

**Секция 6**  
**«Здоровьесберегающие технологии**  
**в образовании»**

## Содержание

Аминова Н.В. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ И ВНЕДРЕНИЕ ИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС.....	397
Андреева Г.Ф., Рагимова О.А. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК СТИМУЛ ПЛОДОТВОРНОЙ ЖИЗНИ.....	404
Брагина О.А. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ.....	411
Канюков В.Н., Трубина О.М., Стрекаловская А.Д., Подопригора Р.Н.,Петросян Э.А., Канюков В.И. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКСПЛУАТАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ.....	414
Канюков В.Н., Подопригора Р.Н. РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ.....	417
Кузнецова Л.Ю. ВОССТАНОВЛЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКРЕАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ.....	420
Лучкина Е.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	424
Малышева Н.В., Исхаков М.М. К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСНОВ ПРОФИЛАКТИКИ ДОРОЖНО- ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА.....	426
Науменко О.А. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА ОРЕНБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	430
Россошанская Т.Б. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ КАК ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВА.....	435
Рыбалко Н.М. ОТНОШЕНИЯ ДЕВУШЕК К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ В РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ КУЛЬТУРНОГО РАЗВИТИЯ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	439
Семёнова Т.А. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОКАХ МАТЕМАТИКИ.....	442
Федичева Е.Ю. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДЕЖИ, КАК ОДИН ИЗ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В ОБРАЗОВАНИИ.....	445
Фомина М.В. КЕЙС – МЕТОД, КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ВУЗА.....	450
Черёмушников И.И., Петросиенко Е.С., Черёмушников Т.В., Мирошников И.С., Нотова С.В., Витун Е.В. ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ СО СКЛОННОСТЬЮ К АГРЕССИИ.....	454

# КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ И ВНЕДРЕНИЕ ИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Аминова Н.В.

Индустриально-педагогический колледж ГОУ ОГУ, г. Оренбург

Произошедшие за последние годы экономические, демократические реформы выдвигают задачу воспитания, обучения и развития здорового человека. Именно воспитание здорового человека является важнейшей социально-педагогической проблемой, стоящей перед современной системой образования. Многолетние исследования за состоянием здоровья молодежи показывают: за последние десять лет положительной динамики в их здоровье не наблюдается и это становится предметом острой общественной тревоги.

В связи со снижением общего уровня здоровья населения современный человек все больше осознает потребность в здоровом образе жизни, личной активности в повышении уровня здоровья и его сохранения. В то же время сложившиеся обычаи и привычки, выработанные предыдущими поколениями, не соответствуют современным требованиям общества, что усугубляется крайним обострением социальных проблем в целом в России, недостаточным вниманием к проблемам развития системы образования и здравоохранения. А это, в свою очередь, выдвигает требование поиска педагогических путей, условий и средств поддержания здоровья в образовательных учреждениях и развития каждой личности.

Формирование потребности студентов вуза в здоровом образе жизни необходимо для того, чтобы будущий специалист ещё в студенческие годы пришёл к осознанию значимости проблемы ведения здорового образа жизни, стал не только специалистом в своей области знаний, но и человеком, который бы обладал разного рода умениями и навыками восстановления организма после напряжённой работы. А потому, формирование потребности в здоровом образе жизни студентов в процессе обучения в вузе, становится приоритетной задачей высшей школы.

Российские учёные отмечают, что решая проблему здорового образа жизни, следует исходить из того, что набор компонентов, определяющих состояние здоровья человека, в значительной мере зависит от уровня развития и степени зрелости общества. Поэтому правомерно ставить вопрос о том, готово ли общество обеспечить здоровый образ жизни. Существующие методы формирования здорового образа жизни населения России недостаточно эффективны. Даже среди занимающихся спортом молодых людей зачастую преобладает стремление к овладению лишь внешними признаками здоровья и красоты тела: девушки стараются похудеть любыми способами, часто во вред своему здоровью; юноши, занимаясь атлетизмом, наращивают мышечную массу, иногда в ущерб функциональному состоянию других органов и систем, используют для этого анаболические средства, что существенно разрушает их здоровье. Следует отметить, что современные российские реалии не

