с) предусматривают соответствующие виды наказания или другие санкции для обеспечения эффективного осуществления настоящей статьи.

Статья 33

Государства-участники принимают все необходимые меры, включая законодательные, административные и социальные меры, а также меры в области образования, с тем чтобы защитить детей от незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ, как они определены в соответствующих международных договорах, и не допустить использования детей в противозаконном производстве таких веществ и торговле ими.

Статья 34

Государства-участники обязуются защищать ребенка от всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального совращения. В этих целях государства-участники, в частности, принимают на национальном, двустороннем и многостороннем уровнях все необходимые меры для предотвращения:

а) склонения или принуждения ребенка к любой незаконной сексуальной деятельности;

б) использования в целях эксплуатации детей в проституции или в другой незаконной сексуальной практике;

с) использования в целях эксплуатации детей в порнографии и порнографических материалах.

Статья 35

Государства-участники принимают на национальном, двустороннем и многостороннем уровнях все необходимые меры для предотвращения похищения детей, торговли детьми или их контрабанды в любых целях и в любой форме.

Статья 36

Государства-участники защищают ребенка от всех других форм эксплуатации, наносящих ущерб любому аспекту благосостояния ребенка.

Статья 37

Государства-участники обеспечивают, чтобы:

а) ни один ребенок не был подвергнут пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания. Ни смертная казнь, ни пожизненное тюремное заключение, не предусматривающее возможности освобождения, не назначаются за преступления, совершенные лицами моложе 18 лет;

б) ни один ребенок не был лишен свободы незаконным или произвольным образом. Арест, задержание или тюремное заключение ребенка осуществляются согласно закону и используются лишь в качестве крайней меры и в течение как можно более короткого соответствующего периода времени;

с) каждый лишенный свободы ребенок пользовался гуманным обращением и уважением неотъемлемого достоинства его личности с учетом потребностей лиц его возраста. В частности, каждый лишенный свободы ребенок должен быть отделен от взрослых, если только не считается, что в наилучших интересах ребенка этого делать не следует, и иметь право поддерживать связь со своей семьей путем переписки и свиданий, за исключением особых обстоятельств;

д) каждый лишенный свободы ребенок имел право на незамедлительный доступ к правовой и другой соответствующей помощи, а также право оспаривать законность лишения его свободы перед судом или другим компетентным, независимым и беспристрастным органом и право на безотлагательное принятие ими решения в отношении любого такого процессуального действия.

Статья 38

1. Государства-участники обязуются уважать нормы международного гуманитарного права, применимые к ним в случае вооруженных конфликтов и имеющие отношение к детям, и обеспечивать их соблюдение.

2. Государства-участники принимают все возможные меры для обеспечения того, чтобы лица, не достигшие 15-летнего возраста, не принимали прямого участия в военных действиях.

3. Государства-участники воздерживаются от призыва любого лица, не достигшего 15-летнего возраста, на службу в свои вооруженные силы. При вербовке из числа лиц, достигших 15-летнего возраста, но которым еще не исполнилось 18 лет, государства-участники стремятся отдавать предпочтение лицам более старшего возраста.

4. Согласно своим обязательствам по международному гуманитарному праву, связанным с защитой гражданского населения во время вооруженных конфликтов, государства-участники обязуются принимать все возможные меры с целью обеспечения защиты затрагиваемых вооруженным конфликтом детей и ухода за ними.

Статья 39

Государства-участники принимают все необходимые меры для того, чтобы содействовать физическому и психологическому восстановлению и социальной реинтеграции ребенка, являющегося жертвой: любых видов пренебрежения, эксплуатации или злоупотребления, пыток или любых других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, наказания или вооруженных конфликтов. Такое восстановление и реинтеграция должны осуществляться в условиях, обеспечивающих здоровье, самоуважение и достоинство ребенка.

Статья 40

1. Государства-участники признают право каждого ребенка, который, как считается, нарушил уголовное законодательство, обвиняется или признается виновным в его нарушении, на такое обращение, которое способствует развитию у ребенка чувства достоинства и значимости, укрепляет в нем уважение к правам человека и основным свободам других и при котором учитывается возраст ребенка и желательность содействия его реинтеграции и выполнению им полезной роли в обществе.

2. В этих целях и принимая во внимание соответствующие положения международных документов, государства-участники, в частности, обеспечивают, чтобы:

а) ни один ребенок не считался нарушившим уголовное законодательство, не обвинялся и не признавался виновным в его нарушении по причине действия или бездействия, которые не были запрещены национальным или международным правом во время их совершения;

б) каждый ребенок, который, как считается, нарушил уголовное законодательство или обвиняется в его нарушении, имел по меньшей мере следующие гарантии:

i) презумпция невиновности, пока его вина не будет доказана согласно закону;

ii) незамедлительное и непосредственное информирование его об обвинениях против него и, в случае необходимости, через его родителей или законных опекунов и получение правовой и другой необходимой помощи при подготовке и осуществлении своей защиты;

iii) безотлагательное принятие решения по рассматриваемому вопросу компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебным органом в ходе справедливого слушания в соответствии с законом в присутствии адвоката или другого соответствующего лица, и, если это не считается противоречащим наилучшим интересам ребенка, в частности, с учетом его возраста или положения его родителей или законных опекунов;

iv) свобода от принуждения к даче свидетельских показаний или признанию вины; изучение показаний свидетелей обвинения либо самостоятельно, либо при помощи других лиц и обеспечение равноправного участия свидетелей защиты и изучения их показаний;

v) если считается, что ребенок нарушил уголовное законодательство, повторное рассмотрение вышестоящим компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебным органом согласно закону соответствующего решения и любых принятых в этой связи мер;

vi) бесплатная помощь переводчика, если ребенок не понимает используемого языка или не говорит на нем;

vii) полное уважение его личной жизни на всех стадиях разбирательства.

3. Государства-участники стремятся содействовать установлению законов, процедур, органов и учреждений, имеющих непосредственное отношение к детям, которые, как считается, нарушили уголовное законодательство, обвиняются или признаются виновными в его нарушении, и в частности:

а) установлению минимального возраста, ниже которого дети считаются неспособными нарушить уголовное законодательство;

б) в случае необходимости и желательности, принятию мер по обращению с такими детьми без использования судебного разбирательства при условии полного соблюдения прав человека и правовых гарантий.

4. Необходимо наличие таких различных мероприятий, как уход, положение об опеке и надзоре, консультативные услуги, назначение испытательного срока, воспитание, программы обучения и профессиональной подготовки и другие формы ухода, заменяющие уход в учреждениях, с целью обеспечения такого обращения с ребенком, которое соответствовало бы его благосостоянию, а также его положению и характеру преступления.

Статья 41

Ничто в настоящей Конвенции не затрагивает любых положений, которые в большей степени способствуют осуществлению прав ребенка и могут содержаться:

- а) в законе государства-участника; или
- б) в нормах международного права, действующих в отношении данного государства.

Часть II

Статья 42

Государства-участники обязуются, используя надлежащие и действенные средства, широко информировать о принципах и положениях Конвенции как взрослых, так и детей.

Статья 43

1. В целях рассмотрения прогресса, достигнутого государствами-участниками в выполнении обязательств, принятых в соответствии с настоящей Конвенцией, учреждается Комитет по правам ребенка, который выполняет функции, предусматриваемые ниже.

2. Комитет состоит из десяти экспертов, обладающих высокими нравственными качествами и признанной компетентностью в области, охватываемой настоящей Конвенцией. Члены Комитета избираются государствами-участниками из числа своих граждан

и выступают в личном качестве, причем уделяется внимание справедливому географическому распределению, а также главным правовым системам.

3. Члены Комитета избираются тайным голосованием из числа внесенных в список лиц, выдвинутых государствами-участниками. Каждое государство-участник может выдвинуть одно лицо из числа своих граждан.

4. Первоначальные выборы в Комитет проводятся не позднее, чем через шесть месяцев со дня вступления в силу настоящей Конвенции, а впоследствии – один раз в два года. По крайней мере за четыре месяца до дня каждых выборов Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций обращается к государствам-участникам с письмом, предлагая им представить свои кандидатуры в течение двух месяцев. Затем Генеральный секретарь составляет в алфавитном порядке список всех выдвинутых таким образом лиц с указанием государств-участников, которые выдвинули этих лиц, и представляет этот список государствам-участникам настоящей Конвенции.

5. Выборы проводятся на совещаниях государств-участников, созываемых Генеральным секретарем в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций. На этих совещаниях, на которых две трети государств-участников составляют кворум, избранными в состав Комитета являются те кандидаты, которые получили наибольшее число голосов и абсолютное большинство голосов присутствующих и участвующих в голосовании представителей государств-участников.

6. Члены Комитета избираются на четырехлетний срок. Они имеют право быть переизбранными в случае повторного выдвижения их кандидатур. Срок полномочий пяти членов, избираемых на первых выборах, истекает в конце двухлетнего периода; немедленно после первых выборов имена этих пяти членов определяются по жребию Председателем совещания.

7. В случае смерти или выхода в отставку какого-либо члена Комитета или если он или она по какой-либо иной причине не может более исполнять обязанности члена Комитета, государство-участник, выдвинувшее данного члена Комитета, назначает другого эксперта из числа своих граждан на оставшийся срок при условии одобрения Комитетом.

8. Комитет устанавливает свои собственные правила процедуры.

9. Комитет избирает своих должностных лиц на двухлетний срок.

10. Сессии Комитета, как правило, проводятся в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций или в любом ином подходящем месте, определенном Комитетом. Комитет, как правило, проводит свои сессии ежегодно. Продолжительность сессии Комитета определяется и при необходимости пересматривается на совещании государств – участников настоящей Конвенции при условии одобрения Генеральной Ассамблеей.

11. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций предоставляет персонал и материальные средства для эффективного осуществления Комитетом своих функций в соответствии с настоящей Конвенцией.

12. Члены Комитета, учрежденного в соответствии с настоящей Конвенцией, получают утверждаемое Генеральной Ассамблеей вознаграждение из средств Организации Объединенных Наций в порядке и на условиях, устанавливаемых Генеральной Ассамблеей.

Статья 44

1. Государства-участники обязуются предоставлять Комитету через Генерального секретаря Организации Объединенных Наций доклады о принятых ими мерах по закреплению признанных в Конвенции прав и о прогрессе, достигнутом в осуществлении этих прав:

а) в течение двух лет после вступления Конвенции в силу для соответствующего государства-участника;

б) впоследствии через каждые пять лет.

2. В докладах, представляемых в соответствии с настоящей статьей, указываются факторы и затруднения, если таковые имеются, влияющие на степень выполнения обязательств по настоящей Конвенции. Доклады также содержат достаточную информацию, с тем чтобы обеспечить Комитету полное понимание действий Конвенции в данной стране.

3. Государству-участнику, представившему Комитету всесторонний первоначальный доклад, нет необходимости повторять в последующих докладах, представляемых в соответствии с пунктом 1 в настоящей статьи, ранее изложенную основную информацию.

4. Комитет может запрашивать у государств-участников дополнительную информацию, касающуюся осуществления настоящей Конвенции.

5. Доклады о деятельности Комитета один раз в два года представляются Генеральной Ассамблее через посредство Экономического и Социального Совета.

6. Государства-участники обеспечивают широкую гласность своих докладов в своих собственных странах.

Статья 45

С целью способствовать эффективному осуществлению Конвенции и поощрять международное сотрудничество в области, охватываемой настоящей Конвенцией:

а) специализированные учреждения, Детский фонд Организации Объединенных Наций и другие органы Организации Объединенных Наций вправе быть представленными при рассмотрении вопросов об осуществлении таких положений настоящей Конвенции, которые входят в сферу их полномочий. Комитет может предложить специализированным учреждениям, Детскому фонду Организации Объединенных Наций и другим компетентным органам, когда он считает это целесообразным, представить заключение экспертов относительно осуществления Конвенции в тех областях, которые входят в сферу их соответствующих полномочий. Комитет может предложить специализированным учреждениям, Детскому фонду Организации Объединенных Наций и другим органам Организации Объединенных Наций представить доклады об осуществлении Конвенции в областях, входящих в сферу их деятельности;

б) Комитет препровождает, когда он считает это целесообразным, в специализированные учреждения, Детский фонд Организации Объединенных Наций и другие компетентные органы любые доклады государств-участников, в которых содержится просьба о технической консультации или помощи или указывается на потребность в этом, а также замечания и предложения Комитета, если таковые имеются, относительно таких просьб или указаний;

с) Комитет может рекомендовать Генеральной Ассамблее предложить Генеральному секретарю провести от ее имени исследования по отдельным вопросам, касающимся прав ребенка;

д) Комитет может вносить предложения и рекомендации общего характера, основанные на информации, получаемой в соответствии со статьями 44 и 45 настоящей Конвенции. Такие предложения и рекомендации общего характера препровождаются любому заинтересованному государству-участнику и сообщаются Генеральной Ассамблее наряду с замечаниями государств-участников, если таковые имеются.

Часть III

Статья 46

Настоящая Конвенция открыта для подписания ее всеми государствами.

Статья 47

Настоящая Конвенция подлежит ратификации. Ратификационные грамоты сдаются на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.

Статья 48

Настоящая Конвенция открыта для присоединения к ней любого государства. Документы о присоединении сдаются на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.

