



Проектный подход в деятельности

Суть этапов проектной деятельности в модели: Актуализируя позицию проектного – «Я»-субъекта (S), собственного отношения и объективации (1.1) через разворачивание процесса проблематизации личностного выбора проекта.

На этапе целеполагания (1.2) фиксируется то, что определил, что хочет проектант по отношению к своим целям и предполагаемой деятельности.

Следующим этапом является разработка собственного проекта – проектирование (1.3), в рамках которого подростком отрабатываются все основные технологические этапы проектирования.

Обязательным является этап практической реализации самого проекта (1.4). По результату выполняемой деятельности проектант получает (достигает или не достигает) результат (продукт), запланированный на этапе проектирования. Задача самого проектанта проверить себя в реальных условиях, взять на себя ответственность за выполнение конкретных операций и действий, которые бы позволили ему оценить себя в деятельности. Для такой собственной оценки требуется не только собственный взгляд, рефлексивное осмысление, но и оценка со стороны окружающих не только предъявленного конечного продукта, но и самой деятельности, которую осуществлял он. Данные действия относятся к этапу экспертизы (1.5).

По результату экспертизы могут быть несколько вариантов действий: в первом случае, когда выявлено негативное отношение к реализуемой деятельности, выясняются моменты такого отношения, и выдвигаются некоторые стратегии изменения этого отношения, что требует возвращения к этапу целеполагания. В случае позитивного отношения к полученным результатам и стремлению к продолжению проработки своих ранее поставленных целей осуществляется шаг выбора (1.6)

и далее продолжается работа по проектированию стратегического плана своей профессиональной карьеры (1.7), который погружает проектанта в процесс проектной деятельности в стратегическом аспекте.

В ходе проектной деятельности развиваются когнитивный, эмоциональный, волевой и практический компоненты профессионального интереса проектанта, им осуществляется самоанализ собственных профессиональных возможностей, формируется адекватная самооценка, формируются первоначальные профессиональные умения. Успешность проектной деятельности обеспечивается через развитие разнокачественных процессов деятельности самого проектанта: самоанализ, саморазвитие, самоопределение, – которые и являются основой проектной деятельности.

Нами представлен один из вариантов реализации проектного подхода в реализации собственных проектов. Схема и модели используемые на практике показали, что именно углубленный подход к проектированию позволяет реально посмотреть на свои возможности и реально их осуществить.

Список литературы

1. Алексеев Н.Г. Методологические принципы проектирования образовательных систем // Проектирование в образовании: проблемы, поиски, решения // Материалы научно-практической конференции, ИПИ РАО, М., 1994.
2. Алексеев Н.Г. Проектирование условий развития рефлексивного мышления // Диссертация в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора психологических наук, МПГУ, М., 2002г.
3. Бедова А.Н. Диссертация «Проектный подход В ПРОЦЕССЕ АКТИВИЗАЦИИ профессионального самоопределения подростков» 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования
4. Дамирчари, Эрн Робертовна. Развитие профессионально-логического мышления у студентов экономических специальностей с помощью коммуникативно-мыслительной технологии погружения в профессию: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.07. Ростов-на-Дону, 2005. 197 с. + Прил. (187 с.).
5. Проектирование и организация предпринимательской деятельности в условиях образовательного учреждения. Выпуск 2: сб. материалов Нучн.-практ.конф. / М.: Колледж предпринимательства, 2006.

**Секция «Актуальные вопросы здорового образа жизни»,
научный руководитель – Прокопенко Л.А.**

**ПРОБЛЕМЫ СТАРЕНИЯ И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ
ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)**

Черцова А.И.

