

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУКИ «ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ
НАУК»**

На правах рукописи

Рис -

РАЗВАРИНА Ирина Николаевна

**ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА**

Специальность 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством
(экономика народонаселения и демография)

НАУЧНЫЙ ДОКЛАД

по диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель –
доктор экономических наук, доцент
Шабунова Александра Анатольевна

г. Вологда
2017

Уважаемые коллеги! Представляю Вашему вниманию основные результаты диссертационного исследования по теме: «Здоровье и развитие детей как фактор формирования трудового потенциала».

Актуальность исследования обусловлена все возрастающей ролью человеческого фактора в социально-экономическом развитии стран и характерным для России конца XX – начала XXI вв. ухудшением качественных характеристик населения, в особенности детского. Сохранение и укрепление здоровья детей, развитие их творческого потенциала, формирование будущего трудового потенциала является одной из актуальных проблем современной России. Это отражено в ряде важнейших нормативно-правовых документов как национального, так и регионального уровней. Исследования здоровья учащихся, свидетельствуют, что основные показатели здоровья детей снижаются в период обучения в школе. Это оборачивается существенными экономическими потерями (от заболеваемости, инвалидности, больничных листов по уходу за больным ребенком и т.д.). Все это в совокупности усиливает важность решения задачи научного поиска эффективных инструментов здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, родительской общественности и органов здравоохранения, что и является целью настоящего исследования. Для реализации данной цели был решен ряд задач.

1. Проанализированы теоретико-методологические подходы к исследованию потенциала детского населения.
2. Проведен анализ потенциала детского населения современной России.
3. Рассчитаны экономические потери от заболеваемости детского населения в Вологодской области.
4. Проведена оценка готовности детского населения в возрасте 14-17 лет к реализации своего трудового потенциала в образовательных организациях г. Вологда и г. Сокола.
5. Предложен дополняющий комплекс мер по сохранению и повышению здоровья детского населения на федеральном, региональном, ведомственном уровнях управления.

Объектом исследования является детское население Вологодской области от

0 до 18 лет, предметом исследования – здоровье и развитие детей, и их влияние на качество трудового потенциала.

Эмпирическую базу работы составили 4 исследования, проведенные на территории Вологодской области с участием автора в период с 2014 по 2017 г.:

- мониторинг «Изучение условий формирования здорового поколения»;
- НИР «Качество детского населения в контексте модернизации России»;
- данные социологического опроса несовершеннолетних в рамках проекте «Исследование факторов, затрудняющих социализацию детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, построение и апробация модели их социальной реабилитации» совместно с и ФГБУН Институт социологии РАН;

- данные социологического опроса обучающихся и их родителей по теме «Анализ состояния здоровья детского населения Вологодской области» и по теме «Факторы здоровья детей школьного возраста», проведенного с участием автора в рамках хоздоговорных работ ВолНЦ РАН.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в разработке теоретических положений и методических рекомендаций, направленных на повышение потенциала детского населения.

В ходе исследования получены следующие результаты, обладающие научной новизной:

1. Разработана комплексная методика оценки готовности детского населения в возрасте 14-17 лет к эффективной реализации своего трудового потенциала, включающая самооценку детей, экспертную оценку педагогов и родителей по трем составляющим: здоровье, образование, коммуникативная компетентность.

2. Адаптирована к детскому населению методика оценки экономического ущерба от потерь здоровья Прохорова Б.Б., учитывающая затраты и упущенную выгоду от нездоровья детей, которая может быть использована для расчетов объемов инвестиций в здравоохранение и для планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья.

3. Доказана важность применения адаптационного подхода и предложен механизм внутриведомственного и межведомственного взаимодействия

образовательных и медицинских организаций на доврачебном этапе оценки нервно-психического развития в части разработки алгоритма предоставления сведений о ребенке.