Статья 49

1. Настоящая Конвенция вступает в силу на тридцатый день после даты сдачи на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций двадцатой ратификационной грамоты или документа о присоединении.

2. Для каждого государства, которое ратифицирует настоящую Конвенцию или присоединяется к ней после сдачи на хранение двадцатой ратификационной грамоты или документа о присоединении, настоящая Конвенция вступает в силу на тридцатый день после сдачи таким государством на хранение его ратификационной грамоты или документа о присоединении.

Статья 50

1. Любое государство-участник может предложить поправку и представить ее Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций. Генеральный секретарь затем препровождает предложенную поправку государствам-участникам с просьбой указать, высказываются ли они за созыв конференции государств-участников с целью рассмотрения этих предложений и проведения по ним голосования. Если в течение четырех месяцев, начиная с даты такого сообщения, по крайней мере одна треть государств-участников высказается за такую конференцию, Генеральный секретарь созывает эту конференцию под эгидой Организации Объединенных Наций. Любая поправка, принятая большинством государств-участников, присутствующих и участвующих в голосовании на этой конференции, представляется Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций на утверждение.

2. Поправка, принятая в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи, вступает в силу по утверждении ее Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций и принятия ее большинством в две трети государств-участников.

3. Когда поправка вступает в силу, она становится обязательной для тех государств-участников, которые ее приняли, а для других государств-участников остаются обязательными положения настоящей Конвенции и любые предшествующие поправки, которые ими приняты.

Статья 51

1. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций получает и рассылает всем государствам текст оговорок, сделанных государствами в момент ратификации или присоединения.

2. Оговорка, не совместимая с целями и задачами настоящей Конвенции, не допускается.

3. Оговорки могут быть сняты в любое время путем соответствующего уведомления, направленного Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций, который затем сообщает об этом всем государствам. Такое уведомление вступает в силу со дня его получения Генеральным секретарем.

Статья 52

Любое государство-участник может денонсировать настоящую Конвенцию путем письменного уведомления Генерального секретаря Организации Объединенных Наций. Денонсация вступает в силу по истечении одного года после получения уведомления Генеральным секретарем.

Статья 53

Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций назначается депозитарием настоящей конвенции.

Статья 54

Подлинник настоящей Конвенции, английский, арабский, испанский, китайский, русский и французский тексты которой являются равно аутентичными, сдается на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций. В удостоверение чего нижеподписавшиеся полномочные представители, должным образом на то уполномоченные своими соответствующими правительствами, подписали настоящую Конвенцию.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ ОТ 21 МАРТА 2003 Г. № 113
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
ЗДОРОВЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

1. Введение в проблему. Обоснование необходимости разработки концепции

Анализ состояния проблемы охраны здоровья здоровых в Российской Федерации доказывает ее безусловную актуальность как фактора национальной безопасности и стратегической цели ответственного здравоохранения. Данная проблема возникла в результате критически низкого уровня состояния популяционного здоровья и особенно усилилась в связи с разразившимся демографическим кризисом, наряду с прогрессирующей нехваткой сил и средств для обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи все более возрастающему потоку больных людей.

Ожидание высокой эффективности реализации Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации основано на международном опыте внедрения профилактических программ и разработок, экономический эффект которых по данным ВОЗ достигает соотношения 1:8.

Экономическая целесообразность внедрения концепции определяется также методологией оздоровительных мероприятий, основанной на преимущественном применении немедикаментозных технологий и ограничении приема лекарств, высокие цены на которые делают их малодоступными для большей части населения.

Потребность в разработке данной концепции вызвана также низким уровнем развития культуры здоровья у населения и сохраняющимся в обществе потребительским отношением к здоровью. Нет личной ответственности в части его сохранения и укрепления у каждого конкретного индивида, низки гигиенические навыки. Остается высоким уровень загрязнения окружающей природной среды. Медленно улучшается санитарное состояние городов и населенных пунктов, их благоустройство.

Неудовлетворительно выполняются мероприятия, направленные на охрану здоровья работающих граждан. Не налажено полноценное обеспечение населения доброкачественными пищевыми продуктами и питьевой водой.

В последние 25–30 лет прогрессируют социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья населения (ди-задаптивные синдромы, социально-экологическое утомление и пере-утомление, стрессогенные заболевания).

Недостаточное внимание уделяется развитию системы обще-ственного здравоохранения, физической культуры и спорта, образо-ванию в области формирования культуры здоровья.

Идея создания массовой национальной системы оздоровления с выходом на индивидуальное самосознание, на образ жизни, на опе-ративный контроль за резервами здоровья, на формирование эконо-мической ценности здоровья, на систему самооздоровления и эффек-тивного применения здоровьесберегающих технологий – находится вне фокуса государственной политической доминанты.

Таким образом, потребность в разработке концепции охраны здо-ровья здоровых в Российской Федерации определяется следующими основными обстоятельствами:

- необходимостью создания основ устойчивого экономического и духовного развития России, обеспечения высокого качества жизни народа, укрепления и развития генофонда нации;

- необходимостью обеспечения здоровой, активной и творче-ской жизни населения как основной задачи государственной со-циальной политики;

- признанием роли здоровья населения как стратегического по-тенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и бла-гополучия общества;

- необходимостью ориентации на здоровье как социальное свой-ство личности, обеспечивающее в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие, обеспеченную старость;

- приданием здоровью полисистемного свойства, включающе-го: человека развивающегося, как источника интеллектуальных ре-сурсов нации; экономику как структуру реализации благополучия нации; экологию как совокупность необходимых физических и хи-мических условий окружающей среды; социальную политику как ме-ханизм регуляции приоритетов охраны здоровья здорового человека.

– необходимостью формирования культуры здоровья, раскрытия механизмов сохранения, формирования и укрепления здоровья в процессе индивидуального развития и реализации потенциала человека с учетом генетических, физиологических, психологических, интеллектуальных, генеративных функций.

Охрана и укрепление здоровья здоровых проводится в отношении граждан Российской Федерации, как абсолютно здоровых людей (5–7%), так и имеющих 1–2 заболевания в состоянии стойкой ремиссии (55–70%). Из числа последних наиболее многочисленна часть населения, имеющая дизадаптационные явления, состояние хронической усталости, явления утомления и переутомления, снижение умственной и физической работоспособности. Названные состояния при продолжающемся воздействии физических и социальных факторов с высокой вероятностью приводят к обострению основного заболевания, развитию сопутствующих. Настоящая концепция концентрирует и развивает указанные направления деятельности по охране и укреплению здоровья здорового населения, определяет основные направления развития экспресс-диагностики уровней здоровья, пути сохранения и увеличения функциональных резервов человека, принципы создания индивидуальных и популяционных систем оздоровительных технологий.

Концепция является основой для разработки комплекса мероприятий в области охраны и укрепления здоровья здорового населения, предусматривающих объединение усилий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций и самих граждан.

2. Цель и задачи Концепции

Целью Концепции охраны здоровья здорового человека в Российской Федерации (далее именуется Концепция) является создание системы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья людей, реализации потенциала здоровья для ведения активной производственной, социальной и личной жизни направленных на снижение преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней

продолжительности и качества жизни, улучшение демографической ситуации в стране.

Основными задачами Концепции являются:

- разработка перспективных и увеличение объема существующих оздоровительных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний;

- укрепление, сохранение здоровья, сокращение сроков восстановления здоровья (сниженных функциональных резервов) путем внедрения в практику здравоохранения современных методов экспресс диагностики и комплексных оздоровительных технологий с использованием всего арсенала немедикаментозных средств;

- развитие и сохранение трудового потенциала страны, реализация человеком своих способностей, формирование и сохранение профессионального здоровья, профессионального долголетия;

- увеличение продолжительности жизни населения за счет поддержания резервов здоровья и здоровьесберегающих технологий, путем сокращения заболеваемости и травматизма, предупреждения преждевременной и предотвратимой смертности, в первую очередь, в трудоспособных и детских возрастах;

- определение способностей, индивидуальности, формирование личности человека, мотивации к труду и здоровому образу жизни, уверенности в своем здоровье для достижения высоких результатов;

- обеспечение межведомственного и многоуровневого подходов в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта и отдыха населения, формирования здорового образа жизни.

3. Основные принципы реализации Концепции

В целях успешной реализации Концепции необходимо руководствоваться следующими принципами:

- доступность мероприятий по экспресс-оценке состояния здоровья и оздоровлению населения вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;

- приоритет оздоровительных и профилактических мер в области общественного здравоохранения;

- непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека;

- ответственность человека за свое здоровье и здоровье своих близких;
- реализация внутренней гармонии физического, психического, духовного состояния человека, а также гармонии с экологической и социальной средой;
- направленность на количественную оценку резервных возможностей организма и их коррекцию для реализации человеком потенциала здоровья;
- консолидация действий органов исполнительной власти всех уровней, организаций и граждан по формированию и реализации комплексных программ охраны здоровья здорового человека;
- многоуровневый подход к организации оздоровительных и профилактических мероприятий с учетом как общих потребностей населения страны в целом, так и специфических особенностей населения различных регионов, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп;
- единство всей системы охраны здоровья независимо от территориальных и ведомственных разграничений;
- единство медико-профилактической, оздоровительной и экономической эффективности системы охраны и укрепления здоровья здоровых.

4. Основные направления деятельности в области охраны здоровья здорового человека

Стратегия в области охраны здоровья здорового человека предусматривает право человека на здоровье, системное развитие здравоохранения, развитие межотраслевого сотрудничества в формировании и реализации потенциала здоровья человека.

Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья, самосознание ценности здоровья как фактора жизнестойкости, активного долголетия.

Наиболее приоритетным направлением является повышение уровня психофизического состояния здоровья, поддержание оптимальной работоспособности, качества жизни населения и достижения

индивидуумом генетически детерминированной продолжительности жизни, обеспечивающего в конечном итоге:

- потребность к более здоровому образу жизни;
- культурный, социальный и экономический мотив к сохранению и укреплению здоровья;
- профессионализм работающих;
- взаимодействие граждан с работодателями, страховыми компаниями и государственными структурами.

Приоритетными направлениями реализации Концепции в области стратегии являются:

- создание всеми доступными информационными, административными, финансовыми, правовыми средствами социально-нравственной доминанты в индивидуальном, коллективном сознании на ценность здоровья как национальную черту, как на личную ответственность перед собой, семьей и государством. Объектом воздействия является индивидуальное сознание, особенности ведущих черт личности, моральные ценности, групповые пристрастия, здоровые мотивы и потребности, родительская любовь, стремление к самодостаточности, здоровый эгоцентризм, традиции, обычаи, ритуалы, привычки, патриотический менталитет в образе жизни цивилизованной страны;

- поддержание творческой и трудовой активности как нормативной силы общества;

- организация культуры образа жизни для воспроизводства здоровья;
- поддержание социального статуса семьи как источника сохранения генофонда;

- приоритетность в сохранении профессионализма как результат здоровья;

- создание программ «здоровье нации» путем приоритетов страховой, налоговой политики, экономического регулирования финансового обеспечения образования, медицины, культуры.

В экономике:

- придание здоровью ценности человека в достижении экономических целей, поставленных работодателями. Здоровый человек как экономическая единица – это высокая работоспособность,

психическая выносливость, социальная устремленность к исполнению профессиональных обязанностей. Здоровье – это природная база профессионального долголетия, которая напрямую зависит от соответствия культуры образа жизни требованиям профессии, от уровня научно-обоснованных норм труда, поддерживающих психофизиологический потенциал и способности к конкретному виду труда.

Основное содержание экономической политики – работодатель и наемный рабочий в равной степени несут ответственность за здоровье, только работодатель больше за общественное здоровье, а наемный рабочий – за индивидуальное.

В области восстановительной и профилактической медицины:

Субъектом становится преимущественно не больной, а здоровый человек. В условиях рыночной экономики восстановительная и профилактическая медицина приобретает статус производственной отрасли, т.е. ее функция – воспроизводство трудового ресурса нации, развития здоровья, профессионального долголетия, безопасности труда, уменьшения потока больных. В случае снижения функциональных резервов приоритетными становятся: ранняя диагностика текущего состояния и уровней здоровья, комплексное и эффективное оздоровление и полное восстановление трудоспособности человека.

Концепция направлена на все слои населения и включает следующие приоритеты:

– Обеспечение здоровья детей: новорожденных, детей младшего и школьного возраста, что обеспечит им более здоровое начало жизни. Риск развития врожденных аномалий у детей на четверть обусловлены генетическими отклонениями и условиями среды, важным фактором становится злоупотребление матери алкоголем и наркотиками. Основными причинами смерти детей первого года жизни являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде и врожденные аномалии. Среди детей старше 1 года – болезни органов дыхания, в т.ч. пневмонии, внешние причины. Смерть от внешних причин во многом зависит от социального статуса семьи, образа жизни родителей. Кроме того, от образа жизни зависит потенциальная опасность ВИЧ-инфицирования и наркотической зависимости новорожденного.

– Здоровье молодежи. Молодежь должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе. Необходимо учитывать, что в подростковом возрасте закладывается отношение к питанию, физкультуре, курению, формируется образ жизни, сексуальное поведение и одновременно проявляются факторы риска хронических заболеваний старшего возраста. Резко изменяется структура угроз здоровью, включающих алкоголь и наркотики, правонарушения, групповое насилие и нежелательную беременность. Особого внимания заслуживает репродуктивное здоровье женщин и качество потомства, для достижения которого наиболее значимо: грамотное планирование семьи, включая предотвращение нежелательной беременности, обеспечение безопасного материнства, профилактика детской инвалидности.