способствуют формированию у детей и молодежи должной мотивации к здоровому образу жизни. Большинство взрослых людей знает, что курить, пить спиртное и употреблять наркотики вредно, но многие из них привержены этим вредным привычкам. Все согласны с тем, что надо двигаться, закаливать организм, заниматься спортом, но большинство взрослых не делают этого. Неправильное, нерациональное питание приводит к увеличению числа людей с избыточным или недостаточным весом и всеми вытекающими последствиями. Трудности современной жизни оставляют весьма мало места для положительных эмоций. Все это позволяет сделать вывод, что даже те немногие знания людей о здоровом образе жизни не стали их убеждениями. Нет мотивации к заботе о собственном здоровье. Важность рекомендаций по сохранению здоровья не вызывает сомнений, но они не являются для многих руководством в повседневной жизни. Это связано с тем, что, во-первых, рекомендации по здоровому образу жизни насаждаются в обществе чаще всего в назидательной категорической форме и не вызывают у людей положительных эмоциональных реакций и, во-вторых, взрослые редко придерживаются указанных правил в повседневной жизни, и подростки и молодежь это видят.

Анализ литературных источников показал, что у молодежи в подходе к собственному здоровью в лучшем случае наблюдается стратегия предупредительного характера (сохранить здоровье). В то же время они не придают особого значения вопросам, связанным с формированием здорового образа жизни, т.к. это требует значительных волевых усилий. Поэтому учебные заведения должны взять на себя функцию выработки у молодых людей потребностей, навыков и привычек здорового образа жизни, умений принятия самостоятельных решений в отношении поддержания и укрепления своего здоровья. Главной педагогической задачей является формирование у подрастающего поколения системы взглядов на жизнь, рассматривающей здоровье как одну из важнейших ценностей. Неоспоримо, что основная задача вуза — подготовить студента к самостоятельной жизни, дав ему для этого необходимое образование

Главной мыслью Закона РФ «Об образовании» и принципиально важным является тезис о разностороннем развитии обучающегося, а значит, о личностно-ценном образовании. Здоровье является фактором личностно-ценного образования. Целая серия нормативных документов подкрепляет главные задачи высшей школы в воспитание здоровой личности, личности, ориентированной на здоровый образ жизни. Своеобразие социально-экономического развития России обуславливает необходимость подготовки конкурентноспособных здоровых специалистов. Высшей школе в решении этой стратегической задачи отведена ключевая роль. Разработана концепция развития здоровьеориентированной педагогической системы вуза, включающей в себя: теоретико-методологическое обоснование концепции, структурно-функциональную модель здоровьеориентированной педагогической системы вуза, этапы, противоречия, закономерности, критерии оценки уровня развития данной системы.

Ведущими методологическими подходами концепции являются системный и валеологический, а методологическими ориентирами – принципы сохранения, укрепления, формирования здоровья и здоровьесбережения. В последнее время в научной среде развернулась дискуссия относительно понятий «здоровьеориентированная деятельность», «здоровьесберегающая деятельность», «здоровьеформирующая деятельность», «здоровьетворческая деятельность» и др. Нередко поверхностная, а то и неверная их трактовка укрепляет точку зрения, что данные понятия околонучные. В этой связи здоровьесберегающая деятельность в условиях образовательного учреждения направлена на реализацию генеральной цели (ГЦ) – воспитание, обучение и развитие здорового человека в соответствии с целостным пониманием здоровья (физический, психический и социальный его компоненты). Достижение ГЦ невозможно без следующих видов здоровьесберегающей деятельности, представляющих ее структуру: здоровьесберегающая деятельность (принцип сохранения здоровья), предполагающая снижение, устранение дидактогенных факторов риска для здоровья студентов; здоровьеформирующая деятельность (принципы укрепления и формирования здоровья), включающая в себя наращивание (тренировку) физического, психического и социального резервов здоровья будущих специалистов, а также формирование ценностных установок, мотивации личности на ЗОЖ, приращение валеологических знаний и умений. Ясно, что такого рода деятельность должна быть творческой, учитывающей как индивидуальные особенности студентов, так и образовательный контекст. Одним из ведущих методологических ориентиров является принцип здоровьесбережения, который предполагает ориентацию участников образовательного процесса на здоровье как базисную ценность и один из ключевых результатов деятельности.