4. Разработан проект концепции реализации здоровьесберегающего подхода к организации учебного процесса, обеспечивающей повышение эффективности внутри- и межведомственного взаимодействия при реализации программ охраны здоровья в образовательной организации.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Разработана комплексная методика оценки готовности детского населения в возрасте 14-17 лет к эффективной реализации своего трудового потенциала, включающая самооценку детей, экспертную оценку педагогов и родителей по трем составляющим: здоровье, образование, коммуникативная компетентность.

В исследовании проведена систематизация существующих теоретико-методологических подходов к изучению категории «детское население». Показана специфика рассматриваемых подходов (философского, социологического, медицинского, экономического, демографического и др.). На основе анализа теоретико-методологических подходов обоснована необходимость междисциплинарных знаний о состоянии и развитии демографической группы, определяемой возрастными границами от 0 до 17 лет. Это позволяет получить комплексное представление о качественных характеристиках детского населения и заложить основы межведомственного взаимодействия в работе по здоровьесбережению, воспитанию и развитию детей. В соответствии с целями научно-квалификационной работы (диссертации) потенциал детского населения рассмотрен с точки зрения социодемографического и экономического подходов.

В исследовании определено, что «детское население» – это сложная неоднородная социально-демографическая категория, объединяющая в себе группы индивидов в возрасте от 0 до 17 лет, существенно различающиеся по социальным, физиологическим и психологическим характеристикам, но имеющие одинаковую зависимость от условий, которые предоставляет для их развития

общество и государство, макро- и микросреда (семья, школа). Детское население страны представляет важный ресурс экономического роста, научно-технического развития и обороноспособности, так как уже в раннем возрасте формируются предпосылки здоровья, закладываются основы фундаментальных компетенций и компетентностей.

В связи с этим возрастает важность оценки потенциала детского населения, который в настоящем исследовании определен как совокупность качественных характеристик (здоровье, образование, социальная адаптированность), формируемых в микросреде (семья, школа). Анализ теоретико-методологических подходов к изучению потенциала детского населения показал, что практически отсутствуют комплексные междисциплинарные исследования потенциала детского населения.

В исследовании нами предложена методика оценки потенциала детского населения и готовности к его реализации в будущей трудовой деятельности. В данной методике отражена его междисциплинарность, поскольку при изучении вышеперечисленных параметров была использована педагогическая и медицинская экспертная оценка, социологические оценки родителей и самооценки детей старших возрастов по таким составляющим как здоровье, образование, коммуникативная компетентность.

Методический инструментарий представлен тремя типами анкет для опроса:

1) детей 14, 15, 16 и 17-летнего возраста, обучающихся в предвыпускных (8, 10) и выпускных (9, 11) классах; 2) их родителей; 3) классных руководителей (с использованием данных медицинских карт образовательной организации). Анкеты состоят из трех тематических блоков в соответствии с оцениваемыми компонентами: здоровье, образование, коммуникативная компетентность.

Ориентируясь на цель исследования, методика предполагает решение следующих задач:

I. Комплексная оценка сформированности профессионального самоопределения обучающихся в предвыпускных и выпускных классах общеобразовательных организаций.

II. Оценка уровня готовности подростков 14-17 лет к эффективной реализации трудового потенциала (интегральная оценка здоровья, образования и коммуникативных навыков подростков 14 – 17 лет).

Для пересчёта в интегральную (процентную) шкалу применялся метод среднего арифметического. Формула оценки уровня готовности к реализации трудового потенциала приведена ниже.

$$y = \frac{(З+О+КН)}{75} * 100\%, \quad (1)$$

где:

З – сумма баллов по блоку «Здоровье»;

О - сумма баллов по блоку «Образование»;

КН – сумма баллов по блоку «Коммуникативные навыки».

Уровень	Значение	Градация
I	Высокий	81-100
II	Выше среднего	61-80
III	Средний	41-60
IV	Низкий	20-40

Интегральная оценка анализировалась нами по 4 уровням: высокий, выше среднего, средний и низкий.