– Укрепление здоровья работоспособного населения. Значительное и устойчивое сокращение числа травм, случаев инвалидности и смерти в результате несчастных случаев и актов насилия, отравлений и травм, основных неинфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения). Именно в этом возрасте разница в смертности российского населения и населения развитых стран максимальна.

– Сохранение здоровья в пожилом возрасте. Люди в возрасте старше 60 лет должны иметь возможность полностью реализовать имеющийся у них потенциал в отношении собственного здоровья и выполнять активную социальную роль в обществе. Для пожилых людей особую значимость представляет увеличение сроков жизни, свободной от инвалидности, в таком состоянии здоровья, которое позволяет сохранять независимость, самоуважение и свое место в обществе.

Важным направлением в реализации Концепции является совершенствование законодательства Российской Федерации.

Законодательного обеспечения требует экономическая стратегия, способствующая развитию программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Законодательством должно также предусматриваться создание благоприятных экономических условий для организаций, реализующих программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний

среди работников, а также для инвесторов, направляющих свои средства на улучшение социальных условий и состояния окружающей среды, способствующих здоровому образу жизни.

Назрела необходимость принятия решений о проведении структурных и организационных, преобразований в системе здравоохранения с целью проведения предупредительных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения и профилактику заболеваний. В этой связи приоритетным направлением реализации концепции является создание соответствующей службы в системе здравоохранении, включая все необходимые ее составляющие: структуру профильных организаций и подразделений, табель оснащения, ресурсные обеспечения, подготовку кадров, порядок финансирования, взаимодействия со страховыми компаниями, преемственность с другими службами и организациями. Основным социальным механизмом, обеспечивающим успех охраны здоровья является нормативно-правовая база в области охраны здоровья. Созидательная суть законов, норм, прав регламентирующих, охрану здоровья работающих граждан, основывается на принципах медицины труда и сводится к формированию у работодателя отношения к здоровью работника как экономическому механизму повышения результативности и качества труда, снижению затрат на лечение и штрафы за нарушение стандартов охраны здоровья, которые должны предусматривать:

- стандарты к профессиональному здоровью работника (в первую очередь, для профессий с особо вредными условиями, для опасных профессий);
- стандарты, нормативы к условиям труда, средствам труда, среде обитания, регулирующие взаимоотношения наемного работника с работодателями;
- закон, определяющий правовые взаимодействия работодателя для любого вида собственности и работника в случае утраты здоровья, полученного увечья, болезни, в том числе экологически обусловленной;
- отбор лиц, работающих во вредных и опасных профессиях, нормативный уровень их обеспечения техническими средствами защиты, жизнеобеспечения, спасения.

5. Механизм реализации Концепции

Реализация стратегии охраны здоровья здорового человека может быть достигнута путем:

- создания здоровой и безопасной экологической среды дома и на работе;
- обеспечения более здорового образа жизни;
- уменьшения ущерба, причиняемого употреблением алкоголя, табакокурением, вызывающими зависимость средствами;
- создания методологии формирования установки населения на здоровье как высшую ценность;
- разработки и внедрения системы самооценки уровня здоровья и самооздоровления человека;
- определение и использование психофизиологических, интеллектуальных возможностей человека выбранной профессии, требованиям которые предъявляют условия и характер труда;
- формирования сети Центров здоровья, кабинетов оздоровления в лечебно-профилактических учреждениях, в том числе в Цentraх, отделениях, кабинетах медицинской профилактики и санаторно-курортных учреждениях, в учебных заведениях, в организациях;
- совершенствования информационной системы, обеспечивающей население современными знаниями в вопросах охраны репродуктивного здоровья, сексуального и репродуктивного поведения, использования современных средств контрацепции;
- внедрения современной системы подготовки детей, подростков и молодежи к семейной жизни, нравственного воспитания, консультирование по вопросам профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, формирование сексуальной культуры в обществе в единой системе санитарно-гигиенического воспитания населения;
- создания условий для духовно-нравственного воспитания, интеллектуального, творческого и физического развития молодежи, реализации ее научно-технического и творческого потенциала;
- формирования у молодежи активной жизненной позиции, реализация программ содействия социальной адаптации и повышения конкурентоспособности молодежи на рынке труда, занятости и профориентации;

– проведения добровольной массовой аппаратурной скрининг-диагностики для определения уровня здоровья, оценки функциональных резервов, выявления скрытой патологии в учебных заведениях, на производстве, турбазах, пансионатах, домах отдыха, санаториях, в местах массового отдыха населения;

– разработки учебно-образовательных программ о здоровье для телевидения, популярных кинофильмов, компакт-дисков, курсов здоровья и т.д.;

– создания аудио-визуальных образов – матриц аудио- и видео клипов, постеров, плакатов и другой рекламной и пропагандистской продукции, формирующей в массовом сознании установки на идеал здорового человека, стандарт здоровья, формирование культуры здоровья, выполнение оздоровительных программ, здоровый образ жизни;

– формирования всеми доступными средствами рекламы и пропаганды (телевидение, радио, печатные средства массовой информации, носители наружной рекламы, рекламная и пропагандистская полиграфическая продукция) мотивации на идеал здорового человека;

– разработки образовательного стандарта и подготовки медицинского персонала по охране здоровья здоровых, а также разработка учебно-методических пособий для общеобразовательных учебных заведений по укреплению здоровья, здоровому образу жизни, профилактике социально значимых заболеваний, отказа от вредных привычек;

– разработки средств оперативного медицинского контроля за лицами, занимающимися спортом, участвующими в физкультурно-оздоровительных программах на предприятиях, в коммерческих структурах, в сочетании с информационным межведомственным обеспечением;

– взаимодействия о структурами медицинского и социального страхования и внедрения системы страхования здоровья («ренты-здоровья»);

– обеспечения качества и безопасности продуктов, улучшения структуры питания;

– формирования потребности к природным здоровьесберегающим технологиям, организации здорового досуга и оздоровительных клубов по интересам, развития системы физической культуры и оздоровительного туризма;

- формирования средств и методов развития духовного здоровья;
- создания паспорта здоровья человека, включающего риск развития наиболее часто встречающихся заболеваний, оценку функциональных резервов соматического, биоэнергетического и психологического статуса, степень физического развития, уровень мотивации человека на сохранение и укрепление здоровья, определение обратимости выявленных изменений в состоянии здоровья;

- проведения мониторинга здоровья для создание банка данных о динамике индивидуального и популяционного здоровья, получение оперативных, долгосрочных данных о психическом и физическом состоянии нации, ее интеллектуальном психофизиологическом потенциале и духовной ориентации;

- разработки и обоснования корректирующих технологий омоложения и активного долголетия;

- разработки и внедрения методологии оценки экологической нагрузки на человека дома и на работе, разработки технологий оптимизации экологической обстановки, определения суммарной экологической нагрузки на рабочем месте, по дороге на работу и с работы, в быту (вода, воздух, продукты питания);

- внедрения развлекательно-оздоровительных технологий в сфере детского, молодежного, семейного отдыха, досуга, творческого развития.

Стратегической основой в методологии Концепции является индивидуальный подход к оценке и коррекции здоровья человеку пока он здоров и в наибольшей мере способен к реализации своего физического и интеллектуального потенциала.

Для реализации Концепции с учетом межотраслевого участия и ответственности за охрану и укрепление здоровья здоровых должно обеспечиваться управление преобразованиями и регулирование в интересах здорового населения необходимо:

- обеспечение информационной поддержки по вопросам сохранения, формирования, укрепления и восстановления здоровья;

- привлечение партнеров по деятельности в интересах здоровья здоровых на всех уровнях: человек, семья, школа, место работы, населенный пункт, регион, государство;

- принятие и проведение в жизнь политики и стратегии по охране и укреплению здоровья здоровых.

Приоритетными направлениями в области научных исследований должны стать:

- формирование стратегии охраны и укрепления здоровья населения, разработка научных основ реализации индивидуального потенциала здоровья человека на протяжении жизни как основы предупреждения заболеваний;

- получение на основе фундаментальных исследований новых и углубление имеющихся знаний о здоровом и больном организме человека, его жизнедеятельности и индивидуальных механизмов адаптации к условиям окружающей физической и социальной среды;

- разработка новых методов экспресс-диагностики и коррекции сниженных резервов организма, восстановления утраченного здоровья, увеличения продолжительности периода активной жизни человека;

- разработка новых схем организации медицинской помощи и управления здравоохранением.

Основной механизм реализации Концепции предполагает объединение усилий государства и общества, а также координацию действий органов власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях в целях разработки и реализации мероприятий, в том числе федеральных, отраслевых и региональных целевых программ, направленных на решение основных задач, сформулированных в Концепции.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН 24 ИЮЛЯ 1998 ГОДА № 124-ФЗ
«ОБ ОСНОВНЫХ ГАРАНТИЯХ ПРАВ РЕБЕНКА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Настоящий Федеральный закон устанавливает основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, в целях создания правовых, социально-экономических условий для реализации прав и законных интересов ребенка.

Государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности.

Глава I. Общие положения

Статья 1. Понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие понятия:

ребенок – лицо до достижения им возраста 18 лет (совершеннолетия);
дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, – дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды;

дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии;

дети – жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий;

дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях;

дети – жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях;

дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа);

дети, проживающие в малоимущих семьях;

дети с отклонениями в поведении;

дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи;

социальная адаптация ребенка – процесс активного приспособления ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, а также процесс преодоления последствий психологической или моральной травмы;

социальная реабилитация ребенка – мероприятия по восстановлению утраченных ребенком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нем;

социальные службы для детей – организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющие мероприятия по социальному обслуживанию детей (социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, медицинских, психолого-педагогических, правовых услуг и материальной помощи, организации обеспечения отдыха и оздоровления, социальной реабилитации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, обеспечению занятости таких детей по достижении ими трудоспособного возраста), а также граждане, осуществляющие без образования юридического лица предпринимательскую деятельность по социальному обслуживанию населения, в том числе детей;

социальная инфраструктура для детей – система объектов (зданий, строений, сооружений), необходимых для жизнеобеспечения детей, а также организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, которые оказывают социальные услуги населению, в том числе детям, и деятельность которых осуществляется в целях обеспечения полноценной жизни, охраны здоровья, образования, отдыха и оздоровления, развития детей, удовлетворения их общественных потребностей;

отдых детей и их оздоровление – совокупность мероприятий, обеспечивающих развитие творческого потенциала детей, охрану и укрепление их здоровья, профилактику заболеваний у детей, занятие их физической культурой, спортом и туризмом, формирование

у детей навыков здорового образа жизни, соблюдение ими режима питания и жизнедеятельности в благоприятной окружающей среде при выполнении санитарно-гигиенических и санитарно-эпидемиологических требований;

организации отдыха детей и их оздоровления – детские оздоровительные лагеря (загородные оздоровительные лагеря, лагеря дневного пребывания и другие), специализированные (профильные) лагеря (спортивно-оздоровительные лагеря, оборонно-спортивные лагеря, туристические лагеря, лагеря труда и отдыха, эколого-биологические лагеря, технические лагеря, краеведческие и другие лагеря), оздоровительные центры, базы и комплексы, иные организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, основная деятельность которых направлена на реализацию услуг по обеспечению отдыха детей и их оздоровления;

ночное время – время с 22 до 6 часов местного времени;

торговля детьми – купля-продажа несовершеннолетнего, иные сделки в отношении несовершеннолетнего, а равно совершенные в целях его эксплуатации вербовка, перевозка, передача, укрывательство или получение;

эксплуатация детей – использование занятия проституцией несовершеннолетними и иные формы их сексуальной эксплуатации, рабский труд (услуги) несовершеннолетних, подневольное состояние несовершеннолетних, незаконное изъятие у несовершеннолетних органов и (или) тканей, незаконное усыновление (удочерение) несовершеннолетнего из корыстных побуждений;

жертва торговли детьми и (или) эксплуатации детей – несовершеннолетний, пострадавший от торговли детьми и (или) эксплуатации детей, в том числе вовлеченный в торговлю детьми и (или) подвергаемый эксплуатации независимо от наличия или отсутствия его согласия на осуществление действий, связанных с торговлей детьми и (или) эксплуатацией детей.

Статья 2. Отношения, регулируемые настоящим Федеральным законом

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с реализацией основных гарантий прав и законных интересов ребенка в Российской Федерации.

Статья 3. Законодательство Российской Федерации об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации

Законодательство Российской Федерации об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, соответствующих федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации в области защиты прав и законных интересов ребенка.

Статья 4. Цели государственной политики в интересах детей

1. Целями государственной политики в интересах детей являются: осуществление прав детей, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, недопущение их дискриминации, упрочение основных гарантий прав и законных интересов детей, а также восстановление их прав в случаях нарушений; формирование правовых основ гарантий прав ребенка; содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей, воспитанию в них патриотизма и гражданственности, а также реализации личности ребенка в интересах общества и в соответствии с не противоречащими Конституции Российской Федерации и федеральному законодательству традициями народов Российской Федерации, достижениями российской и мировой культуры; защита детей от факторов, негативно влияющих на их физическое, интеллектуальное, психическое, духовное и нравственное развитие.

