

УДК 616-053.5-084+371.7

*Л.А. Жданова, А.В. Шишова, Н.Н. Нежкина,
И.Е. Бобошко*

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО МЕДИКО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

Ивановская государственная медицинская академия

Ключевые слова: школьники, профосмотры, медико-психолого-педагогическое сопровождение.

В последние годы отмечается рост заболеваемости детей практически по всем классам болезней и всем возрастным группам. По данным всероссийской диспансеризации, проведенной в 2002 г., 32% детей признаны здоровыми (I группа здоровья), 52% имели функциональные отклонения или факторы риска заболеваний (II группа здоровья), 16% — хронические болезни (III—V группы здоровья). Наиболее выраженный рост заболеваемости отмечен среди детей в возрасте от 7 до 18 лет, совпадающем с периодом школьного обучения. Уровень здоровья детей этого возраста в значительной мере зависит от условий обучения, характера учебного процесса, образа жизни [1].

Более выражено ухудшение состояния здоровья в так называемые «переломные периоды обучения»: на первом году, при переходе к предметному обучению (5-й класс) и на третью ступень школы. Во многом это обусловлено эмоциональным стрессом, возникающим при изменении микросоциальных условий. Особую роль в возникновении заболеваний в эти периоды играют психологические факторы, в том числе и межличностные конфликты, возникающие в школьном коллективе, а также между учащимися и учителем. Известно, что около 40% детей начальной школы имеют конфликтные отношения как в семье, так и в школе. Это определяет высокую частоту невротических расстройств, а в последствии и формирование психосоматической патологии — около 60% хронических заболеваний у детей имеют психосоматический генез.

Особую тревогу вызывает состояние психического здоровья. Отмечается рост пограничных психических отклонений, часто формирующих социальную недостаточность, особенно в подростковом возрасте. Отмечается увеличение числа детей группы высокого медико-социального риска. По данным ряда исследований, до 50% современных подростков имеют признаки социальной и психологической дизадаптации.

Анализ данных всероссийской диспансеризации детского населения России подтверждает, что больше половины учащихся нуждаются не только в оздоровительных мероприятиях, но и в коррекции нарушений здоровья. Между тем свертывание профилактических программ в амбулаторном звене здравоохранения, отсутствие эффективных оздоровительных технологий,

сокращение материально-технической базы для оздоровления, коррекции нарушений здоровья и реабилитации явились одной из причин негативных сдвигов в состоянии здоровья детей и подростков.

Учитывая негативные тенденции в состоянии здоровья школьников, Министерством здравоохранения Российской Федерации на основе научных исследований адаптационных механизмов и критических периодов формирования здоровья детей была введена принципиально новая система профилактической работы в образовательных учреждениях. Основными принципами ее организации и проведения являются комплексность использования профилактических и оздоровительных технологий, их непрерывность в течение всего года, максимальный охват, интеграция в образовательный процесс, формирование положительной мотивации у учащихся, медицинского персонала, педагогов и родителей. В 2001 г. МЗ РФ издан приказ № 371, согласно которому нагрузка на школьных врачей была снижена почти вдвое и в настоящее время составляет 1 должность на 1200 учащихся. Тем не менее эффективность профилактической работы в образовательных учреждениях остается недостаточной. Ее повышение возможно за счет межведомственной интеграции медицинского персонала, педагогов, психологов, социальных работников по созданию технологии охраны и активного формирования здоровья детей. Необходимость такого взаимодействия закреплена в существующей нормативно-правовой базе. Совместный приказ МЗ и МО РФ № 186/272 от 30.06.1992 г. предусматривает участие педагогов в проведении профилактических осмотров и выработке рекомендаций по укреплению здоровья детей в образовательных учреждениях [4]. Осуществление оздоровительных технологий предполагает здесь совместную деятельность администрации образовательных учреждений, педагогов и медицинского персонала (приказ МЗ РФ № 139 от 04.04.2003 г.). Федеральный закон «Об образовании» ответственность за использование здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях возлагает на администрацию и педагогический коллектив.