«Высокий» уровень подразумевает гармоничное физическое и психоэмоциональное развитие, успешную социализацию, способность ребёнка справиться с учебной нагрузкой, выполнять бытовые обязанности и поддерживать дружеские отношения со сверстниками, членами семьи и другими окружающими.

Уровень «выше среднего» говорит о наличии незначительных проблем (недостаточно развиты, например, коммуникативные навыки, есть трудности в усвоении знаний и навыков, или проблемы со здоровьем).

«Средний» уровень характеризуется пограничными состояниями здоровья, значимыми трудностями в обучении, ситуативными проблемами межличностного общения с родственниками и сверстниками.

«Низкий уровень» свидетельствует об отсутствии мотивации к школьному обучению, низкой успеваемости, существенными проблемами в усвоении школьной программы, наличием хронических заболеваний, и сформировавшегося социально-неодобряемого поведения.

Апробация методики проведена на примере общеобразовательных организаций г. Вологды и г. Череповца. Результаты исследования по предложенной методике показали, что высокий уровень имеют 27% школьников, «выше среднего» – 70% респондентов. К группе риска по показателю готовности к реализации трудового потенциала относятся 3% респондентов (доля юношей составляет 6,3%, девушек –1,5%). Низкий уровень готовности к реализации трудового потенциала, по результатам опроса не выявлен.

Таблица 1 – Показатели уровней готовности к реализации трудового потенциала (в % от числа опрошенных)

Уровень готовности	Пол		В среднем
	Юноши	Девушки	
Высокий (81...100)	25,0	27,9	27,0
Выше среднего (61...80)	68,8	70,6	70,0
Средний (41...60)	6,3	1,5	3,0
Низкий (20...40)	0,0	0,0	0,0
Рассчитано автором.			

Апробация разработанной нами методики дала возможность получить следующие результаты:

- приоритетность в выборе профессионального самоопределения принадлежит высшему образованию (76%);
- низкий уровень профессионального самоопределения (42% не определились с выбором профессии);
- наличие противоречия в профессиональном самоопределении, заключающееся в приоритетности оценок школьников в выборе профильных школьных (самыми востребованными стали физико-математические и информационные технологии – 44 и 42% соответственно) и наличием способностей (предрасположенности) у большинства опрошенных социально-гуманитарного характера (чаще всего несформированными личностными качествами для овладения профессией подростки называют коммуникативные и трудности с усвоением предметов физико-математической направленности).

Таким образом, методика позволяет дать на основе оценки состояния здоровья, уровня образования и коммуникативной компетентности, представление

о сформированности у детей старшего школьного возраста основных элементов будущего трудового потенциала.

2. Адаптирована к детскому населению методика оценки экономического ущерба от потерь здоровья Прохорова Б.Б., учитывающая затраты и упущенную выгоду от нездоровья детей, которая может быть использована для расчетов объемов инвестиций в здравоохранение и для планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья.

На основе анализа социально-демографических характеристик детей от 0 до 17 лет выявлены тенденции и закономерности в состоянии потенциала детского населения России, основные факторы и особенности формирования здоровья и развития детского населения, оценена готовность детей 14-17 лет к реализации трудового потенциала. Анализ потенциала детского населения современной России (здоровья и развития, уровня образования на основе данных государственной статистики) показал, что в годы рыночных преобразований детское население испытало целый ряд неблагоприятных тенденций:

– снижение количества населения в возрасте 0-4 года почти на 50%, в возрасте от 5 до 9 лет на 45%. В сравнении с общей численностью снижение детского населения с 1989 по 2016 год составило 8 п.п.;

Таблица 2 – Численность детского населения в РФ, тыс. чел.