Структурно-функциональная модель включает наличие таких структурных компонентов системы, как управление здоровьесберегающей деятельностью, осуществляемое на общественном, административном, профессионально-педагогическом и студенческом уровнях; здоровьесберегающий образовательный процесс, предполагающий использование здоровьесберегающих технологий и режимов обучения студентов, включение специализированных программ формирования культуры здоровья будущих специалистов, подготовки их к здоровьесберегающей профессиональной деятельности; здоровьесберегающая деятельность вузовской службы здоровья, осуществляющей медико-психологическое и социально-педагогическое сопровождение образовательного процесса; здоровая предметно-пространственная среда вуза. Генеральная цель – обучение, воспитание и развитие здорового студента, является системообразующим фактором педагогической системы. Наряду с традиционными образовательными, воспитательными и развивающими функциями здоровьесберегающая педагогическая система вуза по отношению к студенту выполняет и ряд специфических функций: социализационную, связанную с необходимостью включения формирующейся

личности в процесс усвоения и воспроизводства ценности здоровья и ЗОЖ, безболезненного вхождения индивида в социальную среду; культурологическую, заключающуюся в создании благоприятных условий для овладения студентами на научной основе знаниями о сохранении и укреплении здоровья, формирования позитивного сознания личности будущих специалистов; профилактическую, сориентированную на предупреждение заболеваний, функциональных нарушений и отклонений в развитии личности; коррекционно-реабилитационную, направленную на создание вокруг обучающегося реабилитационного пространства, среды, направленной на восстановление целостного здоровья студентов; укрепления здоровья, преследующую цель повышения адаптационных резервов организма человека.

Развитие здоровьеориентированной педагогической системы вуза возможно только в результате разрешения противоречий, как источников ее движения. Основное противоречие видится между здоровьезатратной и здоровьесозидающей педагогическими системами вуза. В ходе структурной перестройки разрешаются противоречия, характерные для конкретного этапа развития здоровьеориентированной педагогической системы вуза. По мере своего «созревания» она все больше избавляется от проявлений старой системы и все больше соответствует поставленной генеральной цели. На этом основании ведущую закономерность исследуемой системы вуза, определяющую ее содержание и способы деятельности можно сформулировать следующим образом: чем выше уровень зрелости здоровьеориентированной педагогической системы вуза, тем в большей степени обеспечиваются условия для воспитания, обучения и развития здорового студента.

Пути реализации здоровьеориентированной стратегии:

- создания здоровой и безопасной экологической среды дома и на работе;
- обеспечения более здорового образа жизни;
- уменьшения ущерба, причиняемого употреблением алкоголя, табакокурением, вызывающими зависимость средствами;
- создания методологии формирования установки населения на здоровье как высшую ценность;
- разработки и внедрения системы самооценки уровня здоровья и самооздоровления человека;
- определение и использование психофизиологических, интеллектуальных возможностей человека выбранной профессии, требованиям которые предъявляют условия и характер труда;
- формирования сети Центров здоровья, кабинетов оздоровления в лечебно-профилактических, в том числе в Центрах, отделениях, кабинетах медицинской профилактики и санаторно-курортных учреждениях, в учебных заведениях, на предприятиях;
- совершенствования информационной системы, обеспечивающей население современными знаниями в вопросах охраны репродуктивного здоровья, сексуального и репродуктивного поведения, использования современных средств контрацепции;

