

трудности воспитания в замещающей семье. Одним из необходимых условий успешного включения ребенка в замещающую семью является в первую очередь сформированность педагогической компетентности у замещающих родителей, так как уже в период адаптации ребенка в замещающей семье могут наблюдаться проблемы и, как следствие, этот период не всегда протекает благополучно.

Несмотря на всестороннее изучение проблем семейного воспитания, в том числе и формирования готовности замещающих родителей к взаимодействию с детьми, в современном педагогическом знании отсутствует целостное представление о процессе развития педагогических умений родителей из профессионально-замещающей семьи.

Значимость исследования проблемы формирования педагогической компетенции приемного родителя к включению социальной сироты на основе овладения комплексом педагогических умений обусловливается недостаточной разработанностью теории и практики формирования данных умений.

Все вышеизложенное подчеркивает важность и социальную значимость данной темы для современного общества.

#### Список цитируемых источников

1. Дети и молодежь Республики Беларусь / под ред. И. В. Медведевой [и др.]. — Минск : Белстат, 2018. — 133 с.
2. Андреева, Г. М. Социальная психология. Текст. / Г. М. Андреева. — М.: Аспект-пресс, 1996. — 416 с.
3. Брутман, В. И. Причины социального сиротства. Аналитический взгляд на проблему / В. И. Брутман // Социальная работа — М., 1994. — № 5. — С. 12.
4. Хамбалова, А. Ф. Социальное сиротство как социально-педагогическая проблема [Текст] // Теория и практика образования в современном мире: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2014 г.) / А. Ф. Хамбалова. — СПб.: Заневская площадь, 2014. — С. 379—381.
5. Гайсина, Г. И. Семейное устройство детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: российский и зарубежный опыт / Г. И. Гайсина. — С. 24.
6. Осипова, И. И. Замещающая семья в России // Психологическая наука и образование / И. И. Осипова. — №2. — 2006. — С. 71.
7. Гурко, Т. А. Система замещающей опеки над детьми, лишенными родительского попечения временно и навсегда: проблемы реформирования // Профессиональные замещающие семьи в современной России: опыт, проблемы, направления совершенствования. Патронатная семья как форма семейного устройства детей: материалы Всероссийского научно-практического семинара (г. Уфа, 18—19 декабря 2014 г.) / Отв. ред. Ф. Б. Бурханова. Уфа: РИЦ БашГУ. — 2015. — С. 9.
8. Ослон, В. Н. Замещающая профессиональная семья как одна из моделей решения проблемы сиротства в России / В. Н. Ослон, А. Б. Холмогорова. — С. 89.

УДК 37.0(075.8)

Я. В. Чмулева

Учреждение образования «Барановичский государственный университет», Барановичи

### ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КОНТЕКСТЕ НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ

**Введение.** Проблемы полового воспитания, любви и брака, профилактики венерических заболеваний (сифилиса, гонореи и др.), ВИЧ-инфекции, СПИДа диктуют необходимость полового просвещения молодежи [1]. Главная причина распространения ВИЧ-инфекции — беспорядочная, аморальная жизнь, несоблюдение добрачного целомудрия и брачной верности [2].

ВИЧ-инфекция — инфекционный процесс в организме человека, вызываемый вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). СПИД — терминальная фаза ВИЧ-инфекции. Заразившиеся ВИЧ в течение нескольких лет являются практически здоровыми, ведут обычный образ жизни и могут служить источником заражения других лиц. Бессимптомная форма инфекции может перейти в клинически выраженную при различных факторах, вызывающих ослабление иммунной системы (любая наслоившаяся инфекция или инвазия, в т. ч. повторное инфицирование ВИЧ) [3]. К сожалению, знания о данной проблеме у молодых людей часто носят поверхностный характер.