Однако, несмотря на имеющуюся нормативно-правовую базу, технология такого взаимодействия недостаточно проработана. В результате не только педагоги, но и медицинские работники недостаточно готовы к интеграции. В настоящее время медицинский персонал школ (врач и медицинская сестра), несмотря на заявленный приоритет первичной профилактики, в большей степени ориентирован на нозологический принцип. Первоочередной задачей профилактических осмотров является выявление учеников с нарушением здоровья и составление для них перечня ограничений в условиях школы, а также своевременное направление этих детей на дообследование в детскую поликлинику. Проводимые медработниками оздоровительные мероприятия зачастую сводятся к применению фитопрепаратов, витаминов, минеральных вод, физиопроцедур, т.е. сугубо медицинских методов.

При профилактических осмотрах и выборе оздоровительных мероприятий медицинскими работниками недостаточно учитываются педагогические факторы, определяющие формирование здоровья, в частности: возможные межличностные конфликты между педагогом и ребенком, педагогом и родителем, родителем и ребенком и т.д. Между тем воздействие именно на эти факторы может существенно снизить частоту дидактогенных заболеваний и другой психосоматической патологии [6]. Это же можно сказать и в отношении выбора учебных нагрузок и программ преподавания, в которых медицинские работники школы практически не участвуют. В связи с этим учебные нагрузки, будучи не всегда адекватными психофункциональным возможностям ребенка, могут приводить к заболеваниям. Вместе с тем ряд детей, имея высокие показатели интеллекта, большие функциональные резервы организма, хорошо справляются с повышенными нагрузками, а их снижение может приводить к замедлению интеллектуального развития до среднего уровня. Поэтому не совсем верно требование о снижении сложности учебных программ для всех детей, высказанное в последние годы медицинскими работниками. Более правильным решением этой проблемы является разработка системы дифференцированного медико-психолого-педагогического сопровождения для обучения по программам различной сложности. Медико-психолого-педагогическое сопровождение — это движение вместе с ребенком по его жизненному пути без попыток навязывать ему свои ориентиры, а лишь помогая ему делать правильный выбор в трудной ситуации.

Идеология сопровождения:

- научно-методическое руководство учебно-воспитательным процессом, ориентирующее последний на оптимальное развитие каждого ученика в меру его индивидуальных особенностей;
- оказание помощи детям с трудностями школьной адаптации, выявление их причины и выбор профилактических и оздоровительных мероприятий;
- содействие каждому ребенку в процессе всего школьного обучения.

Это реализуется через следующие мероприятия:

- создание условий для успешного обучения без ущерба для здоровья и нормального развития ребенка;
- выделение сильных сторон индивидуальности, чтобы, опираясь на них, развивать слабые стороны;
- создание условий для выработки у учеников ответственности за свою жизнь;
- выработка адаптивности ребенка к объективно данной ему среде.

Несмотря на приоритет актуальных и потенциальных потребностей, образовательная среда должна предъявлять требования к ребенку. При этом важно согласовать приоритеты его внутреннего мира, ценности и функциональные возможности с разумными, важными для развития ребенка требованиями среды. Решение этой проблемы может осуществляться лишь

при хорошо продуманной системе взаимодействия медицинского персонала с учителем и психологом.

Основной человек, осуществляющий сопровождение ребенка в школе, — учитель. Именно он, находясь в тесном постоянном взаимодействии с учеником, не только передает знания и умения, но и в значительной степени влияет на его психоэмоциональное состояние. Следовательно, именно учитель, с одной стороны, может усиливать эмоциональное напряжение детей, что приводит к развитию психосоматических заболеваний. С другой стороны, используя здоровьесберегающие технологии преподавания с учетом индивидуальных особенностей, учитель может вносить существенный вклад в укрепление здоровья учащихся, способствуя максимальной реализации задатков их умственного и физического развития.

Следовательно, учитель, осуществляя педагогическое сопровождение, обязательно должен учитывать его психологический и медицинский компоненты. В этой ситуации психолог обеспечивает правильную ориентацию педагога на индивидуальные психологические особенности ученика, а врач — на профилактику заболеваний, в том числе и дидактогенных.