Технический институт (филиал) Северо-Восточного федерального университета, Нерюнгри, Республика Саха (Якутия), Россия, alena.sweet91@mail.ru

За последние десятилетия произошли значительные демографические изменения, как в общемировом масштабе, так и в нашей стране, которые привели к

увеличению количества пожилых людей среди населения. По данным Всероссийской переписи населения 2002 года, численность россиян пенсионного возраста составила 29,8 млн., а их доля в общем числе населения – 21%. Быстрые темпы старения населения требуют совершенствования медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста для сохранения умственных и физических способностей этой категории населения и снижения их забо-

леваемости и инвалидности. Всемирная Ассамблея ООН по проблемам старения в 1982 году приняла программу по проблемам старения, в которой были определены содержание и объем медико-социальной помощи пожилым и престарелым. Важным шагом в решении геронтологических и гериатрических проблем нашей страны явилась разработка и внедрение Федеральной целевой программы «Старшее поколение», а также издание приказа Минздрава России «О дальнейшем развитии гериатрической службы в Российской Федерации» и Отраслевой программы «Медицинский мониторинг и реабилитация лиц пожилого возраста». Структура гериатрической службы предполагает создание медико-социальных гериатрических центров, гериатрических кабинетов и отделений в поликлиниках, больниц сестринского ухода, домов-интернатов, расширение патронажной службы для пожилых людей. 12 мая 2010 года в г. Якутске состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Здоровье и качество жизни пожилого населения Якутии», посвященная 65-ой годовщине Победы в Великой Отечественной войне и 10-летию Гериатрического центра «Республиканская больница № 3» государственного учреждения здравоохранения РС (Я). Было отмечено, что Якутия считается одним из очагов долголетия в Сибири и на Дальнем Востоке, что в последние десятилетия интерес к геронтологии и гериатрии значительно возрос и среди наиболее неотложных проблем, стоящих перед мировым сообществом, выдвинулась проблема старения населения и охраны здоровья пожилых людей. Якутский Гериатрический центр сегодня является одним из ведущих геронтологических центров России.

Соотношение лиц моложе и старше трудоспособного возраста на 100 работающих

Год	Моложе трудоспособного возраста, чел.	Старше трудоспособного возраста, чел.
1989	43,0	32,5
2000	33,6	35,0
2011	24,0	35,7

В общей структуре населения увеличивается доля лиц старше 60 лет. В 1979 г. население старше 60 лет составляло 4,97% от общего числа населения, а в 2005 г. – 7, 97%. Таким образом, в старших возрастных группах увеличение числа населения происходит более интенсивно.

По данным Центрального НИИ организации и информации здравоохранения в индустриально развитых странах доля лиц старше 65 лет колеблется от 8 до 16% и в среднем составляет 12%. В РФ доля лиц старше 65 лет в 1979 г. составляла 10%, в 2000 г. – 14,5%.

Ежегодное увеличение доли лиц старшего возраста в структуре населения не только в нашей стране, но и во всех других развитых странах, ставит совершенно новые, до сегодняшнего дня еще неизвестные задачи социального, экономического и медицинского характера. Пожилые лица в 1,5 раза чаще обращаются к врачам. В 2 раза чаще госпитализируются, и в 2 раза дольше находятся на больничной койке. Они, занимая сравнительно небольшую долю в структуре населения (20%), потребляют до 30% ресурсов медицинского обслуживания. Это объясняется тем, что 80% этого населения страдают множественными хроническими заболеваниями, протекающими на фоне снижающихся компенсаторных возможностей стареющего организма. В возрастной группе 60-65 лет у 56% имеется три и более хронических заболеваний, а в возрасте 75-

Лица пожилого возраста – это группа населения, требующая специализированного подхода к профилактике и лечению заболеваний, т.к. они более подвержены влиянию повреждающих факторов и склонны к нескольким хроническим заболеваниям. Многие из них имеют трудности в передвижении и самообслуживании.

Нами была поставлена цель: изучить, каким образом оказывается гериатрическая помощь, каково состояние здоровья, основные проблемы лиц пожилого возраста по Республике Саха (Якутия). До 1985 года наша республика характеризовалась демографической молодостью. Другими словами, молодое поколение значительно превышало старшее поколение. И в 1985 году соотношение составляло 1:3. С 1990 года соотношение стало меняться в сторону уменьшения молодого поколения. В настоящее время наша страна характеризуется демографическим старением. Республика Саха (Якутия) относится к тем немногим регионам Российской Федерации, где еще сохраняется естественный положительный баланс рождаемости. Но при этом положительный показатель естественного прироста населения имеет выраженную тенденцию к снижению. По данным Госкомстата РС (Я) в 1979 г. контингент «молоде трудоспособного возраста» включал 270,8 тыс. чел. или 31,8% от общего числа населения, «старше трудоспособного возраста» – 52,9 тыс. чел. или 6,21%. В 2005 г. «молоде трудоспособного возраста» было 236,6 тыс. чел. (24,88%), старше трудоспособного возраста – 97,5 тыс. чел. (10,26%). Соотношение лиц моложе (до 16 лет) и старше трудоспособного возраста на 100 работающих представлено в таблице.