Возраст, лет	1989 г.	В % от общей численности населения РФ	2002 г.	В % от общей численности населения РФ	2010 г.	В % от общей численности населения РФ	2016 г.	В % от общей численности населения РФ
0-4	12032	8,1	6399	4,4	7968	5,6	9512	6,5
5-9	11360	7,7	6941	4,9	7091	4,9	8218	5,6
10-14	10592	7,2	10406	7,2	6610	4,6	7254	5,0
15-19	9968	6,8	12801	8,8	8389	5,9	6731	4,6
Итого:	43952	29,8	36547	25,3	30058	21,0	31715	21,7

Источник: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

– снижение благосостояния семей после рождения детей. Среди малоимущих домохозяйств более 50% составляют именно семьи с детьми. Проблема малообеспеченности носит комплексный характер. Одна из её особенностей

состоит в том, что бедность наследуется младшим поколением семьи, поскольку дети перенимают поведенческие установки родителей. В совокупности эти факторы приводят к воспроизводству бедности как социальной проблемы на следующих этапах развития общества;

Таблица 3 – Дефицит располагаемых ресурсов семей с детьми

Показатели	2011	2012	2013	2014	2015
Дефицит располагаемых ресурсов домашних хозяйств с детьми в возрасте до 16 лет, в среднем на члена домохозяйства, рублей	1768,0	1738,5	1955,3	2196,1	2791,3
из них, имеющих:					
одного ребенка	1625,4	1592,6	1804,0	1986,4	2522,7
двух детей	1775,4	1756,1	1905,6	2213,9	2792,9
трех и более детей	2225,6	2143,2	2441,9	2664,4	3475,4

Источник: Семья, материнство и детство // Сайт Федеральной службы государственной статистики.
URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood/#

Примечание: Показатель рассчитан по данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств.

– снижение уровня подготовки школьников, о чем свидетельствуют результаты межстрановых исследований PISA и PIPLS и др. Лучшие российские школьники на протяжении 2006-2012 гг. уступали своим сверстникам из других стран, и только к 2015 году наблюдается положительная динамика достижений учащихся по грамотности чтения и математической грамотности;

Таблица 4 – Некоторые результаты Международной программы по оценке образовательных достижений учащихся (PISA)

Показатель	Грамотность чтения				Математическая грамотность				Естественнонаучная грамотность			
	2006	2009	2012	2015	2006	2009	2012	2015	2006	2009	2012	2015
Количество баллов в России (max=1000)	440	459	475	495	476	468	482	494	479	478	486	487
Место России	37-40	41-43	38-42	19-30	32-36	38-39	31-39	20-30	33-38	38-40	34-38	30-34
Количество баллов по странам ОЭСР (в среднем)	497	493	493	493	506	496	494	490	499	501	501	493

Источники: Основные результаты международного исследования образовательных достижений учащихся: PISA-2006. - М.: Центр оценки качества образования ИСМО РАО, 2007. – С. 33, 50, 81.; Первые результаты международной программы PISA-2009. - М.: Центр оценки качества образования ИСМО РАО, 2010. – 20 с.; Основные результаты Международной программы PISA – 2012. – М.: Центр ОЭСР - ВПЭ ИСИЭЗ, 2014. – С. 4, 7, 9; Основные результаты международного исследования PISA-2015. – М.: Федеральный институт оценки (дата обращения - 07.08.2017)

– снижение уровня здоровья детей. Потенциал здоровья закладывается с ранних лет, он определяет не только личностный рост, но и возможности

социальной и трудовой активности населения. По данным Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, к моменту перехода от юности к молодости он сокращается более чем на половину за счет роста выявленной заболеваемости и отсутствия навыков здорового образа жизни. Наиболее выраженное ухудшение здоровья происходит в период получения образования. К выпускному классу школы частота функциональных нарушений возрастает на 86%, хронических болезней – на 100% (рис.1).