Оптимизация процесса адаптации ребенка к школьной среде должна строиться, прежде всего, с учетом его актуальных и потенциальных возможностей. При этом медико-психолого-педагогическое сопровождение должно обеспечить, с одной стороны, создание условий для успешного школьного обучения без ущерба для здоровья. С другой стороны, в процессе этого сопровождения следует подобрать стимулирующее воздействие, способствующее оптимизации интеллектуального и физического развития ребенка, в том числе и за счет педагогических инноваций.

Реализация этих принципов медико-психолого-педагогического сопровождения должна осуществляться в процессе профилактических осмотров, цель которых — комплексная оценка здоровья, предполагающая не только постановку диагноза, но и оценку отдельных показателей развития и зрелости организма. В процессе школьного обучения выделяют следующие декретированные периоды, в которые проводят углубленное обследование детей с обязательным участием педиатра и специалистов: 1, 5, 7, 9—11 классы, 18 лет [3, 5].

В проведении профилактических мероприятий выделяют три этапа: доврачебный, этап специализированной помощи и врачебный. На доврачебном этапе медицинская сестра образовательного учреждения проводит обследование всех детей с помощью скрининг-тестов. В эти периоды базовая программа скрининг-тестов расширяется, а ряд тестов проводится чаще, чем один раз в год. Для каждого возраста определена программа скрининг-тестирования. Результаты обследования медицинская сестра заносит в «Медицинскую карту ребенка» (форма 026/у-2000). В условиях медико-психолого-педагогической интеграции к проведению доврачебного этапа привлекаются не только медицинская сестра, но и учитель по

физическому воспитанию, педагог, психолог. На этом этапе межведомственное взаимодействие осуществляется при оценке физической подготовленности и нервно-психического развития.

Все исследования по определению уровня физической подготовленности проводит преподаватель физкультуры в школе. Результаты тестирования он должен передавать в медицинский кабинет образовательного учреждения медицинской сестре для переноса информации в форму 026/у-2000. Оценка результатов фиксируется также в классном журнале, чтобы педагоги и родители имели возможность организовать внеклассную работу с учетом этих показателей.

Для оценки нервно-психического развития важна интеграция с психологом, а при его отсутствии — с педагогом. На профосмотрах анализируют интеллектуальное развитие, эмоционально-поведенческие реакции, характерологические особенности, социометрические характеристики, невротические расстройства. В своей работе школьные психологи могут использовать различные тесты для оценки этих показателей. Поскольку они часто работают по запросу педагогического коллектива, перечень исследуемых психологических характеристик может изменяться. В условиях межведомственной интеграции важно определить обязательные для анализа показатели нервно-психического развития, жестко не регламентируя тесты, с помощью которых они определяются. Важно, чтобы выбранные методики были просты в выполнении и при отсутствии психолога могли быть осуществлены педагогом. Результаты диагностики фиксируются психологом в «Журнале диагностики», а также передаются в медицинский кабинет школы. Врач на основании этих данных дает оценку нервно-психического развития ребенка, которую вносит в соответствующий раздел «Медицинской карты ребенка». По результатам диагностики психолог образовательного учреждения отбирает учеников с отклонениями психического здоровья. Этим детям он проводит углубленную психодиагностику и назначает развивающие и коррекционные мероприятия.

Особую актуальность в плане медико-психолого-педагогического контроля имеют периоды, связанные с изменением микросоциальных условий жизни, прежде всего связанных с изменениями условий обучения, с появлением новых школьных факторов и нагрузок. Поскольку 1-й, 5-й и 10-й классы являются периодами, в которые легко возникают нарушения здоровья, связанные с процессом приспособления к изменяющимся условиям обучения, в это время необходимо наблюдение за адаптацией. Его проводят медицинская сестра и педагог в течение одного года. Результаты наблюдения заносятся в «Лист наблюдения за адаптацией». Медицинская сестра в конце каждой четверти анализирует эти листы и выделяет учеников, имеющих отклонения. Эти дети в процессе наблюдения консультируются в образовательном учреждении педиатром и при необходимости психологом. По результатам наблюдения назначаются медико-психоло-

го-педагогические коррекционные мероприятия, данные фиксируются в «Медицинской карте ребенка для образовательных учреждений» (форма 026/у-2000).