2. Государственная политика в интересах детей является приоритетной и основана на следующих принципах:

законодательное обеспечение прав ребенка;

поддержка семьи в целях обеспечения обучения, воспитания, отдыха и оздоровления детей, защиты их прав, подготовки их к полноценной жизни в обществе;

ответственность юридических лиц, должностных лиц, граждан за нарушение прав и законных интересов ребенка, причинение ему вреда;

поддержка общественных объединений и иных организаций, осуществляющих деятельность по защите прав и законных интересов ребенка.

Статья 5. Полномочия органов государственной власти Российской Федерации и органов государственной власти субъектов Российской Федерации на осуществление гарантий прав ребенка в Российской Федерации

1. К полномочиям органов государственной власти Российской Федерации на осуществление гарантий прав ребенка в Российской Федерации относятся:

- установление основ федеральной политики в интересах детей;
- выбор приоритетных направлений деятельности по обеспечению прав и законных интересов ребенка, охраны его здоровья и нравственности;
- формирование и реализация федеральных целевых программ защиты прав ребенка и поддержки детства и определение ответственных за исполнение таких программ органов, учреждений и организаций;
- установление порядка судебной защиты и судебная защита прав и законных интересов ребенка;
- исполнение международных обязательств Российской Федерации и представительство интересов Российской Федерации в международных организациях по вопросам защиты прав ребенка.

2. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации на осуществление гарантий прав ребенка в Российской Федерации относятся реализация государственной политики в интересах детей, решение вопросов социальной поддержки и социального обслуживания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (за исключением детей, обучающихся в федеральных государственных образовательных организациях), безнадзорных детей, детей-инвалидов, организация и обеспечение отдыха и оздоровления детей (за исключением организации отдыха детей в каникулярное время).

Глава II. Основные направления обеспечения прав ребенка в Российской Федерации

Статья 6. Законодательные гарантии прав ребенка в Российской Федерации

Ребенку от рождения принадлежат и гарантируются государством права и свободы человека и гражданина в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами

и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации, настоящим Федеральным законом, Семейным кодексом Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Статья 7. Содействие ребенку в реализации и защите его прав и законных интересов

1. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, должностные лица указанных органов в соответствии со своей компетенцией содействуют ребенку в реализации и защите его прав и законных интересов с учетом возраста ребенка и в пределах установленного законодательством Российской Федерации объема дееспособности ребенка посредством принятия соответствующих нормативных правовых актов, проведения методической, информационной и иной работы с ребенком по разъяснению его прав и обязанностей, порядка защиты прав, установленных законодательством Российской Федерации, а также посредством поощрения исполнения ребенком обязанностей, поддержки практики правоприменения в области защиты прав и законных интересов ребенка.

2. Родители ребенка (лица, их заменяющие) содействуют ему в осуществлении самостоятельных действий, направленных на реализацию и защиту его прав и законных интересов, с учетом возраста ребенка и в пределах установленного законодательством Российской Федерации объема дееспособности ребенка.

3. Педагогические, медицинские, социальные работники, психологи и другие специалисты, которые осуществляют функции по воспитанию, обучению, охране здоровья, социальной поддержке и социальному обслуживанию ребенка, содействию его социальной адаптации, социальной реабилитации, могут участвовать в установленном законодательством Российской Федерации порядке в мероприятиях по обеспечению защиты прав и законных интересов ребенка в государственных органах и органах местного самоуправления.

4. Общественные объединения (организации) и иные некоммерческие организации могут осуществлять деятельность по подготовке ребенка к реализации им своих прав и исполнению обязанностей.

Статья 9. Меры по защите прав ребенка при осуществлении деятельности в области его образования

1. При осуществлении деятельности в области образования ребенка в семье или в организации, осуществляющей образовательную деятельность, не могут ущемляться права ребенка.

2. Органы управления организациями, осуществляющими образовательную деятельность, не вправе препятствовать созданию по инициативе обучающихся в возрасте старше восьми лет общественных объединений обучающихся, за исключением детских общественных объединений, учреждаемых либо создаваемых политическими партиями, детских религиозных организаций.

3. Обучающиеся организаций, осуществляющих образовательную деятельность, за исключением обучающихся по образовательным программам дошкольного и начального общего образования, вправе самостоятельно или через своих выборных представителей обращаться в комиссию по урегулированию споров между участниками образовательных отношений.

Статья 10. Обеспечение прав детей на охрану здоровья

В целях обеспечения прав детей на охрану здоровья, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения осуществляются мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи, предусматривающей профилактику заболевания, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, в том числе диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями, и санаторно-курортное лечение детей.

Статья 11. Защита прав и законных интересов детей в сфере профессиональной ориентации, профессионального обучения и занятости

1. В соответствии с законодательством Российской Федерации органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляют мероприятия по обеспечению профессиональной ориентации, профессионального обучения детей, достигших возраста 14 лет.

2. В случае приема на работу детей, достигших возраста 15 лет, им гарантируются вознаграждение за труд, охрана труда, сокращенное рабочее время, отпуск. Работникам моложе 18 лет предоставляются льготы при совмещении работы с обучением, проведении ежегодного обязательного медицинского осмотра, квотировании рабочих мест для трудоустройства, расторжении трудового договора (контракта) и другие льготы, установленные законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Защита прав детей на отдых и оздоровление

1. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в пределах своих полномочий осуществляют мероприятия по обеспечению прав детей на отдых и оздоровление, сохранению и развитию учреждений, деятельность которых направлена на отдых и оздоровление детей. Органы государственной власти Российской Федерации могут осуществлять дополнительное финансирование мероприятий по обеспечению прав детей на отдых и оздоровление.

Статья 13. Защита прав и законных интересов ребенка при формировании социальной инфраструктуры для детей

1. Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации при принятии решений по вопросам социально-экономического развития соответствующих территорий учитывают нормативы строительства объектов социальной инфраструктуры для детей. Такие нормативы устанавливаются Правительством Российской Федерации и применяются с учетом региональных различий, традиций народов Российской Федерации, если иное не установлено законодательством соответствующего субъекта Российской Федерации.

2. Принятие федеральным органом исполнительной власти, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления решения о реконструкции, модернизации, об изменении назначения или о ликвидации объекта социальной инфраструктуры для детей, являющегося государственной

и (или) муниципальной собственностью, а также о реорганизации или ликвидации государственных организаций, муниципальных организаций, образующих социальную инфраструктуру для детей, допускается на основании положительного заключения комиссии по оценке последствий такого решения для обеспечения жизнедеятельности, образования, развития, отдыха и оздоровления детей, оказания им медицинской помощи, профилактики заболеваний у детей, их социальной защиты и социального обслуживания.

Порядок проведения оценки последствий принятия решения о реконструкции, модернизации, об изменении назначения или о ликвидации объекта социальной инфраструктуры для детей, являющегося федеральной государственной собственностью, а также о реорганизации или ликвидации федеральных государственных организаций, образующих социальную инфраструктуру для детей, включая критерии этой оценки, порядок создания комиссии по оценке последствий такого решения и подготовки ею заключений устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Порядок проведения оценки последствий принятия решения о реконструкции, модернизации, об изменении назначения или о ликвидации объекта социальной инфраструктуры для детей, являющегося государственной собственностью субъекта Российской Федерации или муниципальной собственностью, а также о реорганизации или ликвидации государственных организаций субъекта Российской Федерации, муниципальных организаций, образующих социальную инфраструктуру для детей, включая критерии этой оценки, порядок создания комиссии по оценке последствий такого решения и подготовки ею заключений устанавливаются уполномоченным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

3. Имущество, которое является государственной собственностью (земельные участки, здания, строения и сооружения, оборудование и иное имущество), которое относится к объектам социальной инфраструктуры для детей и возникновение, обременение или приобретение которого предназначено для целей образования, развития, отдыха и оздоровления детей, оказания медицинской помощи детям и профилактики заболеваний у них,

социальной защиты и социального обслуживания детей, может использоваться только в данных целях.

Имущество, которое является собственностью субъекта Российской Федерации и предназначено для целей образования, развития, отдыха и оздоровления детей, оказания медицинской помощи детям и профилактики заболеваний у них, социальной защиты и социального обслуживания детей, используется в порядке, определенном законодательством Российской Федерации и законодательством субъекта Российской Федерации.

4. Если государственная или муниципальная организация, образующая социальную инфраструктуру для детей, сдает в аренду закрепленные за ней объекты собственности, заключению договора об аренде должна предшествовать проводимая учредителем в порядке, установленном пунктом 2 настоящей статьи, оценка последствий заключения такого договора для обеспечения жизнедеятельности, образования, развития, отдыха и оздоровления детей, оказания им медицинской помощи, профилактики заболеваний у детей, их социальной защиты и социального обслуживания. Договор аренды не может заключаться, если в результате проведенной оценки последствий его заключения установлена возможность ухудшения указанных условий.

5. Порядок изменения назначения имущества, которое является муниципальной собственностью (земельные участки, здания, строения и сооружения, оборудование и иное имущество) и возникновение, обособление или приобретение которого связано с целями образования, развития, отдыха и оздоровления детей, оказания медицинской помощи детям и профилактики заболеваний у них, социальной защиты и социального обслуживания детей, устанавливается органами местного самоуправления при условии предварительного создания (приобретения, изменения назначения) имущества, достаточного для обеспечения указанных целей.

6. Изменение формы собственности имущества, которое относится к объектам социальной инфраструктуры для детей и является государственной или муниципальной собственностью, может осуществляться в установленных законом порядке.

Статья 14. Защита ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию

1. Органы государственной власти Российской Федерации принимают меры по защите ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию, в том числе от национальной, классовой, социальной нетерпимости, от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от пропаганды социального, расового, национального и религиозного неравенства, от информации порнографического характера, от информации, пропагандирующей нетрадиционные сексуальные отношения, а также от распространения печатной продукции, аудио- и видеопроductии, пропагандирующей насилие и жестокость, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение.

2. В целях защиты детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, Федеральным законом от 29 декабря 2010 года № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» устанавливаются требования к распространению среди детей информации, в том числе требования к осуществлению классификации информационной продукции, ее экспертизы, государственного надзора и контроля за соблюдением законодательства Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию.

3. В целях обеспечения безопасности жизни, охраны здоровья, нравственности ребенка, защиты его от негативных воздействий в порядке, определенном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, проводится экспертиза (социальная, психологическая, педагогическая, санитарная) настольных, компьютерных и иных игр, игрушек и игровых сооружений для детей.

Статья 14.1. Меры по содействию физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей

1. В целях содействия физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей и формированию у них навыков здорового образа жизни органы государственной

власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией создают благоприятные условия для осуществления деятельности физкультурно-спортивных организаций, организаций культуры, организаций, образующих социальную инфраструктуру для детей (включая места для их доступа к сети Интернет).

2. Родители (лица, их заменяющие) обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей. Лица, осуществляющие мероприятия по образованию, воспитанию, развитию, охране здоровья, социальной защите и социальному обслуживанию детей, содействию их социальной адаптации, социальной реабилитации и подобные мероприятия с участием детей (далее – лица, осуществляющие мероприятия с участием детей), в пределах их полномочий способствуют физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей.

Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией оказывают содействие указанным лицам при осуществлении ими своих обязанностей по физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей.

3. Законами субъектов Российской Федерации в целях предупреждения причинения вреда здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию могут устанавливаться:

меры по недопущению нахождения детей (лиц, не достигших возраста 18 лет) на объектах (на территориях, в помещениях) юридических лиц или граждан, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, которые предназначены для реализации товаров только сексуального характера, в пивных ресторанах, винных барах, пивных барах, рюмочных, в других местах, которые предназначены для реализации только алкогольной продукции, пива и напитков, изготавливаемых на его основе, и в иных местах, нахождение в которых может причинить вред

здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию;

меры по недопущению нахождения детей (лиц, не достигших возраста 18 лет) в ночное время в общественных местах, в том числе на улицах, стадионах, в парках, скверах, транспортных средствах общего пользования, на объектах (на территориях, в помещениях) юридических лиц или граждан, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, которые предназначены для обеспечения доступа к сети Интернет, а также для реализации услуг в сфере торговли и общественного питания (организациях или пунктах), для развлечений, досуга, где в установленном законом порядке предусмотрена розничная продажа алкогольной продукции, пива и напитков, изготавливаемых на его основе, и в иных общественных местах без сопровождения родителей (лиц, их заменяющих) или лиц, осуществляющих мероприятия с участием детей;

порядок уведомления родителей (лиц, их заменяющих) или лиц, осуществляющих мероприятия с участием детей, и (или) органов внутренних дел в случае обнаружения ребенка в местах, указанных в абзацах втором и третьем настоящего пункта, в нарушение установленных требований, а также порядок доставления такого ребенка его родителям (лицам, их заменяющим) или лицам, осуществляющим мероприятия с участием детей, либо в случае отсутствия указанных лиц, невозможности установления их местонахождения или иных препятствующих незамедлительному доставлению ребенка указанным лицам обстоятельств в специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, по месту обнаружения ребенка.