**Основная часть.** По данным медицинской литературы, наибольшие концентрации вируса содержатся в крови, сперме, секретах женских половых органов, спинномозговой жидкости. Далее, по убывающей степени концентрации, ВИЧ содержится в околоплодных водах, женском молоке, в слюне, поте, слезах, экскрементах, моче [3]. Пути передачи ВИЧ-инфекции следующие [3]: прямой контакт (половые сношения) ( $\approx 77\%$ ); через кровь и ее препараты от инфицированных доноров ( $\approx 16\%$ ); через предметы, зараженные кровью источника возбудителя инфекции при наличии мелких дефектов на коже и слизистых оболочках; вертикальная передача (трансплацентарный путь) от матерей детям ( $\approx 1\%$ ); через грудное молоко; бытовой путь (через общую посуду в ресторанах, барах, распивочных) (возможен теоретически); при пересадке органов и тканей (в США 3 больных заразили СПИДом, пересадив им почку, печень и сердце от 30-летнего мотоциклиста, погибшего в результате дорожно-транспортного происшествия); при поцелуях, укусах большим

человеком здорового (за рубежом пришлось вводить новую униформу для полицейских, которые часто страдают от укусов демонстрантов, преступников или психически неуравновешенных людей).

Свыше 90% ВИЧ-инфицированных составляют мужчины-наркоманы, гомосексуалисты в возрасте 20—40 лет. Описаны случаи заражения через иглы для акупунктуры, татуировки. Не исключается заражение через повторно используемые без дезинфекции бритвенные и маникюрные приборы. Имелись случаи заражения при пересадке органов и тканей (даже роговицы), матерей при грудном вскармливании детей (через слюну от зараженного ВИЧ ребенка матери — через трещины околососковой зоны, а также от матери через молоко — ребенку), при попадании инфицированной крови на кожные покровы, слизистые. Не отрицается возможность заражения при пользовании общей зубной щеткой и другими предметами личной гигиены. Описаны случаи заражения медработников от ВИЧ-инфицированных лиц при случайных уколах, порезах, разбрызгивании крови при проведении медицинских манипуляций. Не исключено заражение при обширном или длительном загрязнении кровью кожной поверхности.

Вертикальный путь передачи от матери плоду происходит трансплацентарно или в процессе родов. По разным источникам вероятность инфицирования составляет от 25 до 50%. Поскольку ребенок может иметь материнские антитела, достоверность его инфицирования устанавливается в процессе 3-летнего наблюдения за ним.

По мнению большинства исследователей, заражение через бытовые контакты (рукопожатия, дружеские поцелуи, пользование общими столовыми приборами, ваннами, санузлами, при купании в бассейне, бане) не доказаны. Инкубационный период ВИЧ-инфекции: от нескольких месяцев до 3—5 лет и больше.

Продромальный период характеризуется следующими симптомами: лихорадка, похудание, диарея, утомляемость, ночная потливость, лимфаденопатия. Стабильное увеличение лимфоузлов является первым признаком расстройств иммунной системы.

Эксперты ВОЗ считают, что увеличение нескольких групп лимфоузлов, длящееся более 1,5 мес., позволяет предполагать СПИД. Различают несколько клинических форм СПИДа:

1) легочная — в 30—35% случаев протекает в сочетании с саркомой Капоши, характеризуется развитием интерстициальной пневмонии;

2) кишечная — обусловлена диарейным синдромом, характеризуется длительным течением (1—2 мес. и более), существенной (10% и более) потерей массы тела, частыми рецидивами, резистентностью к лечению бактериальными препаратами, отсутствием в фекалиях «обычных» возбудителей диарейных заболеваний;

3) церебральная — наблюдается в виде изолированных опухолей мозга сравнительно нечасто (лимфомы 2—3%). Чаще (у 15—20%) регистрируются различные вторичные инфекции ЦНС (менингиты, абсцессы мозга, острые и подострые энцефалиты). Кроме того, в ряде случаев как следствие тромбоцитопении развиваются различные сосудистые поражения, церебральные геморрагии;

4) диссеминированная — встречается довольно часто (50—60%), проявляется поражением кожи и слизистых оболочек;

5) неидентифицированные формы — отличаются длительной (2—3 мес.) лихорадкой неясной этиологии, беспричинной потерей массы тела на 10% и более, длительной диареей (3—5 мес.) без высева «обычных» возбудителей и при отсутствии эффекта от лечения, а также другими системными изменениями без определенной локализации патологического процесса.