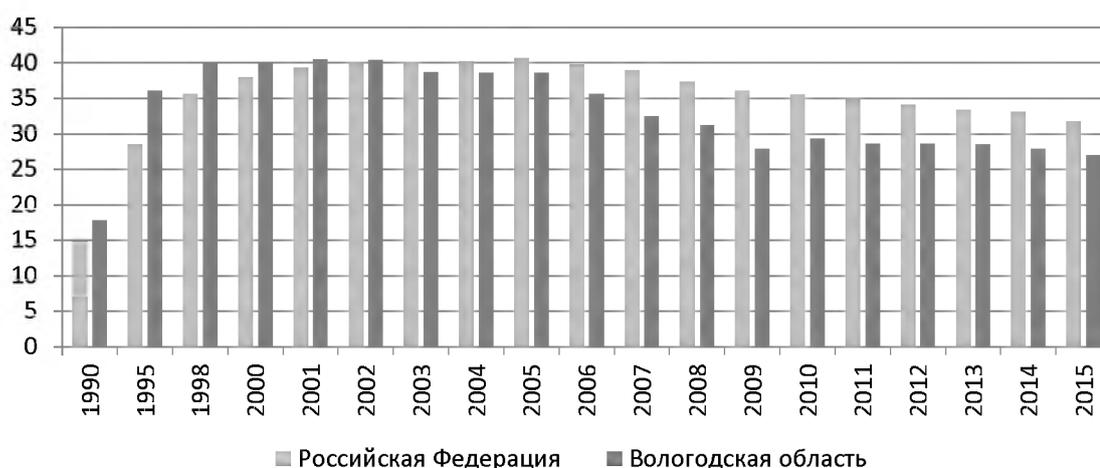


Рисунок 1. Заболеваемость новорожденных детей (в % от числа родившихся живыми)

Источники: Федеральная служба государственной статистики — URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999–2015 гг.: стат. сб. — Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 1999–2016.

В Российской Федерации значение показателя заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет в 2014 году достигло величины 183499,4 случаев на 100 тысяч детского населения: это означает, что на каждого ребёнка в данной возрастной группе за прошедший год приходилось по 1,8 случая заболевания, для сравнения в Вологодской области –24386,1.

Нами адаптирована методика расчета экономического ущерба от потерь здоровья детского населения включает три компонента: ущерб в связи с заболеваемостью, инвалидностью, смертностью детей от 0 до 18 лет. Результаты расчетов позволят оценить, как фактический (затраты), так и потенциальный ущерб от нездоровья детей. При этом заболеваемость, инвалидизация, смерть ребенка будут опосредованно, но влиять на родителей: страдает их психоэмоциональное

состояние, как следствие, снижается работоспособность, уровень мотивации к трудовой деятельности у родителей и самый неблагоприятный исход – это временная нетрудоспособность. Исходя из этого, методика была дополнена субъективной компонентой экономической оценки – оценкой морального ущерба от заболеваемости, смертности, инвалидизации детей (рис.2).



Рисунок 2. Экономический ущерб от нездоровья детей

В ходе исследования планировалось рассчитать экономический ущерб ЭУ от потерь здоровья детского населения по следующей формуле:

$$\text{ЭУ} = \text{УЗ} + \text{УИ} + \text{УС}, \text{ где} \quad (2)$$

УЗ – ущерб от заболеваемости, УИ – ущерб от инвалидизации, УС – ущерб от смертности. Данная формула позволяет оценить, как фактический (затраты), так и потенциальный (упущенная выгода) ущерб.

При сборе информационной и статистической информации для расчета по методике, позволяющей оценить экономические затраты и упущенную выгоду от заболеваемости, инвалидности и смертности детей от 0 до 18 лет возникли трудности. Одной из причин является отсутствие данных для расчета. Поэтому, применение методики в этих условиях возможно частично. Нами проведен расчет на статистических данных БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1». На начало 2016 года в поликлинике наблюдалось 17540 человек, что

составляет 7,2% всего детского населения Вологодской области. Возрастная структура контингента поликлиники и «генеральной совокупности» отличается незначительно: разница в долях детей, относящихся к одной возрастной группе, варьируется в пределах от 0,3 до 2,5 п.п.