4. Субъекты Российской Федерации в соответствии с пунктом 3 настоящей статьи вправе:

определять с учетом культурных и иных местных традиций места, нахождение в которых может причинить вред здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию, и общественные места, в которых в ночное время не допускается нахождение детей без сопровождения родителей (лиц, их заменяющих), а также лиц, осуществляющих мероприятия с участием детей;

сокращать с учетом сезонных, климатических и иных условий ночное время, в течение которого не допускается нахождение детей без сопровождения родителей (лиц, их заменяющих), а также лиц, осуществляющих мероприятия с участием детей, в установленных общественных местах;

снижать с учетом культурных и иных местных традиций возраст детей, до достижения которого не допускается их нахождение в ночное время в установленных общественных местах без сопровождения родителей (лиц, их заменяющих), а также лиц, осуществляющих мероприятия с участием детей, но не более чем на два года.

5. Установление субъектами Российской Федерации в соответствии с абзацем третьим пункта 3 настоящей статьи мер по недопущению нахождения детей (лиц, не достигших возраста 18 лет) в ночное время без сопровождения родителей (лиц, их заменяющих) или лиц, осуществляющих мероприятия с участием детей, в транспортных средствах общего пользования осуществляется с учетом заключаемых соглашений между субъектами Российской Федерации о порядке применения этих мер, если маршруты следования указанных транспортных средств проходят по территориям двух и более субъектов Российской Федерации.

6. Для оценки предложений об определении мест, нахождение в которых может причинить вред здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию, общественных мест, в которых в ночное время не допускается нахождение детей без сопровождения родителей (лиц, их заменяющих), а также лиц, осуществляющих мероприятия с участием детей, создаются экспертные комиссии. Порядок формирования и порядок деятельности таких комиссий устанавливаются в соответствии с законами субъектов Российской Федерации.

7. Органы местного самоуправления с учетом положений настоящей статьи и в порядке, устанавливаемом законами субъектов Российской Федерации, могут определять на территории соответствующего муниципального образования места, нахождение в которых детей в соответствии с пунктом 3 настоящей статьи не допускается.

8. Законами субъектов Российской Федерации за несоблюдение установленных требований к обеспечению родителями (лицами, их

заменяющими), лицами, осуществляющими мероприятия с участием детей, а также юридическими лицами или гражданами, осуществляющими предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, мер по содействию физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей и предупреждению причинения им вреда может устанавливаться административная ответственность.

Статья 14.2. Меры по противодействию торговле детьми и эксплуатации детей

1. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в пределах своих полномочий принимают меры по противодействию торговле детьми и эксплуатации детей.

2. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией принимают меры по оказанию необходимой педагогической, психологической, медицинской, юридической помощи жертвам торговли детьми и (или) эксплуатации детей, их родителям (лицам, их заменяющим).

3. Общественные объединения (организации) и иные некоммерческие организации могут оказывать содействие органам государственной власти Российской Федерации, органам государственной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления в осуществлении мер по противодействию торговле детьми и эксплуатации детей, оказанию необходимой педагогической, психологической, медицинской, юридической помощи жертвам торговли детьми и (или) эксплуатации детей, их родителям (лицам, их заменяющим).

4. Граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства несут уголовную, гражданско-правовую, дисциплинарную ответственность за совершение правонарушений, связанных с торговлей детьми и (или) эксплуатацией детей, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Юридические лица несут ответственность за создание условий для торговли детьми и (или) эксплуатации детей, выразившееся

в предоставлении помещений, транспортных средств или иных материальных средств, в создании бытовых условий для торговли детьми и (или) эксплуатации детей, в оказании услуг, содействующих торговле детьми и (или) эксплуатации детей, либо в финансировании торговли детьми и (или) эксплуатации детей, а также за изготовление, приобретение, хранение, перевозку, распространение, публичную демонстрацию, рекламирование материалов или предметов с порнографическими изображениями несовершеннолетних в соответствии с законодательством Российской Федерации. Настоящее положение распространяется на иностранные юридические лица в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Применение мер ответственности к юридическому лицу за правонарушения, связанные с торговлей детьми и (или) эксплуатацией детей, изготовлением и (или) оборотом материалов или предметов с порнографическими изображениями несовершеннолетних, не освобождает от ответственности за данные правонарушения виновное физическое лицо, равно как и привлечение физического лица к уголовной или иной ответственности за правонарушения, связанные с торговлей детьми и (или) эксплуатацией детей, изготовлением и (или) оборотом материалов или предметов с порнографическими изображениями несовершеннолетних, не освобождает от ответственности за данные правонарушения юридическое лицо.

Статья 15. Защита прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Защита прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (за исключением содержащихся и обучающихся в федеральных государственных образовательных организациях), осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации. Защита прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, содержащихся и обучающихся в федеральных государственных образовательных организациях, осуществляется федеральными органами государственной власти в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Государство гарантирует судебную защиту прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

3. Общественные объединения (организации) и иные некоммерческие организации, в том числе международные объединения (организации) в лице своих отделений в Российской Федерации, осуществляют свою деятельность по защите прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации. Указанные объединения (организации) вправе в судебном порядке оспаривать неправомерные ущемляющие или нарушающие права детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, действия должностных лиц органов государственной власти, организаций, граждан, в том числе родителей (лиц, их заменяющих), педагогических, медицинских, социальных работников и других специалистов в области работы с детьми.

4. При регулировании внесудебных процедур, связанных с участием детей и (или) защитой их прав и законных интересов, а также при принятии решений о наказаниях, которые могут применяться к несовершеннолетним, совершившим правонарушения, должностные лица органов государственной власти, местного самоуправления действуют в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, нормами, предусмотренными международными договорами Российской Федерации, в том числе в части гуманного обращения с несовершеннолетними, оказания им квалифицированной юридической помощи, законодательством Российской Федерации.

Обязательными являются обеспечение приоритета личного и социального благополучия ребенка, обеспечение специализации правоприменительных процедур (действий) с его участием или в его интересах, учет особенностей возраста и социального положения ребенка.

В случае освобождения несовершеннолетнего от уголовной ответственности или от наказания с применением принудительных мер воспитательного воздействия суд, принимая решение о применении указан-

ных мер, за исключением такой меры, как помещение в образовательную организацию для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальное учебно-воспитательное учреждение открытого или закрытого типа), или медицинскую организацию, вправе признать необходимым проведение мероприятий по социальной реабилитации несовершеннолетнего.

Если ребенок, с участием которого или в интересах которого осуществляется правоприменительная процедура (действие), нуждается в педагогической, психологической, медицинской, юридической помощи, в социальной реабилитации, должностное лицо, осуществляющее правоприменительную процедуру (действие), независимо от предмета рассмотрения сообщает в компетентный орган о необходимости принятия соответствующих мер и просит уведомить его о предпринятых действиях.

Глава III. Организационные основы гарантий прав ребенка

Статья 16. Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие гарантии прав ребенка в Российской Федерации

1. Компетенция федеральных органов исполнительной власти, которые осуществляют гарантии прав ребенка, реализуют государственную политику в интересах детей, в том числе осуществляют деятельность в области образования, охраны здоровья, социальной защиты, социального обслуживания, содействия социальной адаптации и социальной реабилитации детей, обеспечения их занятости и охраны труда, профилактики безнадзорности и правонарушений, организации детского и семейного отдыха, государственной поддержки общественных объединений (организаций), иных некоммерческих организаций и в других областях в соответствии с законодательством Российской Федерации, устанавливается Президентом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации.

3. Компетенция органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, которые осуществляют мероприятия по реализации государственной политики в интересах детей, регулируется законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 16.1. Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка и уполномоченный по правам ребенка в субъекте Российской Федерации

1. Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка в пределах своих полномочий, предусмотренных соответствующим указом Президента Российской Федерации, обеспечивает защиту прав и законных интересов детей.

2. В соответствии с законом и иным нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации может учреждаться должность уполномоченного по правам ребенка в субъекте Российской Федерации.

Статья 21. Финансирование мероприятий по реализации государственной политики в интересах детей

Финансирование федеральных мероприятий по реализации государственной политики в интересах детей осуществляется за счет средств федерального бюджета, внебюджетных источников, а также за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 22. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации

Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации ежегодно разрабатывается в целях обеспечения органов государственной власти Российской Федерации объективной систематизированной аналитической информацией о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации и тенденциях его изменения.

Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации представляется Правительством Российской Федерации палатам Федерального Собрания Российской Федерации. Структура государственного доклада о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации, требования к содержанию его разделов, системе используемых в нем показателей, порядок разработки, распространения, в том числе опубликования, предоставления для общественного обсуждения путем

размещения на официальном сайте федерального органа исполнительной власти, уполномоченного Правительством Российской Федерации на разработку данного доклада, в сети Интернет и представления результатов общественного обсуждения в Правительство Российской Федерации определяются Правительством Российской Федерации.

Глава IV. Гарантии исполнения настоящего федерального закона

Статья 23. Судебный порядок разрешения споров при исполнении настоящего Федерального закона

1. Родители (лица, их заменяющие), а также педагогические, медицинские, социальные работники, психологи и другие специалисты, которые осуществляют функции по воспитанию, обучению, охране здоровья, социальной защите и социальному обслуживанию ребенка, содействуют его социальной адаптации, социальной реабилитации, вправе обратиться в установленном законодательством Российской Федерации порядке в суд с иском о возмещении ребенку вреда, причиненного его здоровью, имуществу, а также морального вреда.

2. При рассмотрении в судах дел о защите прав и законных интересов ребенка государственная пошлина не взимается.

Глава V. Заключительные положения

Статья 24. Вступление в силу настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

2. Пункт 3 статьи 7, пункт 3 статьи 9, пункты 3, 4, 6, 7 статьи 13, пункт 3 статьи 15 и пункт 2 статьи 23 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 июля 1999 года.

3. Статья 8 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2000 года.

Статья 25. Приведение нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Федеральным законом

Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ДЕКАБРЯ 2001 Г. № 916
«ОБ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА
СОСТОЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ,
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ,
ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ»**

1. Настоящее Положение устанавливает цели, задачи и порядок проведения общероссийского мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и формирования федерального информационного фонда данных мониторинг.

2. Общероссийский мониторинг состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи (далее именуется – мониторинг) представляет собой систему мероприятий по наблюдению, анализу, оценке и прогнозу состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и является частью социально-гигиенического мониторинга, проводимого Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Мониторинг проводится с целью получения информации, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений по укреплению здоровья населения.

4. Мониторинг проводится на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации и муниципальных образований на основе разработанных и утвержденных в установленном порядке нормативных документов и методических материалов.

5. Федеральный информационный фонд данных мониторинга (далее именуется – федеральный информационный фонд) представляет собой базу данных о состоянии физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи, формируемую на основе ежегодных наблюдений, а также совокупность нормативных документов и методических материалов в области анализа, прогноза и определения причинно-следственных связей между состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и воздействием факторов среды

обитания человека. Федеральный информационный фонд является частью федерального информационного фонда данных социально-гигиенического мониторинга.

6. При проведении мониторинга решаются следующие задачи:

а) выявление причинно-следственных связей между состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и воздействием факторов среды обитания человека;

б) прогнозирование состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи;

в) установление факторов, оказывающих негативное воздействие на состояние физического здоровья населения;

г) формирование федерального информационного фонда (в части информации о состоянии физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи);

д) определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению негативных воздействий на физическое здоровье населения;

е) подготовка решений о реализации мер, направленных на укрепление физического здоровья населения;

ж) информирование государственных органов, органов местного самоуправления, заинтересованных организаций, а также граждан о результатах, полученных в ходе мониторинга.

7. Проведение мониторинга включает в себя:

а) наблюдение за состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи;

б) сбор, хранение, обработку и систематизацию данных наблюдения за состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи.

8. Проведение мониторинга на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации и муниципальных образований осуществляется органами и учреждениями системы образования, физической культуры и спорта, государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Российской Федерации совместно с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

9. Учреждения системы образования, физической культуры и спорта осуществляют:

а) сбор, первичную обработку, оценку информации, полученной в ходе мониторинга, хранение и передачу ее в центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации;

б) подготовку предложений для органов местного самоуправления по вопросам укрепления здоровья населения в городах и других населенных пунктах.

10. Органы государственного управления образованием, физической культурой и спортом совместно с учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации осуществляют:

а) формирование баз данных на основе результатов мониторинга, проводимого на уровне субъектов Российской Федерации;

б) проведение анализа полученных данных, выявление причинно-следственных связей между состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и воздействием факторов среды обитания человека, прогнозирование динамики наблюдаемых явлений на уровне субъектов Российской Федерации;

в) подготовку предложений для органов государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам укрепления здоровья населения, установления факторов, оказывающих негативное воздействие на человека, и их устранения;

г) передачу информации в федеральный информационный фонд данных социально-гигиенического мониторинга.

11. Государственный комитет Российской Федерации по физической культуре, спорту и туризму совместно с Министерством образования

Российской Федерации осуществляет:

а) формирование федерального информационного фонда (в части информации о состоянии физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи);

б) единое методическое обеспечение проведения мониторинга Российской Федерации;

в) подготовку предложений для федеральных органов исполнительной власти о реализации мер, направленных на укрепление физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи;

г) совершенствование единых технологий приема и передачи данных по информационным каналам связи для формирования федерального информационного фонда;

д) передачу информации в федеральный информационный фонд данных социально-гигиенического мониторинга.