При выраженных отклонениях здоровья или неэффективности коррекционных мероприятий в образовательном учреждении ребенок направляется к участковому педиатру, а затем в отделение медико-социальной помощи. По результатам консультирования участковый педиатр составляет план медико-психолого-педагогической реабилитации в поликлинике и дает рекомендации в образовательное учреждение.

В конце учебного года всем детям проводится лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов), с 5 класса — электрокардиография, с 15 лет — флюорография. В эти периоды все дети должны быть осмотрены врачами-специалистами (стоматологом, неврологом, окулистом, хирургом-ортопедом, отоларингологом, с 5 класса — гинекологом, эндокринологом, с 7 класса — урологом-андрологом). Педиатр обобщает результаты скрининг-тестов, параклинических обследований, заключения врачей-специалистов, проводит обследование ребенка по органам и системам.

Врач школы по результатам осмотра и тестирования дает заключение по комплексной оценке состояния здоровья, которая включает: группу здоровья, клинический диагноз, группы риска, углубленную оценку физического развития, оценку нервно-психического развития, медицинскую группу по физкультуре. Начиная с 5-го класса врач выносит в заключение оценку полового развития, ограничения в выборе профессии, с 10-го класса добавляется оценка репродуктивного поведения, ограничения деторождения. В заключение также выносятся оценка течения адаптации. В случае неблагоприятной адаптации указывается конкретная патология: развитие невротической реакции (какой), учащение острых респираторных заболеваний, появление соматического заболевания или функциональных расстройств (каких). Дети с неблагоприятным течением адаптации берутся на диспансерный учет в образовательном учреждении, где организуется их реабилитация с учетом рекомендации из поликлиники.

Для более эффективной выработки рекомендаций и согласования действий по проведению оздоровительных и реабилитационных мероприятий мы предлагаем создание новой организационной формы работы медицинских и педагогических кадров, которая бы оптимизировала их взаимодействие при проведении профилактических осмотров. Это медико-психолого-педагогический консилиум (МППК), на заседании которого проводится уточнение комплексной оценки здоровья и выбор медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка с учетом его индивидуальных свойств, особенностей роста и развития, основанного на объединении информации, характеризующей здоровье ребенка, от всех членов «школьной команды»: медицинского персонала (врача и медсестры), учителя, психолога, учителя физкультуры. Название этого

органа может изменяться членами «школьной команды» образовательного учреждения.

Консилиум не только решает проблемы учащихся, которые могут негативно отразиться на состоянии их здоровья, но и определяет пути повышения уровня физического, нервно-психического развития, оптимизации социальной адаптации. Кроме того, МППК несет взаимообучающую функцию. В процессе обсуждения характеристик здоровья ребенка учитель становится наблюдательнее, более адекватно может оценить имеющиеся школьные трудности ученика и активнее усваивает здоровьесберегающие технологии преподавания. Психолог учится осуществлять взаимодействие не только с учителем и врачом, но и способствовать более адекватной интеграции их усилий в укреплении здоровья учащихся. Врач школы в большей степени ориентируется на дидактогенное происхождение ряда нарушений здоровья детей и получает более полное представление о возможностях педагогов и психологов в проведении оздоровительных мероприятий.

Принципами межведомственного взаимодействия в процессе МППК являются: научно обоснованный подход с учетом зарубежного и отечественного опыта и местных условий; межведомственная интеграция с четким распределением функциональных обязанностей; равноправное сотрудничество всех членов «школьной команды»; профессиональная компетентность; ответственность, создание единого понятийного аппарата и общей документации; паритетное участие в создании условий, способствующих укреплению здоровья; взаимозаинтересованность, основанная на общих критериях эффективности; четкое представление о мерах ответственности; уважение к личности ребенка и соблюдение его интересов; конфиденциальность (не разглашение медицинской тайны); информированное согласие родителей на обсуждение сведений о ребенке с членами «школьной команды».