По результатам оценки заболеваемости детского населения Вологодской области получено, что экономический ущерб от заболеваемости детей от 0 до 18 лет вырос с 1222,4 – 1436,9 млн. руб. в 2012 году до 2000,7 – 2317,3 млн. руб. в 2016 году. В данный расчет не вошли затраты на лечение и обследование ребенка, затраты на организацию специального обучения ребенка, например, индивидуального обучения на дому часто болеющих детей, упущенная выгода на недополученный ВВП в результате использования неполного рабочего дня родителями, а также от утраты здоровья родителями в случае болезни ребенка.

Таким образом, методика позволила оценить часть экономического ущерба в связи с потерями здоровья детей и может быть использована для расчетов объемов инвестиций в здравоохранение и для планирования мероприятий, направленных на повышение уровня общественного здоровья.

3. Доказана важность применения адаптационного подхода и предложен механизм внутриведомственного и межведомственного взаимодействия образовательных и медицинских организаций на доврачебном этапе оценки нервно-психического развития.

Разработаны методические рекомендации по применению адаптационного подхода к оценке НПР детей младшего школьного возраста для педагогов-психологов, социальных педагогов и классных руководителей общеобразовательных организаций, в которых описан функционал специалистов образовательной организации на доврачебном этапе оценки НПР детей младшего школьного возраста.

Алгоритм действий специалистов может быть следующим. При поступлении ребёнка в образовательную организацию должна быть проведена диагностическая работа, по результатам которой можно:

1. оценить уровень физического и нервно-психического развития или вероятные сценарии их нарушения в будущем(рис.3),



Рисунок 3. Функционал специалистов образовательной организации на доврачебном этапе оценки НПР детей младшего школьного возраста

2. разработать механизм взаимодействия специалистов на доврачебном этапе оценки НПР детей младшего школьного возраста в образовательной организации (рис.4)..



Рисунок 4. Механизм взаимодействия специалистов на доврачебном этапе оценки НПР детей младшего школьного возраста в образовательной организации.

3. разработать механизм межведомственного взаимодействия медицинской и общеобразовательной организации при оценке НПР детей младшего школьного возраста (рис.5).



Рисунок 5. Механизм межведомственного взаимодействия медицинской и общеобразовательной организации при оценке НПР детей младшего школьного возраста.

По итогам обследования обучающиеся могут быть распределены по трем категориям: имеющие низкий уровень НПР, соответствующие возрастной норме и дети с повышенным уровнем НПР. Каждая из этих групп требует особого внимания. Интерпретация результатов, полученных на доврачебном этапе диагностического обследования педагогом-психологом, классным руководителем, социальным педагогом при участии медицинского работника образовательной организации позволит своевременно выделить «группу риска» детей младшего школьного возраста, по нарушению НПР с последующим направлением для углубленного врачебного обследования специалистов. Здоровые обучающиеся будут нуждаться в продуманной и эффективной профилактике. Категория детей с повышенным уровнем НПР интересна как потенциал одаренности.

Комплексная оценка адаптационных возможностей ребенка специалистами школы, как критерия НПР, играет важную роль для своевременной и правильной постановки диагноза врачами и, как следствие, своевременного назначенного лечения и проведения коррекционной работы с ребенком. Это позволит минимизировать последствия нарушений НПР и социально-психологической дезадаптации, которые могут сказаться в будущем в такие ответственные моменты жизни, как выбор профессии, служба в армии, поступление в учебные организации высшего и среднего профессионального образования, то есть сохранить качественные характеристики трудового потенциала ребенка и минимизировать затраты государства на лечение и реабилитацию ребенка.

5. Разработан проект концепции реализации здоровьесберегающего подхода к организации учебного процесса, обеспечивающей повышение эффективности внутри- и межведомственного взаимодействия при реализации программ охраны здоровья в образовательной организации.