12. Государственный комитет Российской Федерации по физической культуре, спорту и туризму совместно с Министерством образования Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации определяет структуру, объем и периодичность представления в федеральный информационный фонд данных, полученных в ходе мониторинга.

ПРИКАЗ от 21 декабря 2012 г. № 1346н
«О ПОРЯДКЕ ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ
ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ»

В соответствии со статьями 14, 54 и 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить:

Порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, согласно приложению № 1;

учетную форму № 030-ПО/у-12 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» согласно приложению № 2;

отчетную форму № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних» согласно приложению № 3.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

ПОРЯДОК
ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ
ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок устанавливает правила прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров: профилактических, предварительных при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них (далее также – медицинские осмотры).

Настоящий Порядок не применяется в случае, если законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен другой порядок проведения профилактических, предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних.

2. Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития¹.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона.

3. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее – профилактические осмотры) проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

4. Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних (далее – предварительные осмотры) проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

5. Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее – периодические осмотры) проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

6. Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания

¹ Часть 1 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

7. Медицинские осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приложению № 1 к настоящему Порядку (далее – Перечень исследований).

8. Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего, полученная по результатам медицинских осмотров, предоставляется несовершеннолетнему лично врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в проведении медицинских осмотров. В отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона, информация о состоянии здоровья предоставляется его законному представителю.

9. В случае если при проведении медицинского осмотра выявлены признаки причинения вреда здоровью несовершеннолетнего, в отношении которых имеются основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий, медицинский работник обязан обеспечить информирование об этом органов внутренних дел в соответствии с Порядком информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 565н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 мая 2012 г., регистрационный № 25004).

II. Порядок проведения профилактических осмотров

10. Профилактические осмотры проводятся в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним и имеющих лицензию на осуществление медицинской

деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», «неврологии», «офтальмологии», «травматологии и ортопедии», «детской хирургии», «психиатрии», «стоматологии детской» или «стоматологии»¹, «детской урологии-андрологии» или «урологии»¹, «детской эндокринологии» или «эндокринологии»¹, «оториноларингологии»² или «оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)», «акушерству и гинекологии»² или «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», «лабораторной диагностике», «клинической лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике» и «рентгенологии».

11. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в пункте 10 настоящего Порядка, указанная медицинская организация привлекает для проведения профилактических осмотров медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

¹ При условии соблюдения требований, установленных пунктом 11 настоящего Порядка.

² Для лицензий на осуществление медицинской деятельности, выданных до вступления в силу постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 17, ст. 1965; № 37, ст. 5002; 2013, № 3, ст. 207).

В случае если в медицинской организации, указанной в пункте 10 настоящего Порядка, отсутствует:

1) врач-детский уролог-андролог, то к проведению профилактического осмотра привлекается врач-уролог или врач-детский хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей урологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «урологии» или «детской хирургии» соответственно;

2) врач-стоматолог детский, то к проведению профилактического осмотра привлекается врач-стоматолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей стоматологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «стоматологии»;

3) врач – детский эндокринолог, то к проведению профилактического осмотра привлекается врач-эндокринолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей эндокринологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «эндокринологии»;

4) врач-психиатр детский (врач-психиатр подростковый), то к проведению профилактического осмотра привлекается врач-психиатр, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей психических расстройств и расстройств поведения у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «психиатрии».

12. В целях организации проведения профилактических осмотров врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) (далее – врач,

ответственный за проведение профилактического осмотра) медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь, составляются поименные списки несовершеннолетних из числа находящихся у них на медицинском обслуживании (за исключением несовершеннолетних старше 3 лет, подлежащих диспансеризации в соответствии с законодательством Российской Федерации), в которых указываются следующие сведения:

- 1) фамилия, имя, отчество, возраст (дата, месяц, год рождения);
- 2) обучающийся или не обучающийся в образовательном учреждении (для обучающихся указывается полное наименование и юридический адрес образовательного учреждения);
- 3) перечень осмотров врачами-специалистами, лабораторных, инструментальных и иных исследований исходя из раздела 1 Перечня исследований;
- 4) планируемые дата и место проведения профилактического осмотра.

13. Уполномоченное должностное лицо медицинской организации на основании поименных списков несовершеннолетних составляет календарный план проведения профилактических осмотров с указанием дат и мест их проведения, необходимого количества осмотров врачами-специалистами (с указанием должности, фамилии и инициалов), лабораторных, инструментальных и иных исследований, числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе (далее – календарный план).

Календарный план утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) медицинской организации не позднее, чем за месяц до начала календарного года, и доводится до сведения медицинских работников, участвующих в проведении профилактических осмотров, в том числе врачей, ответственных за проведение профилактических осмотров.

В случае изменения численности несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, представляет до 20 числа текущего месяца уточненный поименный список уполномоченному должностному лицу медицинской организации.

14. Врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, не позднее, чем за 5 рабочих дней до начала его проведения, обязан вручить (направить) несовершеннолетнему (его законному представителю) направление на профилактический осмотр с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, а также даты, времени и места их проведения.

15. В день прохождения профилактического осмотра несовершеннолетний прибывает в медицинскую организацию и предъявляет направление на профилактический осмотр и полис обязательного медицинского страхования. Несовершеннолетний, не достигший возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона, прибывает в медицинскую организацию в сопровождении родителя или иного законного представителя.

16. Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в год достижения несовершеннолетними возраста, указанного в разделе 1 Перечня исследований.

17. При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

18. В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в раздел 1 Перечня исследований, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование с указанием даты и места их проведения.

19. Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных

разделом 1 Перечня исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего недиагностированного заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (в соответствии с пунктом 8 части 4 статьи 13 Федерального закона) (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в раздел 1 Перечня исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных в соответствии с пунктом 18 настоящего Порядка, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

20. Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность профилактического осмотра – не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

21. Данные о прохождении профилактического осмотра вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка).

Медицинская документация несовершеннолетнего (история развития ребенка) должна содержать следующие сведения:

1) данные анамнеза:

о перенесенных ранее заболеваниях (состояниях), наличии функциональных расстройств, хронических заболеваний, инвалидности;

о результатах проведения диспансерного наблюдения (если установлено) с указанием диагноза заболевания (состояния), включая код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), медицинской организации и врача-специалиста, осуществляющего диспансерное наблюдение;

о соблюдении рекомендаций врачей-специалистов по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению;

2) данные, полученные при проведении профилактического осмотра: объективные данные и результаты осмотров врачами-специалистами; результаты лабораторных, инструментальных и иных исследований; результаты дополнительных консультаций и исследований, не включенных в раздел 1 Перечня исследований и назначенных в ходе проведения профилактического осмотра;

диагноз заболевания (состояния), выявленного (установленного) при профилактическом осмотре, с указанием кода по МКБ, выявлено впервые или нет;

3) оценка физического развития;

4) группа состояния здоровья несовершеннолетнего;

5) рекомендации:

по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой;

о необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения, включая диагноз заболевания (состояния) и код по МКБ, по лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению с указанием вида медицинской организации (санаторно-курортной организации) и специальности (должности) врача.

22. На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, определяет:

1) группу состояния здоровья несовершеннолетнего в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних, предусмотренными приложением № 2 к настоящему Порядку;

2) медицинскую группу для занятий физической культурой в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой, предусмотренными приложением № 3 к настоящему Порядку, с оформлением медицинского заключения о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой по форме,

предусмотренной приложением № 4 к настоящему Порядку (в отношении несовершеннолетних, занимающихся физической культурой).

23. Медицинская организация, указанная в пункте 10 настоящего Порядка, на основании результатов профилактического осмотра, внесенных в историю развития ребенка, оформляет, в том числе в электронном виде, учетную форму № 030-ПО/у-12 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1346н (далее – карта осмотра), на каждого несовершеннолетнего, прошедшего профилактический осмотр в возрасте 1 года, 2 лет, 3 лет и в последующие возрастные периоды, предусмотренные разделом 1 Перечня исследований.

24. Карта осмотра оформляется в двух экземплярах, один из которых по завершении профилактического осмотра выдается врачом, ответственным за проведение профилактического осмотра, несовершеннолетнему (его законному представителю), второй экземпляр хранится в медицинской организации в течение 5 лет.

Медицинская организация на основании карт осмотра осуществляет ведение системы электронного мониторинга профилактических осмотров, в которую вносятся сведения о прохождении несовершеннолетними профилактических осмотров ежемесячно, до 30-го числа месяца, следующего за отчетным, а по итогам года – до 20 января года, следующего за отчетным.

25. По итогам проведения профилактических медицинских осмотров медицинская организация заполняет отчетную форму № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1346н (далее – отчет).

26. Отчет составляется в двух экземплярах, утверждается руководителем медицинской организации и заверяется печатью медицинской организации.

Один экземпляр отчета не позднее 20 января года, следующего за отчетным, направляется медицинской организацией в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны

здоровья, второй экземпляр отчета хранится в медицинской организации, проводившей профилактические осмотры, в течение 10 лет.

27. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

1) обеспечивает ведение мониторинга проведения профилактических осмотров в электронном виде;

2) обобщает и анализирует результаты профилактических осмотров в субъекте Российской Федерации;

3) направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации отчет по субъекту Российской Федерации не позднее 15 февраля года, следующего за отчетным годом.

III. Порядок проведения предварительных осмотров

28. Предварительные осмотры проводятся в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам (предварительным, периодическим)», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», «неврологии», «офтальмологии», «травматологии и ортопедии», «детской хирургии», «психиатрии», «оториноларингологии»¹ или «оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)», «акушерству и гинекологии»¹ или «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», «стоматологии детской» или «стоматологии»², «детской урологии-андрологии» или «урологии»², «детской эндокринологии» или «эндокринологии»², «лабораторной диагностике»,

¹ Для лицензий на осуществление медицинской деятельности, выданных до вступления в силу постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 17, ст. 1965; №37, ст. 5002; 2013, № 3, ст. 207).

² При условии соблюдения требований, установленных пунктом 29 настоящего Порядка.

«клинической лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике» и «рентгенологии».

29. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам (предварительным, периодическим)», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в пункте 28 настоящего Порядка, указанная медицинская организация привлекает для проведения предварительных осмотров медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

В случае если в медицинской организации, указанной в пункте 28 настоящего Порядка, отсутствует:

1) врач – детский уролог-андролог, то к проведению предварительного осмотра привлекается врач-уролог или врач – детский хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей урологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «урологии» или «детской хирургии» соответственно;

2) врач-стоматолог детский, то к проведению предварительного осмотра привлекается врач-стоматолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей стоматологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «стоматологии»;

3) врач – детский эндокринолог, то к проведению предварительного осмотра привлекается врач-эндокринолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей эндокринологических заболеваний у детей, при

этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «эндокринологии»;

4) врач-психиатр детский (врач-психиатр подростковый), то к проведению предварительного осмотра привлекается врач-психиатр, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей психических расстройств и расстройств поведения у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «психиатрии».

30. Предварительные осмотры проводятся при поступлении в образовательное учреждение на основании письменного заявления несовершеннолетнего (его законного представителя) на имя руководителя медицинской организации.

31. В заявлении о проведении предварительного осмотра несовершеннолетнего указываются следующие сведения:

- 1) вид медицинского осмотра (предварительный);
- 2) фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, поступающего в образовательное учреждение;
- 3) дата рождения несовершеннолетнего, поступающего в образовательное учреждение;
- 4) адрес места жительства несовершеннолетнего, поступающего в образовательное учреждение;
- 5) полное наименование медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетнему, адрес ее места нахождения;
- 6) полное наименование и тип образовательного учреждения, в котором будет обучаться несовершеннолетний, адрес его места нахождения;
- 7) реквизиты (серия, номер, страховая медицинская организация) полиса обязательного медицинского страхования;
- 8) контактная информация.

Заявление подписывается несовершеннолетним (его законным представителем) с указанием фамилии, инициалов и даты заполнения.

В случае заполнения заявления законным представителем несовершеннолетнего в нем указываются реквизиты документов, подтверждающих полномочия законного представителя, копии указанных документов прилагаются к заявлению.

32. Уполномоченное должностное лицо медицинской организации в течение 5 рабочих дней с момента регистрации заявления вручает заявителю направление на предварительный осмотр с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, даты и места их проведения, а также сведений о враче-педиатре, враче-педиатре участковом, враче общей практики (семейном враче) медицинской организации, ответственном за проведение предварительного осмотра (далее – врач, ответственный за проведение предварительного осмотра).

33. В день прохождения предварительного осмотра несовершеннолетний прибывает в медицинскую организацию и предъявляет направление на предварительный осмотр и полис обязательного медицинского страхования. Несовершеннолетний, не достигший возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона, прибывает в медицинскую организацию в сопровождении родителя или иного законного представителя.

34. Предварительные осмотры проводятся медицинскими организациями в соответствии с разделом 2 Перечня исследований.

35. При проведении предварительных осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

36. В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в раздел 2 Перечня исследований, врач, ответственный за проведение предварительного осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении предварительного осмотра, направляют

несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование с указанием даты и места их проведения.

37. Предварительный осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных разделом 2 Перечня исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего недиагностированного заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (в соответствии с пунктом 8 части 4 статьи 13 Федерального закона) (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в раздел 2 Перечня исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, предварительный осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных в соответствии с пунктом 36 настоящего Порядка, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

38. Общая продолжительность I этапа предварительного осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность предварительного осмотра – не более 30 рабочих дней (I и II этапы).