У больных с развившейся картиной СПИДа первые результаты исследования на ВИЧ могут быть отрицательными, поэтому обследование нужно повторять многократно, примерно с месячным интервалом, а если болезнь прогрессирует, то чаще.

Однако от момента заражения до выработки антител обычно проходит в среднем от 3-х недель до 3-х месяцев. Нередки случаи сероконверсии через 6 месяцев, описаны случаи даже через 1—3 года. Этот период называется «сероконверсионное окно».

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от сероположительных матерей, сложна. С одной стороны, в течение первого года жизни в сыворотке крови ребенка циркулируют материнские антитела и, следовательно, обнаружение антител к ВИЧ у детей первого года жизни, не является достаточным основанием для постановки им диагноза ВИЧ-инфекции. С другой стороны, поскольку заражение ВИЧ в неонатальном периоде может индуцировать гипо-агаммаглобулинемию, исчезновение антител не может считаться достаточным основанием для снятия диагноза ВИЧ-инфекция, в связи с чем дети, родившиеся от ВИЧ-позитивных матерей, должны наблюдаться не менее, чем в течение 36 месяцев от рождения.

Женщины, употреблявшие контрацептивные таблетки, преждевременно стареют, чаще и ранее других подвергнуты процессу артериосклероза, мозговым кровоизлияниям и развитию сердечных заболеваний, рака кожи, груди, матки и болезням печени. У них слабеет зрение, появляются психические проблемы, нарушается процесс свертывания крови. Наступает воспаление вен, ведущее к тромбофлебиту и эмболии. Установлено, что проститутки, употребляющие контрацептивные таблетки, заражаются СПИДом чаще тех, которые таблеток не принимают. Это объясняется тем, что гормональные таблетки похожи на так называемые гормоны кортикостероиды, уменьшающие сопротивление организма, а женщины, употребляющие таблетки, имеют на слизистой оболочке ранки, через которые вирус СПИДа может легко проникнуть [2].

**Заключение.** Анализ нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь по проблеме ВИЧ/СПИД [3] позволяет сделать вывод о необходимости совершенствования профилактической работы в учреждениях образования. Учащая молодежь должна иметь полноценную подготовку, расширенные, достоверные знания по профилактике ВИЧ-инфекции. Необходимо привлекать врачей к обучению молодых людей по проблеме профилактики ВИЧ-инфекции, нравственного воспитания юношей и девушек.

#### Список цитируемых источников

1. Селезнёв, А. А. Психология здоровья : учеб.-метод. пособие / БарГУ; А.А. Селезнёв. — Барановичи, 2006. — 132 с.
2. Лисец, А. Целомудренная молодежь / А. Лисец. — Гродно : Гродненская Римско-Католическая Епархия, 1997. — 63 с.
3. Сборник нормативных документов по проблеме ВИЧ/СПИД. — Минск : МЗ РБ, 1995. — 126 с.
4. Барабохина, В. А. Программа профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Нравственное воспитание молодежи / В. А. Барабохина, Г. Р. Замалдинова, Н. Г. Травникова. — СПб. : Речь, 2008. — 240 с.