В рамках концепции обоснованы и предложены:

1. Механизм взаимодействия специалистов в рамках системы здоровьесбережения. Сеть коммуникаций между участниками образовательного процесса в контексте реализации системы здоровьесбережения представлена связями между элементами внутренней (администрация, педагоги, медицинская служба, психологическая служба) среды и внешней (родители обучающихся, поликлиника) среды (рисунок). Основные сложности взаимодействия составляют слабые обратные связи между внутренней и внешней средами (например, получение сведений о принятии мер согласно рекомендациям медицинского работника) и дефицит внутреннего перекрёстного знания, то есть недостаток единства в реализации конструктивных усилий отдельных функциональных элементов. Последнее может выражаться как в дроблении «компетентностей», когда каждое из звеньев цепи сосредоточивается на реализации своих узких задач, так и в несогласованности действий).

2. Механизм организации системы здоровьесбережения в школе. Внутри образовательной организации работа в рамках системы здоровьесбережения

выстраивается следующим образом): администрация школы и куратор по здоровьесбережению совместно со специалистами школы выстраивают механизм межведомственного взаимодействия образовательной организации для реализации основных направлений Концепции.

3. Механизм управления организацией процесса здоровьесбережения в школе. Внутри образовательной организации работа в рамках системы здоровьесбережения выстраивается следующим образом: администрация школы и куратор по здоровьесбережению совместно со специалистами школы выстраивают механизм межведомственного взаимодействия образовательной организации для реализации основных направлений Концепции.

Алгоритм деятельности в рамках любого направления строится следующим образом:

- диагностический этап включает в себя диагностику всех участников образовательного процесса: состояния здоровья, представлений о ценности здоровья, установок на здоровый образ жизни и др. на основе комплексного подхода. На данном этапе используются такие формы входной диагностики как анкеты, тесты, опросы, интервью и т.д., а также осуществляется контроль запланированных результатов.

- просветительский этап формирует ценностное отношение к здоровью участников образовательного процесса, делая акцент на когнитивные и мотивационно-побудительные аспекты структуры личности. Данный этап включает в себя формирование валеологической компетентности, раскрытие роли примера педагогов и родителей в организации ЗОЖ как образца для воспитанников, вооружение всех участников образовательного процесса знаниями и способами здоровьесберегающей деятельности.

- оздоровительный этап (психолого-педагогическое, медицинское, физкультурно-оздоровительное направления) объединяет в себе медико-психолого- педагогические и физкультурно-оздоровительные мероприятия, направленные на коррекцию и профилактику проблем в области здоровья всех участников образовательного процесса .

Реализация каждого этапа осуществляется на основе комплексного взаимодействия специалистов внутри школы, а также организации межведомственного взаимодействия со специалистами вне школы для максимального достижения запланированного результата

4. Механизм взаимодействия по здоровьесбережению с обучающимися в образовательной организации.

Построение оптимальной модели здоровьесбережения в образовательной организации предполагает простой, но важный алгоритм действий. Так, при поступлении ребёнка в образовательное учреждение, по итогам регулярных осмотров или при возникновении проблем со здоровьем или учёбой должна быть проведена диагностическая работа, по результатам которой выявляются проблемы со здоровьем или вероятные сценарии его нарушения в будущем, обучающиеся должны быть условно дифференцированы на две категории – имеющие заболевание и здоровые. Каждая из этих групп требует особого внимания. При выявлении патологии требуется комплексная медико-психолого-педагогическая диагностика, которую должны провести специалисты школы, в дальнейшем она должна вылиться в разработанную систему медико-психолого-педагогического сопровождения обучающегося. Здоровые обучающиеся нуждаются в продуманной и эффективной профилактике, которая позволит минимизировать риски возникновения заболеваний.

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования заключается в возможности использования основных выводов и предложений для совершенствования деятельности по управлению охраной детства и создания условий для формирования и развития потенциала детского населения. При накоплении достаточной комплексной информационной базы о детях, ее верификации, могут быть разработаны реальные, встраиваемые в существующую на разных уровнях (федеральном, региональном, ведомственном) практику управления меры, которые позволят сохранить и приумножить потенциал детского населения России.