39. Данные о прохождении предварительного осмотра, указанные в пункте 21 настоящего Порядка, вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка).

40. На основании результатов предварительного осмотра врач, ответственный за проведение предварительного осмотра, определяет:

- 1) группу состояния здоровья несовершеннолетнего;
- 2) медицинскую группу для занятий физической культурой и оформляет медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической

культурой (в отношении несовершеннолетних, поступающих в образовательные учреждения, в которых предусмотрены занятия физической культурой);

3) оформляет медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов (далее – медицинская карта ребенка для образовательных учреждений) и (или) медицинскую справку на несовершеннолетних, поступающих в учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования (далее – медицинская справка), в которых указываются сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего и оценка соответствия несовершеннолетнего требованиям к обучению.

41. Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений и (или) медицинская справка оформляются в одном экземпляре, который направляется (выдается) несовершеннолетнему (его законному представителю).

IV. Порядок проведения периодических осмотров

42. Проведение периодических осмотров организуется образовательными учреждениями ежегодно в отношении несовершеннолетних, обучающихся по очной форме обучения.

43. Периодические осмотры проводятся в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам (предварительным, периодическим)», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)».

Образовательное учреждение вправе организовать проведение периодических осмотров в структурном подразделении образовательного учреждения, осуществляющем медицинскую деятельность, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по «педиатрии».

44. Периодические осмотры проводятся на основании составляемых в образовательном учреждении поименных списков несовершеннолетних, подлежащих периодическому осмотру в предстоящем календарном году, с указанием фамилии, имени, отчества, возраста (дата, месяц, год рождения) обучающегося, полного наименования и адреса медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь (далее – список).

Список утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) образовательного учреждения и не позднее, чем за 2 месяца до начала календарного года, направляются руководителем образовательного учреждения в медицинскую организацию, с которой заключен договор о проведении периодических осмотров.

В случае изменения численности несовершеннолетних, подлежащих периодическим осмотрам, руководитель (уполномоченное должностное лицо) образовательного учреждения представляет до 20 числа текущего месяца уточненный список в медицинскую организацию.

45. Руководитель (уполномоченное должностное лицо) медицинской организации на основании списка составляет календарный план проведения периодических осмотров с указанием сведений о враче-педиатре, враче-педиатре участковом, враче общей практики (семейном враче) медицинской организации, ответственном за проведение периодического осмотра (далее – врач, ответственный за проведение периодического осмотра), лабораторных исследований, даты и времени их проведения, числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе (далее – план).

План согласовывается с руководителем (уполномоченным должностным лицом) образовательного учреждения, утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) медицинской организации не позднее, чем за месяц до начала календарного года, и доводится до сведения медицинских работников, участвующих в проведении периодического осмотра, в том числе врачей, ответственных за проведение периодических осмотров.

46. В случае проведения периодических осмотров в структурном подразделении образовательного учреждения, осуществляющем медицинскую деятельность, список и план составляются врачом-педиатром

образовательного учреждения и согласовываются с руководителем (уполномоченным должностным лицом) образовательного учреждения.

47. Руководитель (уполномоченное должностное лицо) образовательного учреждения не позднее, чем за 5 рабочих дней до начала проведения периодического осмотра, организует вручение несовершеннолетним (их законным представителям) направлений на периодический осмотр с указанием даты, времени и места его проведения, а также обеспечивает явку несовершеннолетних для прохождения периодического осмотра.

48. В день начала прохождения периодического осмотра несовершеннолетний прибывает в медицинскую организацию или в структурное подразделение образовательного учреждения, осуществляющее медицинскую деятельность, предъявляет направление на периодический осмотр и полис обязательного медицинского страхования. Несовершеннолетний, не достигший возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона, прибывает в медицинскую организацию (структурное подразделение образовательного учреждения) в сопровождении родителя или иного законного представителя.

49. Периодические осмотры проводятся в соответствии с разделом 3 Перечня исследований.

50. При проведении периодических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

51. Медицинская организация вносит сведения о прохождении несовершеннолетним периодического осмотра в историю развития ребенка и медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений с указанием сведений о состоянии здоровья несовершеннолетнего и заключения о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

В случае если периодический осмотр проводится в структурном подразделении образовательного учреждения, осуществляющем медицинскую деятельность, данные о его прохождении вносятся в медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений.

ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1. Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;

2) уровень функционального состояния основных систем организма;

3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;

4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

2. В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим группам:

1) I группа состояния здоровья – здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;

2) II группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения;

реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести;

с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела;

часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;

с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

3) III группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния);

с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

4) IV группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций;

с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;

с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда;

5) V группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений и требующими назначения постоянного лечения;

с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда;

дети-инвалиды.

ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

1. Определение медицинских групп для занятий несовершеннолетним физической культурой с учетом состояния его здоровья осуществляется в целях оценки уровня физического развития и функциональных возможностей несовершеннолетнего, выбора оптимальной программы физического воспитания, выработки медицинских рекомендаций по планированию занятий физической культурой.

2. В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим медицинским группам для занятий физической культурой: основная, подготовительная и специальная.

3. К основной медицинской группе для занятий физической культурой (I группа) относятся несовершеннолетние:

без нарушений состояния здоровья и физического развития;

с функциональными нарушениями, не повлекшими отставание от сверстников в физическом развитии и физической подготовленности.

Отнесенным к основной медицинской группе несовершеннолетним разрешаются занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания с использованием профилактических технологий, подготовка и сдача тестов индивидуальной физической подготовленности.

4. К подготовительной медицинской группе для занятий физической культурой (II группа) относятся несовершеннолетние:

имеющие морфофункциональные нарушения или физически слабо подготовленные;

входящие в группы риска по возникновению заболеваний (патологических состояний);

с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии стойкой клинко-лабораторной ремиссии, длящейся не менее 3–5 лет.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания при условии более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением к организму повышенных требований, более осторожного дозирования физической нагрузки и исключения противопоказанных движений.

Тестовые испытания, сдача индивидуальных нормативов и участие в массовых физкультурных мероприятиях не разрешается без дополнительного медицинского осмотра. К участию в спортивных соревнованиях эти обучающиеся не допускаются. Рекомендуются дополнительные занятия для повышения общей физической подготовки в образовательном учреждении или в домашних условиях.

5. Специальная медицинская группа для занятий физической культурой делится на две подгруппы: специальную «А» и специальную «Б».

5.1. К специальной подгруппе «А» (III группа) относятся несовершеннолетние:

с нарушениями состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния), врожденные пороки развития, деформации без прогрессирования, в стадии компенсации) или временного характера;

с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия оздоровительной физической культурой по специальным программам (профилактические и оздоровительные технологии).

При занятиях оздоровительной физической культурой должны учитываться характер и степень выраженности нарушений состояния здоровья, физического развития и уровень функциональных возможностей несовершеннолетнего, при этом резко ограничивают скоростно-силовые, акробатические упражнения и подвижные игры умеренной интенсивности, рекомендуются прогулки на открытом воздухе. Возможны занятия адаптивной физической культурой.

5.2. К специальной подгруппе «Б» (IV группа) относятся несовершеннолетние, имеющие нарушения состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния) в стадии субкомпенсации) и временного характера, без выраженных нарушений самочувствия.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним рекомендуются в обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации.

6. ГЛОССАРИЙ

Адаптация (лат. adaptatio-приспособление) – процесс приспособления организма к меняющимся условиям среды; как международный термин означает приспособление организма к общеприродным, производственным и социальным условиям.

Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и т.д.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита и т.д.).

Акклиматизация – процесс приспособления организма к новым климатогеографическим условиям. Физиологическая акклиматизация состоит в выработке организмом приспособительных реакций, направленных на поддержание его нормальной жизнедеятельности.

Активность – это мера или величина проявляемой человеком деятельности, степень его включения в работу. Активность в дидактическом плане выступает как предпосылка, условие и результат сознательного усвоения знаний, умений и навыков.

Антропометрический профиль – графическое изображение результатов оценки показателей физического развития по стандартам.

Баланс здоровья – выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Биологическая адаптация – приспособление организма к условиям окружающей среды (температура, атмосферное давление, влажность, освещенность и пр.). Для человека характерно то, что его биологическая адаптация может осуществляться с помощью различных вспомогательных средств (жилище, одежду), кроме того ему доступна произвольная психической регуляции ряда биологических процессов и состояний.

Восстановление – процесс, происходящий в организме после прекращения работы и заключающийся в постепенном переходе физиологических, биохимических и психических функций к дорабочему состоянию.

Гиподинамия (греч. – понижение плюс относящийся к силе) – пониженная подвижность вследствие уменьшения силы движения.

Гипокинезия (греч. – понижение плюс движение) – вынужденное уменьшение объема движений вследствие малой подвижности. Вызывает ряд болезненных явлений.

Гомеостаз (homestasis, греч. homois – подобный, сходный + stasis – стояние, неподвижность) – относительное динамическое постоянство внутренней среды и некоторых физиологических функций организма, обеспечивается сложной системой координированных приспособительных(адаптивных) механизмов, направленных на устранение или ограничение воздействия факторов внешней и внутренней среды организма.

Двигательная активность – понятие, связанное с воспроизведением общего количества движений. Применительно к человеку это понятие обуславливается особенностями труда, быта и отдыха. Рост или снижение уровня двигательной активности связаны с естественной потребностью организма в оптимальном двигательном режиме. Чрезмерная мышечная работа(гипердинамик, гиперкинезия) приводит к переутомлению, перенапряжению и перетренированности; недостаточная(гиподинамия, гипокинезия) – к различного рода физической детренированности.

Диагностика – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

Здоровый образ жизни – модель индивидуального (группового) поведения, обеспечивающая индивидууму (социальной группе, популяции) достижение приемлемого для конкретных социально-экономических условий уровня здоровья; образ жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья. В английском соответствует как Healthy1ifestyle, так и Healthpromotion (укрепление здоровья).

Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Индивидуальное здоровье – динамическое состояние человека, которое определяется механизмами самоорганизации его систем (устойчивостью к воздействию патогенных факторов и способностью компенсировать патологический процесс) , характеризуется энергетическим, пластическим и информационным обеспечением процессов самоорганизации, а также является основой проявления биологических (выживаемость – сохранение особи, репродукция – продолжение рода) и социальных функций.

Метаболизм (metabolismus; греч. metabole – изменение, превращение) – обмен веществ в организме, совокупность процессов анаболизма(anabolismus; греч. anabole – подъем) – создания и превращения живой материи, и катаболизма(греч. catabole – сбрасывание вниз) – процессов распада тканевых, клеточных структур и сложных соединений для энергетического и пластического обеспечения процессов жизнедеятельности. В более узком смысле метаболизм – это промежуточные превращения определенных веществ(белков, жиров, углеводов и др.) внутри клеток с момента их поступления до образования конечных продуктов обмена веществ.

Образ жизни – конкретный способ жизнедеятельности людей в производственном процессе, в социальной и культурной сферах. Является выражением общественных норм поведения, опирающихся на определенные правила, обычаи, национальные особенности, отражает своеобразие материального и духовного развития.

Общественное здоровье – важнейший экономический потенциал и медико-социальный ресурс страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни, гармоническое развитие личности и общества. Под общественным здоровьем понимается здоровье общества, населения страны, континента, мира, популяции в целом.

Онтогенез – индивидуальное развитие организма, охватывающее все изменения от рождения до окончания жизни. Рассматривается в единстве с фил-генезом.

Организм – биологическая система любого живого существа. Организм человека – это высокоорганизованная биологическая система, обладающая всей совокупностью основных жизненных свойств, но характеризующаяся еще и способностью к самоорганизации, самообучению, восприятию, передаче и хранению информации; совершенствованию механизмов управления биологическими процессами через социальные факторы.

Охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, организациями, должностными и иными лицами, гражданами в целях сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Охрана материнства и детства – совокупность мер государственного, общественного и частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции – рождения и воспитания детей, а также позволяющая ей сочетать функцию материнства с производственной и общественной деятельностью. Данная система в настоящее время представлена учреждениями, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь; учреждениями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь детям; комплексом социальных и правовых мер, направленных на поддержку материнства и детства.

Охрана репродуктивного здоровья – сочетание методов, способов и услуг, способствующих репродуктивному здоровью и благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем

Переутомление – накопление(кумуляция) утомления в результате неправильного режима труда и отдыха, не обеспечивающего необходимого восстановления сил и проявляющееся в снижении работоспособности и продуктивности труда, появлении раздражительности, головных болях, расстройстве сна и др. Различают– начинающееся, легкое, выраженное и тяжелое переутомление.

Потенциал здоровья – это совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов.

Пространство социальное – социально освоенная часть природного пространства как среды обитания людей, пространственно-территориальный аспект жизнедеятельности общества и предметного мира человека, характеристика социальной структуры общества с точки зрения «расположения» социальных групп и слоев, «пространства» (условий, возможностей) их развития.

Профилактический медицинский осмотр – одна из форм активной медицинской помощи населению, направленная в основном на выявление ранних форм заболеваний.