79 лет – у 92% лиц. При этом число заболеваний по данным комплексных медосмотров, составляет 3600 на 1000 пожилых в возрасте 55-60 лет и 5600 – в возрасте 75-79 лет. Это выше показателя среднего числа обращаемости за медпомощью почти в 1,5 раза. Что говорит о высокой нуждаемости пожилых людей в тех или иных видах систематической медицинской помощи. Кроме того, 13% лиц пенсионного возраста нуждаются в периодической длительной госпитализации в стационарах, 2,4% по медико-социальным показаниям - в постоянном пребывании в стационарных учреждениях. Потребность в медико-социальном обслуживании также диктуется тем, что около 12-20% лиц пожилого возраста ограничены в движении. Сегодня в Республике еще слабо развита специализированная гериатрическая помощь. Во всех районах амбулаторно-поликлинический прием ведут врачи-терапевты, стационарное лечение проводится на общетерапевтических койках. Специализированная гериатрическая помощь в Республике проводится только на базе ГУ «Больница № 1 МЗ РС (Я)». Больница представлена поликлиникой на 244 посещения в смену и 160 круглосуточными стационарными койками. Кроме того, работает дневной стационар на 10 коек, по необходимости приказом главврача организовывается стационар на дому. Больница как специализированное учреждение имеет свой контингент обслуживания. Это лица пожилого и старческого возраста. В поликли-

нике ведется как первичный, так и консультативный прием. Стационарное лечение получают пациенты со всей Республики.

Таким образом, в связи с постоянным увеличением количества лиц пожилого возраста необходимо рассматривать их как отдельную группу населения, требующую специального подхода к профилактике и лечению заболеваний и разработать более расширенную систему по организации оказания медицинской помощи в целях охраны их здоровья.

СОН И ЕГО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

Черцова А.И., Прокопенко Л.А.

Технический институт (филиал) Северо-Восточного федерального университета, Нерюнгри, Республика Саха (Якутия), Россия, alena.sweet91@mail.ru

Важную роль в суточном режиме играет сон. В свете современных представлений сон рассматривается как активная деятельность организма, только организованная иначе, чем дневная жизнь. Сон человека – основной и ничем незаменимый вид отдыха и способ восстановления сил и энергоресурсов организма, особенно для растущего организма. Режим и продолжительность сна один из критериев и показателей здорового образа жизни. Проблема недостаточного сна студентов является предметом заботы и внимания специалистов, потому, как недосыпание приводит к существенным проблемам со здоровьем.

Цель нашего исследования – выявить соответствие продолжительности сна студентов рекомендуемым физиологическим нормам. Задачи исследования: 1. Изучить влияние сна на здоровье и работоспособность человека. 2. Изучить физиологические нормы продолжительности сна и сравнить их с продолжительностью сна студентов.

Объект исследования: студенты ТИ (ф) СВФУ. Предмет исследования: сон и его продолжительность. В исследовании приняло участие 178 студентов 1-5 курсов, обучающихся на дневном отделении Технического института (филиала) СВФУ.

Сон – эффективный способ снятия умственного и физического напряжения. Недаром ослабленный, больной человек или находящийся длительное время в экстремальных ситуациях способен спать длительное время. Это – физиологическая защита организма, потребность, как лечение, обусловлена сложными психофизиологическими процессами. Как отмечал И.П. Павлов, сон - это не просто отдых, а активное состояние организма, которому свойственна особая форма деятельности мозга. В частности, во время сна происходит анализ и переработка информации, накопленной человеком за предшествующее время. Если такая сортировка прошла успешно, то мозг оказывается освобожденным от чрезмерной информации, накопленной накануне, и вновь готов к работе. Благодаря этому у человека нормализуется нервно-психическое состояние, восстанавливается работоспособность. Сон обеспечивает процессы программирования в мозгу и выполняет целый ряд других функций. Во время сна происходят изменения всей жизнедеятельности организма, уменьшается расход энергии, восстанавливаются и начинают функционировать системы, которые понесли сверхнагрузку (переедание или болезненные изменения). Сон устраняет утомление и предупреждает истощение нервных клеток. Происходит накопление богатых энергией фосфорных соединений, при этом повышаются защитные силы организма. Хронические же недосыпания способствуют так называемой сшибке – появлению неврозов, ухудшению функциональных и снижению защитных сил организма [2].