- внедрения современной системы подготовки детей, подростков и молодежи к семейной жизни, нравственного воспитания, консультирование по вопросам профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, формирование сексуальной культуры в обществе в единой системе санитарно-гигиенического воспитания населения;
- создания условий для духовно-нравственного воспитания, интеллектуального, творческого и физического развития молодежи, реализации ее научно-технического и творческого потенциала;
- формирования у молодежи активной жизненной позиции, реализация программ содействия социальной адаптации и повышения конкурентоспособности молодежи на рынке труда, занятости и профориентации;
- проведения добровольной массовой аппаратурной скрининг-диагностики для определения уровня здоровья, оценки функциональных резервов, выявления скрытой патологии в учебных заведениях, на производстве, турбазах, пансионатах, домах отдыха, санаториях, в местах массового отдыха населения;
- разработки учебно-образовательных программ о здоровье для телевидения, популярных кинофильмов, компакт-дисков, конкурсов здоровья и т.д.;
- создания аудио-визуальных образов - матриц аудио- и видео клипов, постеров, плакатов и другой рекламной и пропагандистской продукции, формирующей в массовом сознании установки на идеал здорового человека, стандарт здоровья, формирование культуры здоровья, выполнение оздоровительных программ, здоровый образ жизни;
- формирования всеми доступными средствами рекламы и пропаганды (телевидение, радио, печатные средства массовой информации, носители наружной рекламы, рекламная и пропагандистская полиграфическая продукция) мотивации на идеал здорового человека;
- разработки образовательного стандарта и подготовки медицинского персонала по охране здоровья здоровых, а также разработка учебно-методических пособий для общеобразовательных учебных заведений по укреплению здоровья, здоровому образу жизни, профилактике социально значимых заболеваний, отказа от вредных привычек;
- разработки средств оперативного медицинского контроля за лицами, занимающимися спортом, участвующими в физкультурно-оздоровительных программах на предприятиях, в коммерческих структурах, в сочетании с информационным межведомственным обеспечением;
- взаимодействия со структурами медицинского и социального страхования и внедрения системы страхования здоровья ("ренты-здоровья");
- обеспечения качества и безопасности продуктов, улучшения структуры питания;
- формирования потребности к природным здоровьесберегающим технологиям, организации здорового досуга и оздоровительных клубов по

интересам, развития системы физической культуры и оздоровительного туризма;

- формирования средств и методов развития духовного здоровья;
- создания паспорта здоровья человека, включающего риск развития наиболее часто встречающихся заболеваний, оценку функциональных резервов соматического, биоэнергетического и психологического статуса, степень физического развития, уровень мотивации человека на сохранение и укрепление здоровья, определение обратимости выявленных изменений в состоянии здоровья;

- проведения мониторинга здоровья для создание банка данных о динамике индивидуального и популяционного здоровья, получение оперативных, долгосрочных данных о психическом и физическом состоянии нации, ее интеллектуальном и физиологическом потенциале и духовной ориентации;

- разработки и обоснования корректирующих технологий омоложения и активного долголетия;

- разработки и внедрения методологии оценки экологической нагрузки на человека дома и на работе, разработки технологий оптимизации экологической обстановки, определения суммарной экологической нагрузки на рабочем месте, по дороге на работу и с работы, в быту (вода, воздух, продукты питания);

- внедрения развлекательно-оздоровительных технологий в сфере детского, молодежного, семейного отдыха, досуга, творческого развития.

Основным содержанием работы является индивидуальный подход к оценке и коррекции здоровья человеку пока он здоров и в наибольшей мере способен к реализации своего физического и интеллектуального потенциала.

Для реализации концепции с учетом межотраслевого участия и ответственности за охрану и укрепление здоровья должно обеспечиваться управление преобразованиями и регулирование в интересах здорового населения, для этого необходимо:

- обеспечение информационной поддержки по вопросам сохранения, формирования, укрепления и восстановления здоровья;

- привлечение партнеров по деятельности в интересах здоровья человека на всех уровнях: человек, семья, образовательное учреждение, место работы, населенный пункт, регион, государство;

- принятие и проведение в жизнь политики и стратегии по охране и укреплению здоровья человека.

Приоритетными направлениями в области научных исследований должны стать:

- формирование стратегии охраны и укрепления здоровья населения, разработка научных основ реализации индивидуального потенциала здоровья человека на протяжении жизни, как основы предупреждения заболеваний;

- получение на основе фундаментальных исследований новых и углубление имеющихся знаний о здоровом и больном организме человека, его



жизнедеятельности и индивидуальных механизмов адаптации к условиям окружающей физической и социальной среды;

- разработка новых методов экспресс-диагностики и коррекции сниженных резервов организма, восстановления утраченного здоровья, увеличения продолжительности периода активной жизни человека;

- разработка новых схем организации медицинской помощи и управления здравоохранением.

Основной механизм реализации концепции предполагает объединение усилий государства и общества, а также координацию действий органов власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях в целях разработки и реализации мероприятий, в том числе федеральных, отраслевых и региональных целевых программ, направленных на решение основных задач, сформулированных в концепции.