Психическое здоровье – состояние психической сферы человека. Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения. Это состояние обусловливается потребностями биологического и социального характера и возможностями их удовлетворения. Правильное формирование и удовлетворение базовых потребностей составляет основу нормального психического здоровья человека.

Психологическое здоровье – способность индивидуума свободно, без ограничений реализовывать свои психологические потребности, адаптироваться к новым условиям.

Психофизическая подготовка – процесс формирования физических и психических качеств человека для решения конкретных жизненных и профессиональных целей.

Работоспособность – потенциальная возможность человека выполнить целесообразную, мотивированную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени. Зависит от внешних условий деятельности и психофизиологических

резервов человека. Может рассматриваться как максимальная, оптимальная, сниженная.

Резистентность (лат. *resistentia* – сопротивление, противодействие) – устойчивость организма к воздействию различных повреждающих факторов среды, реализуемая на основе общебиологического принципа гомеостаза.

Ресурсы здоровья – это морфо-функциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону. Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки, отдых и т.д.).

Самоконтроль – регулярные наблюдения занимающихся физкультурой и спортом за состоянием своего здоровья, физического развития и физической подготовленности с помощью простых, общедоступных приемов. утомление

Самооценка – оценка личностью самой себя, своих возможностей и места среди других людей, являющаяся важным регулятором ее поведения.

Саморегуляция – целесообразное функционирование активности личности в единстве ее энергетических, динамических и содержательно-смысловых составляющих.

Соматическое здоровье – текущее состояние органов и систем органов человеческого организма. Основу соматического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития человека. Эта программа развития опосредована базовыми потребностями, доминирующими у него на различных этапах онтогенеза. Базовые потребности, с одной стороны, служат пусковым механизмом развития человека (формирование его соматического здоровья), а с другой стороны – обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

Тревожность – состояние целесообразного подготовительного повышения сенсорного внимания и моторного напряжения в ситуации возможной опасности, обеспечивающее соответствующую реакцию на страх.

Утомление – временное, объективное снижение работоспособности под влиянием длительного воздействия нагрузки, сопровождающееся

потерей интереса к работе, преобладанием мотивации на прекращение деятельности негативными эмоциональными и физиологическими реакциями. Выделяют физическое и умственное, острое и хроническое, нервно-эмоциональное утомление.

Физиологическая и функциональная система организма – под физиологической системой понимают наследственно закрепленную, регулирующую систему органов и тканей (кровообращения, дыхания, пищеварения и т.д.), которые функционируют в организме не изолировано, а во взаимодействии друг с другом. Функциональная система организма формируется в процессе его жизнедеятельности на наследственной и приобретенной основе с учетом интегральных нейрогуморальных механизмов регуляции и образует взаимосвязь органов, тканей, физиологических систем, обеспечивая в итоге достижение цели в определенном виде деятельности.

Физическое здоровье – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма. Основу физического здоровья составляют морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, обеспечивающие приспособление организма к воздействию различных факторов.

Функциональная проба – дозированная нагрузка, позволяющая оценить функциональное состояние организма.

Функциональное состояние – интегральный комплекс характеристик качеств и свойств организма, которые прямо или косвенно определяют деятельность человека; системный ответ организма, обеспечивающий адекватность требованиям его деятельности или неадекватность (когда организм работает на излишне высоком уровне функционального напряжения).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агрелль Я. Стресс: его военные следствия – психологические аспекты проблемы // Эмоциональный стресс. Труды международного симпозиума: Пер. с англ. – Л.: Медицина, – 1970. – С. 248-254.
2. Асафов Б.Д., Лоскутова Т.Д. Количественная оценка функционального состояния центральной нервной системы. В кн.: Функциональные состояния мозга. – М.: Изд-во МГУ, – 1975. – С. 27-32.
3. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, – 1979. – 295 с.
4. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 – 352 с.
5. Блок В. Уровни бодрствования и внимания // Экспериментальная психология: Пер. с англ, под ред. П. Фресси Ж. Пиаже. – М.: Прогресс, – 1970. – Вып. 3. – С. 97-146.
6. Бойко Е.И. Время реакции человека. – М.: Медицина, – 1964. 440 с.
7. В.Н. Сысоев. Тест Э. Ландольта. Диагностика работоспособности. СПб., 2000.
8. Введенский Н.Е. Избранные произведения. – М.: Медгиз, – 1952. – 229 с.
9. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. – М.: Наука, – 1973.-316 с.
10. Горбов Ф.Д., Лебедев В.И. Психоневрологические аспекты труда операторов. – М.: Медицина, – 1975. – 205 с.
11. ГОСТ 12.4.061-88. ССБТ. Метод определения работоспособности человека в средствах индивидуальной защиты. – 11 с.
12. Данилова Н.Н. Функциональные состояния. Механизмы и диагностика. – М., 1985. – 269 с.
13. Деревянко Е.А., Хухлачев В.К., Лихачева О.А. и др. Интегральная оценка работоспособности при умственном и физическом труде: Методические рекомендации. – М.: Экономика, – 1976.-76 с.

14. Долин А.О., Долина С.А. Патология высшей нервной деятельности. – М.: Высшая школа, – 1972. – 176 с.

15. Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К. Методы исследования в физиологии труда. – Л., – 1991. – 110с.

16. Захаров А.В., Мороз М.П., Перелыгин В.В. Статические характеристики простой зрительно-моторной реакции в экспресс-оценке функционального состояния и работоспособности человека-оператора // Воен. – мед. журн. – 1988. – № 1. – С. 24-26.

17. Зимкина А.М. Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности. – М.: Медицина, – 1978. – С. 27-51.

18. Зорилэ В.И. Измерение некоторых показателей качества деятельности и функционального состояния организма операторов в процессе формирования навыков управления в режиме слежения // Методика и техникаэксперим. исследов. операт. деят. – М.: Наука, – 1982. – С. 112-115.

19. Игишева Л.Н. Галеев А.Р. Комплекс ORTO-expert как компонент здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях. Методическое руководство.: Кемерово; 2003 – 36.

20. Ильюхина В.А. Нейрофизиология функциональных состояний человека. – Л.: Наука, 1986. – 171 с.

21. Камышенко И.Д., Левинский С.В., Малкиман И.И. О понятиях и определениях в физиологии экстремальных состояний // Физиол. экстрем, сост. и индивид, защита человека. – М., – 1986. – С. 435–436.

22. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – Л.: Медицина, 1980. – 448 с.

23. Карпенко А.В. Колебательная структура психофизиологических показателей как источник информации о продуктивности умственной деятельности // Физиология человека. – 1988. – Т. 14, № 5. – С. 730-738.

24. Кокс Т. Стресс: Пер. с англ. – М.: Медицина, – 1981. – 216 с.

25. Королькова Т.А., Труш В.Д., Корнилевский А.В. и др. Соотношение между характеристиками предстимульной ЭЭГ и экстремальным временем сенсомоторной реакции // Физиология человека. – 1984. – Т. 10, № 6. – С. 951-958.

26. Косицкий Г.И. Нервное напряжение, эмоции, неврозы и сердечно-сосудистая система // Превентивная кардиология. – М.: Медицина, – 1977. – С. 167-170.

-
27. Космолинский Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. – М.: Медицина, – 1976. – 192 с.
28. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования: Пер. с англ. – Л.: Медицина, – 1970. – С. 178-207.
29. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. – М.: Просвещение, – 1964. – 344 с.
30. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. – М.: Изд-во МГУ, – 1984. – 197 с.
31. Леонова А.Б., Медведев В.И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. – М.: Изд-во МГУ, – 1981. – 230 с.
32. Лоскутова Т.Д. Оценка функционального состояния центральной нервной системы человека по параметрам простой двигательной реакции // Физиол. журн. СССР. – 1975. – Т. 61, № 1. – С. 3-12.
33. Малышев В.П., Николаев Е.А., Прокофьев В.Н. и др. Методы оценки функционального состояния и работоспособности человека-оператора. – М.: Воениздат, – 1986. – 97 с.
34. Медведев В.И. Психологические реакции человека в экстремальных условиях // Экологическая физиология человека. – М., 1979. – С. 525-570.
35. Медведев В.И. Функциональные состояния головного мозга человека // Механизмы деятельности мозга человека, ч. 1, Нейрофизиология человека. – Л.: Наука, 1988. – 302 с.
36. Медведев В.И. Функциональные состояния оператора. В сб.: Эргономика. Принципы и рекомендации. – М.: ВНИИТЭ, – 1970. – Вып. 1. – С. 65-75.
37. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. – Л.: Наука, 1981 – 277 с.
38. Мороз М.П., Тихонов Н.Н. Прогнозирование работоспособности операторов с помощью метода многомерного статистического анализа // Физиология человека. – 1992. – Т. 18, № 2. – С. 55-63.
39. Мороз М.П., Чубаров И.В. Методология оценки и прогнозирования работоспособности человека-оператора. СПб.: ГУП «Петроцентр», 2001. – 80 с.
40. Мороз М.П., Удалова Г.П., Захаров А.В. Межполушарная асимметрия при изменениях функционального состояния человека // Физиология человека. – 1986. – Т. 12, № 2. – С. 179-186.

41. Наенко Н.И. Психическая напряженность. – М.: Изд-во МГУ, – 1976. – 112 с.

42. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б., Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность: Том 1/№ 4/2000.

43. Новиков В.С., Боченков А.А., Чермянин С.В. Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих // ВМПС. – 1997. – № 3. – С. 53-56.

44. Опросник исследования тревожности у старших подростков и юношей (Ч.Д. Спилбергер, адаптация А.Д. Андреева) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С.75-80.

45. Основы профессионального психофизиологического отбора военных специалистов. – М.: Воениздат, 1981. – 428 с.

46. Горизонтова П.Д. и Сиротина Н.Н. – М.: Медицина, – 1973. – 383 с.

47. Павлова Л.П. Доминантные механизмы работоспособности // Нервная система. – Л.: Изд-во ЛГУ, – 1988. – Вып. 26. – С. 203-218.

48. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных // Поли. собр. соч. – 2-е изд. – М. – Л., – 1951. – Т. 3, кн. 2. – 391 с.

49. Панков Д.Д. Руководство по школьной медицине. Клинические основы / Д.Д. Панков Д.Д., Ковригина Е.С. под ред. Д.Д. Панкова. – ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640с.

50. Проблемы гигиенической диагностики на современном этапе. Сидоренко Г.И., Захарченко М.П., Маймулов В.Г., Кутепов Е.Н. – Москва, 1995. – 195 с.

51. Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Чермянин С.В. Психо-физиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф // Воен. – мед. журн. – 1991. – № 9. – С. 11-16.

52. Ржепецкая М.К. Степени снижения работоспособности операторов при действии различных факторов среды // Физиология человека. – 1995. – Т.21, № 4. – С. 69-72.

53. Розенблат В.В. Проблема утомления. – М.: Медицина, – 1975. – 240 с.

-
54. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1956. – 254с.
55. Словарь физиологических терминов. – М.: Наука, 1987. – 446 с.
56. Смирнов В.М., Резникова Т.Н., Губачев Ю.М., Дорничев В.М. Мозговые механизмы психофизиологических состояний. – П.: Наука, 1989. – 147 с.
57. Суворов Н.Ф. Участие активационных структур головного мозга в организации эмоционального состояния тревоги и депрессии // Физиология человека. – 1977. – Т 5. -№ 1. – С. 89-93.
58. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. – М.: Медицина, 1981. – 230 с.
59. Сысоев В.Н., Степанян Е.Б. Индивидуальные особенности деятельности операторов при работе в условиях психоэмоционального напряжения // Физиология человека. – 1994. – Т. 20, № 4. – С. 69-75.
60. Травматическая болезнь / под ред. И.И. Дерябина и О.С. Насонкина. – Л.: Медицина, 1987. – 303 с.
61. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1978, – 400 с.
62. Фролов В.М. Уровни функционирования физиологических систем и методы их определения. – Л.: Медицина, 1972. – 176 с.
63. Чубаров И.В., Мороз М.П., Чмуханова А.Г. Оценка функционального состояния ЦНС у детей с задержкой психического развития с помощью вариационной хронорефлексометрии // Физиол. журн. – 2000. – Т. 86, № 4. – С. 470-480.
64. Cox T. The nature and measurement of stress // *Ergonomics*. – 1985. – Vol. 38, № 8. – P. 1155-1163.
65. Hebb D.O. Drives and C.N.S. Conceptual nervous system // *Psychol Rev*. – 1955. – Vol. 62. – P. 243-254.
66. Smith M.J., Cohen B.G.F., Stammerjohn L.W. An investigation of health complaints and job stress in video display operation // *Human factors*. – 1981. – Vol. 23. – P. 387-396.
67. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.
68. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User`s Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.

Учебное издание

Сетко Нина Павловна
Сетко Андрей Геннадьевич
Булычева Екатерина Владимировна
Бейлина Елена Борисовна
Сетко Ирина Михайловна

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОЛИЧЕСТВЕННОЙ
ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО
И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Пособие для врачей
Под редакцией профессора Н.П. Сетко



Компьютерный набор, корректура
и форматирование авторов
Технический редактор Кулакова Г.А.
Подписано в печать 20.06.2016
Бумага офсетная.
Гарнитура PetersburgC
Формат 60×84 1/16
Печать трафаретная. Печ. л. 16.
Тираж 500 экз. Заказ № 025-16.

Отпечатано в типографии ИД «Академия Естествознания»,
440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, 3