Функции МППК в школе:

- 1) диагностическая: оценка здоровья и индивидуальных особенностей ребенка; оценка индивидуальных особенностей развития; выявление нарушения здоровья; динамический контроль течения адаптации в переломные периоды обучения; выявление школьных проблем;
- 2) функция сопровождения: оздоровительная работа с классным коллективом; индивидуальная оздоровительная работа; осуществление дифференцированного педагогического подхода, в том числе и на уроках физкультуры с учетом индивидуальных особенностей; индивидуальная и групповая психологическая коррекция; медицинская коррекция нарушений здоровья.
- 3) организационно-методическая: определение приоритетов деятельности администрации школы и проведение организационных мероприятий по укреплению здоровья учащихся; координация деятельности МППК с отделениями детской поликлиники и другими лечебно-профилактическими учреждениями (диспансеры, реабилитационные и диагностические центры и т.д.),

а также психолого-педагогическими центрами системы образования и социальной защиты; проведение методических совещаний по вопросам укрепления здоровья детей; систематизация и внедрение новых оздоровительных медико-психолого-педагогических технологий; организация учебы (лекции, семинары, тренинги для членов «школьной команды»);

- 4) информационно-просветительная: просвещение детей, родителей, педагогов по вопросам укрепления здоровья детей.

Заседания МППК проводятся в конце учебного года по графику, составленному для каждого класса. На этапе их подготовки осуществляется предварительное согласование медицинских и психолого-педагогических наблюдений и направление ребенка на углубленную диагностику, а также предварительный выбор тактики медико-психолого-педагогического сопровождения. На заседании консилиума может уточняться комплексная оценка здоровья с учетом результатов углубленной психологической диагностики и информации от учителей, а также рекомендации для учителей, администрации школ, учеников и родителей и распределяются обязанности по их реализации.

Основной докладчик на консилиуме — врач-педиатр образовательного учреждения. Он оценивает уровни физического развития, физической подготовленности и нервно-психического развития. На консилиуме дается интегральное заключение по течению адаптации (без формулировки диагноза). Оно формируется с учетом адаптации ребенка к основным школьным факторам — учебным нагрузкам (по оценке успеваемости) и коллективу сверстников (по социометрическому опросу). Психолого-педагогическая оценка может углубляться с учетом результатов психолого-педагогической диагностики, проводимой при возникновении школьных проблем. Интегральная медико-психолого-педагогическая оценка течения адаптации ребенка к обучению состоит из двух показателей: состояние здоровья (З) и адаптации (А) к учебе и коллективу. Знак «З+» выставляется при отсутствии негативной динамики в состоянии здоровья в период адаптации, а знак «З—» — при ее наличии. Знак «А+» выставляется детям с благоприятным социометрическим статусом и хорошей успеваемостью. Знак «А±» выставляется, если ребенок не принят или изолирован в коллективе или имеет низкую (удовлетворительную и неудовлетворительную) успеваемость. Знак «А—» выставляется при неблагоприятном социометрическом статусе (не принятый или изолированный в коллективе) и низкой успеваемости.

Далее врачом дается информация об ограничениях, связанных с отклонениями здоровья. Информация берется из «Медицинской карты ребенка» (формы 026/у-2000). В качестве содокладчиков могут выступать психолог, учитель физической культуры, классный руководитель. По итогам консилиума заполняется «Лист здоровья» в классном журнале. Медицинская сестра во время проведения консилиума ведет протокол.

В ходе МППК вырабатываются совместные рекомендации по сопровождению ребенка в образовательном учреждении. Для этого разработаны шесть модулей рекомендаций с учетом физической подготовленности. Модуль ФВ № 1 содержит рекомендации для ребенка, родителей, учителя, классного руководителя при снижении скоростных качеств, ФВ № 2 — выносливости, ФВ № 3 — ловкости, ФВ № 4 — мышечной силы, ФВ № 5 — гибкости, ФВ № 6 — равновесия. С учетом течения адаптации предлагаются шесть вариантов стандартных рекомендаций по дальнейшему обучению ребенка и его сопровождению в учебном процессе. Разработаны девять модулей рекомендаций для ребенка, родителей, учителя, классного руководителя с учетом состояния психического здоровья (ПЗ): ПЗ № 1 — при снижении интеллекта, ПЗ № 2 — при высоком уровне тревожности, ПЗ № 3 — при чрезмерном спокойствии, ПЗ № 4 — при высоком уровне невротизации, ПЗ № 5 — при высоком уровне экстраверсии, ПЗ № 6 — при высоком уровне интроверсии, ПЗ № 7 — при неблагоприятном социальном статусе, ПЗ № 8 — блок работы с семьей, ПЗ № 9 — раздел работы с учителем.