Нарушения биологических ритмов организма, режима и продолжительности сна ведет к ухудшению физического и психоэмоционального состояния, депрессиям, нарушениям поведения и агрессивности подростков и студентов. Кроме того, недостаток сна ухудшает память, мышление, концентрацию и объём внимания, снижает быстроту психомоторных реакций, что негативно отражается на результатах учёбы. Студенты нуждаются в достаточном количестве и качестве сна вследствие биологического созревания и приходившихся на этот этап онтогенеза высоких учебных и психоэмоциональных нагрузок.

Сон тесно связан с суточным ритмом организма чередования дня и ночи, света и темноты. Во время сна происходит обновление и накопление энергетических и функциональных резервов организма человека. Люди спят около трети своей жизни. События и деятельность в течение дня влияют на сон ночью и самочувствие на следующий день. Чем больше человек бодрствует, тем в более продолжительном сне он нуждается. Сон выполняет так называемую гомеостатическую функцию, снимая чувство усталости [2].

Со сном связана выработка нескольких очень важных гормонов. Вот почему нехватка сна может вызвать проблемы со здоровьем. Мелатонин – гормон, который защищает от стрессов, преждевременного старения, повышает иммунитет и предупреждает раковые заболевания. До 70% его суточной нормы вырабатывается во время сна. Его выработка начинается в сумерках, достигает пика в темноте – с полуночи до 4 утра, и к рассвету падает. У городских жителей проблемы с нехваткой мелатонина возникают чаще, чем у сельских, из-за сильной освещенности городов в ночное время. Соматотропный гормон (гормон роста) замедляет старение, улучшает память и регулирует деятельность нервной системы. Пик его производства приходится на начало ночи, через 2–3 часа после засыпания. Нарушения сна ведут к уменьшению выработки соматотропного гормона. Грелин и лептин: первый отвечает за аппетит, второй – за чувство насыщения. У тех, кто недосыпает, повышается аппетит, а значит, и вес. Поэтому худеющим нужно наладить сон. Исследования показали: женщины, которые достаточно спят, худеют в 2 раза быстрее тех, кто недосыпает [1].

Средняя продолжительность сна человека обычно зависит от многочисленных факторов: начиная от возраста, пола, образа жизни, питания и степени усталости, до внешних факторов (общий уровень шума, местонахождение и т. д.). Продолжительность сна у новорожденных, взрослых и пожилых людей составляет 12-16, 6-8 и 4-6 ч в сутки соответственно. Также, весной и летом, при малоподвижном образе жизни, при малом количестве углеводов в приёме пищи, а также за городом нормальная длительность сна может составлять лишь 5-6 часов, а при внезапных громких звуках (или во время громкой музыки) и ярком освещении возможно даже полное отсутствие сна. В общем случае, при нарушениях сна его длительность может составлять от нескольких секунд до нескольких суток. Также бывают случаи, что взрослому человеку требуется 12 часов, чтобы выспаться с запасом сил или восстановиться после тяжёлой работы и бессонных ночей. Длительность сна менее 5 ч (гипосомния) или нарушение физиологической структуры считаются факторами риска бессонницы. Начиная с семи лет, норма сна - 10 часов. В подростковом возрасте (12-18 лет) - около девяти часов. С восемнадцатилетнего возраста человека считают взрослым и его норма сна составляет 8 часов. По мере увеличения возраста норма сна постепенно сокращается и к 60 годам выходит на уровень шести часов сна в сутки. Принято считать, что студентам необходимо спать 7-9 часов в сутки. Наиболее физиологичным периодом является период с 23 до 7-8 часов утра. [3].