УДК 371

В. В. Шинкевич

Учреждение образования «Барановичский государственный университет», Барановичи

### ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ НАВЫКОВ САМООРГАНИЗАЦИИ У УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

**Введение.** Самостоятельная организация осознанной деятельности представляет собой важное качество учащегося, включающее в себя умение осуществлять самостоятельное целеполагание, моделирование учебных условий, планирование, самоанализ, самоконтроль, самокоррекцию и самооценку. В младшем школьном возрасте проблема самоорганизации рассматривается в контексте учебной деятельности (Н. Н. Титаренко [1], Т. Ф. Пожидаева [2]). Чтобы успешно освоить приемы учебной деятельности младшему школьнику необходимо настроиться на учебный процесс. В ходе выполнения учебных заданий учащийся зачастую неосознанно самоизменяется, работая над собой, контролируя свои состояния и действия. Педагогу важно создать такие педагогические условия, которые бы способствовали развитию и закреплению навыков самоорганизации, иначе учащегося будут сопровождать проблемы при освоении учебной деятельности из-за неумения ставить цели, сложностей контролирования себя на уроках и при выполнении домашних заданий.

**Основная часть.** Н. Н. Титаренко отмечает, что «результатом овладения умениями самоорганизации у младших школьников является обобщенный способ организации учебной деятельности, под которым мы понимаем самостоятельное осуществление субъектом организации любых видов учебной деятельности» [1, с. 9]. Итак, создание педагогических условий основывается на реализации следующих задач: развитие у учащихся самостоятельности, выражающееся в самостоятельном овладении знаниями и формировании собственных принципов данного процесса; обучение младших школьников самостоятельному применению приобретенных знаний в ходе учебно-практической деятельности.

Одним из главных условий создания эффективных педагогических условий является выделение конкретных умений самоорганизации учебной деятельности младших школьников. Исследователи (Н. Н. Титаренко [1], О. В. Комова [3]) относят к ним следующие: умение определять цель учебного задания; умение планировать учебное задание; умение целесообразно выполнять учебное задание; умение контролировать ход и результаты учебного задания; умение оценивать ход и результаты учебного задания.

Ряд публикаций по проблеме самоорганизации в учебной деятельности (А. Т. Цветкова [4], О. В. Комова [3]) позволяют обозначить последовательность действий учащегося, способствующую формированию совокупности мотивационно-личностных свойств, определяющих самоорганизацию (рисунок 1).

Самоорганизация является сложным качеством, поэтому формирование ее навыков в младшем школьном возрасте осуществляются поэтапно. Каждый этап представляет собой уровень развития навыков самоорганизации и подразумевает обеспечение усложнения, то есть обеспечивает последовательность усложняющихся педагогических задач. Укажем эти этапы: 1) этап подражания. На данном этапе младшие школьники действуют по уже готовому образцу при поддержке педагога, копируя его действия. Примером осуществления работы учащегося на данном этапе является использование им алгоритма действий; 2) этап частичной самоорганизации. Он характеризуется самостоятельным выполнением учащимися части работы, используя инструкции и имея возможность не следовать им буквально. К примеру, таким образом учащиеся могут работать с помощью памяток; 3) этап полной самоорганизации. В ходе него младшие школьники выполняют работу самостоятельно в повторяющихся ситуациях, наиболее знакомых для них видах деятельности.

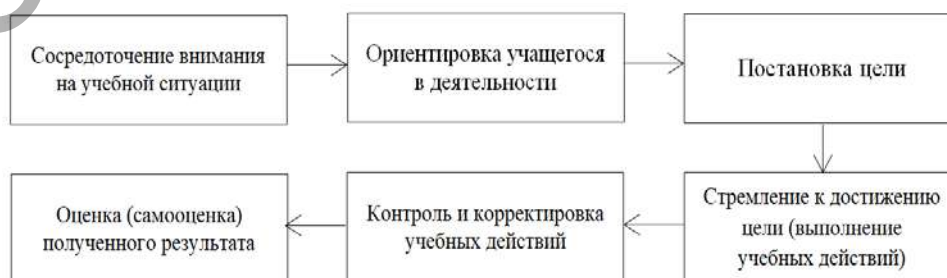


Рисунок 1 — Последовательность действий учащегося