Кроме того, на консилиуме вырабатываются рекомендации с учетом группы по физкультуре, по переводу в образовательные учреждения общего, коррекционного типов и с повышенным уровнем образования, озвучиваются ограничения в выборе профессии. Психолог выносит на согласование индивидуальную психологическую коррекцию, которую планирует с учетом уровня нервно-психического развития. В ходе консилиума могут уточняться стрессогенные факторы педагогического процесса и определяться мероприятия, уменьшающие вызванный ими стресс. Возможно также дополнительное согласование взаимодействия психолога и учителя в отношении детей, имеющих трудности обучения.

В настоящее время рекомендации по результатам профилактических осмотров не всегда доводятся до сведения родителей. Согласно опросу, проведенному нами в одной из школ, ни разу не получали информацию по результатам профилактического осмотра о состоянии здоровья ребенка 61% родителей, еще 33% получали подобную информацию лишь 1–2 раза за весь период обучения в школе. Это подтверждает формальность проведения профилактических осмотров, а следовательно, и низкую их эффективность. Из тех родителей, которые информацию все-таки имели, 50% отмечали, что она была получена от медицинских работников школы (врача и медсестры), 48% родителей получали ее от учителя и только 2% — только от самого ребенка. Рекомендации, которые выдавали родителям после профилактического осмотра, носили формальный характер. Согласно нашему опросу, подавляющее большинство рекомендаций, данных в школе (64%), касались необходимости обратиться к врачам-специалистам и лишь 22% рекомендаций носили профилактическую направленность (по питанию, закаливанию

и т.п.). Остальные родители отмечали, что получали информацию о факте медицинского осмотра, о недомогании ребенка в школе или о прививках. Частично исправить подобную ситуацию возможно путем внедрения компьютерной программы мониторинга здоровья учащихся, работу над которой в настоящее время заканчивают сотрудники ИГМА совместно с компанией «Медиком» [2]. В результате будет получена возможность совершенствования работы школьного врача и медицинской сестры при составлении заключений по результатам профилактических осмотров, выдачи индивидуальных рекомендаций для медицинских работников, педагогов, психолога, родителей и учащихся с учетом соматического здоровья, физической подготовленности, состояния нервно-психической сферы и уровня адаптации.

Литература

1. Доклад о состоянии здоровья детей в РФ (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). — М., 2003.
2. Межведомственная интеграция в охране здоровья детей школьного возраста / Жданова Л.А., Шишова А.В., Бобошко И.Е., Нежкина Н.Н. и др. — Иваново : ГОУВПО ИвГМА Минздрава России, 2004.
3. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: метод. пособие / под ред. Г.Н. Сердюковской. — М., 1993.
4. Приказ № 186/272 МЗ РФ и МО РФ «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» от 30.06.1992 г.
5. Приказ № 60 МЗ и медицинской промышленности РФ «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» от 14.03.1995 г.
6. Приказ № 636 МО РФ «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования РФ» от 22.10.1999 г.

Поступила в редакцию 28.04.05.

OPTIMIZATION OF SYSTEM OF INTERDEPARTMENTAL MEDICAL-EDUCATION INTERACTION IN SCHOOL CHILDREN HEALTH PROTECTION

L.A. Zhdanova, A. V. Shishova, N.N. Nezhkina, I.E. Boboshko
Ivanov State Medical Academy

Summary — Higher efficiency of prophylaxis in educational service can be achieved by interdepartmental interaction of the medical personnel, teachers, psychologists, social workers which should be done in prophylactic examinations. The choice of medico-psychological-educational support of the child in view of his individual properties is done by medico-psychological-educational commission. Creation and introduction of the computer program of monitoring of health of pupils will promote perfection of work of the school doctor and the nurse at drawing up the conclusions by results of routine inspections; designing individual recommendations for medical workers, teachers, psychologists, parents based on somatic health, physical readiness, psychological status, adaptation.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 89-93.