Вклад аспиранта в проведенное исследование заключается в разработке методического инструментария исследования, проведении социологических исследований и их обработке, сборе статистической информации, обобщении результатов исследования. Результаты и основные положения диссертации были представлены автором более чем на 20 конференциях и семинарах различного уровня. По теме диссертационного исследования автором опубликовано 14 работ, в том числе одна монография (с участием автора), четыре публикации в изданиях, включенных в Перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Р Ф. Общий объем работ – 25 п. л. (личный вклад автора 10,5 п. л.).

Основные научные публикации по теме диссертационного исследования. В изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. Касимов, Р.А., Разварина, И.Н. Апробация модели формирования регионального здоровьесберегающего образовательного пространства на муниципальном уровне // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 5. – С. 222-237 (1,7 / 0,8 п.л.).
2. Основные направления работы с детьми и их семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении [Текст] / И.Н. Разварина, В.Н. Барсуков, Е.О. Смолева, Л.Н. Фахрадова // Проблемы развития территории. – 2016. – № 3. – С. 81-99. (2,1/ 0,5 п.л.).
3. Профилактика и коррекция девиантного поведения несовершеннолетних на уровне образовательной организации [Текст] / Л.Н. Фахрадова, В.Н. Барсуков, Е.О. Смолева, И.Н. Разварина // Проблемы развития территории. – 2016. – № 2. – С. 123-136. (1,5/ 0,4 п.л.).
4. Фахрадова, Л.Н. Рискованное деструктивное поведение подростков и условия его формирования [Текст] / Л.Н. Фахрадова, И.Н. Разварина, Е.О. Смолева // Проблемы развития территории. – 2017. – № 1. – С. 114-129.

Другие публикации:

5. Качество молодого поколения в контексте модернизации России [Текст]: монография / колл. авторов под ред. д.э.н. А.А. Шабуновой.– Вологда: ИСЭРТ РАН, 2016. – 250 с.(29/0,5)
6. Разварина, И.Н. Здоровье как фактор формирования личностных качеств подростков [Электронный ресурс] / И.Н. Разварина // Вопросы территориального развития. – 2016. – № 3. (1,3 п.л.)
7. Разварина, И.Н. Нервно-психическое развитие детей: актуальные проблемы оценки (по данным мониторинга в Вологодской области) [Электронный ресурс] / И.Н. Разварина, Л.Н. Фахрадова // Социальное пространство. – 2016. – № 5.(0,6/0,3)
8. Разварина И.Н. Основные факторы развития и здоровья детей до одного года /И.Н.Разварина // Экономика и социум:2015 - № 4(17).(0,6 п.л.)
9. Разварина, И.Н. Оценка влияния уровня школьной мотивации на формирование личностных характеристик подростков/И.Н. Разварина, А.Г. Харламова, И.В.Тропина // Экономика и социум:2016 - № 3(16) (1,2/0,4 п.л.)
10. Разварина И.Н. Семья как социальный институт развития личности ребенка в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Кондакова, И.Н. Разварина // Проблемы развития территории. – 2014. – №8(74). – С. 100-109. (1,0/0,5 п.л.)
11. Разварина И.Н. Семья как фактор формирования нервно-психического развития детей. /И.Н.Разварина// Вопросы территориального развития: 2015. – №3(23).(0,8 п.л.)
12. Разварина И.Н. Социально-экономический портрет семей как фактор формирования здоровья новорожденных детей. /И.Н.Разварина // Экономика и социум:2015 - № 3(16) (1,7 п.л.) 3)
13. Разварина И.Н. Факторы риска снижения здоровья детского населения Вологодской области/И.Н. Разварина, Л.Н. Фахрадова/ Экономика и социум: июль, 2016 - № 7(26).1,2/0,6 п.л.)
14. Фахрадова Л.Н., Смолева Е.О., Разварина И.Н. Межпоколенные отношения в современной российской семье // Гуманитарные научные исследования. 2016. № 8 [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://human.snauka.ru/2016/08/15998> (дата обращения: 08.08.2016)(11,1/0,3)