## **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК СТИМУЛ ПЛОДОТВОРНОЙ ЖИЗНИ**

**Андреева Г.Ф., Рагимова О.А.**

**Институт Социального Образования (филиал) РГСУ в г. Саратове  
Педагогический институт Саратовского Государственного Университета**

Здоровьесберегающие технологии настойчиво проникают в нашу жизнь и если о восстановлении и сохранении физического здоровья всегда говорилось достаточно много, то о сохранении психического здоровья и овладении технологиями его восстановления интенсивно начинают интересоваться в настоящее время. Одна из актуальных проблем настоящего времени это проблема изменения динамики социального здоровья населения, особенно изменение в здоровье детей и институт образования вносит свою лепту в это явление и в первую очередь в ухудшение их здоровья. О.А.Рагимова<sup>1</sup> провела лонгитюдное региональное исследование социального здоровья младших школьников. Ею выявлено ухудшение социального здоровья подрастающего поколения, чему способствует маргинализация общества и что свидетельствует о деградации человеческого материала, а это лишает Россию её потенциала, жизненных ресурсов, «человеческого капитала», что может быть рассмотрено как большая социальная потеря для общества в целом. Эти данные подтверждаются анализом интервью учителей младших классов проведенного в 2006-08 г.г. в школах города. Учителя отмечают общие закономерности в ухудшении динамики здоровья младших школьников. Так 65% учителей считают, что здоровье детей продолжает ухудшаться. Это проявляется в частых заболеваниях, пропусках школьных занятий. 40% опрошенных считают, что дети стали подвижнее, непослушными, что может свидетельствовать об особенностях нервной системы у детей в современных условиях. 21% педагогов отметили, что за последние 5-10 лет дети стали менее работоспособными; 17% респондентов – что они стали инфантильными и хуже учатся; 16% считают, что дети стали выполнять меньший объем заданий на уроках. Все эти данные позволяют думать о снижении качества ресурсов и активности школьников семи-восьмилетнего возраста.

Учителя высказали свое мнение об основных путях уменьшения влияния отрицательных моментов, связанных с образованием, на здоровье детей: 67,5% респондентов предлагают пересмотреть образовательные программы, причем 54% опрошенных считали, что необходимо усилить индивидуальный подход к детям при обучении, 47% - изменить структуру программ и лишь 12% и 8% соответственно – уменьшить или увеличивать количество часов на занятия.

Некоторые респонденты (3%) высказали пожелания в расширении сферы услуг в школе за счет консультаций логопеда, психолога, а также считали, что необходимо увеличить часы на физкультуру и ритмику, 9% затруднились с ответом по поводу изменения образовательных услуг. Педагоги в своих ответах

---

Рагимова О.А. Социальное здоровье младших школьников в период трансформации российского общества. Саратов: Из-во Сарат. гос.ун-та.- 2004.-228с.

<sup>1</sup>

о путях сохранения социального здоровья школьников в рамках института образования значительное место отводят изменениям программ обучения, их структуре и индивидуализации обучения. Это базируется на видимых учителями процессах изменения здоровья школьников, в первую очередь увеличения больных детей, школьников с различными отклонениями в состоянии здоровья.

Лонгитюдные исследования социального здоровья в старшем школьном возрасте этой региональной общности в 2006 году показало, что у 9-классников (за 9 лет) количество хронических заболеваний увеличилось в 5 раз (и это отметили 22,5% респондентов), а у 11-классников (за 11 лет с 1996 года) в 3,5 раза (26,2% опрошенных). Структура оценки своего здоровья несколько хуже у 9 - классников. 1999-2000 учебный год был переломным, так как в это время отмечены наихудшие показатели социального здоровья не только школьников, но и студентов.<sup>2</sup>

Продолжение исследования качества здоровья студентов (2008год) разных факультетов ИСО показало, что по собственной оценке только 25% мужчин и 10,2% женщин имеют очень хорошее здоровье (первая группа), хорошим свое здоровье считают 50% мужчин и 35,4% женщин (вторая группа), а 51% женщин и 25,% мужчин оценивают свое здоровье как среднее (третья группа). При этом в первой группе студенток 16,6% имеют врожденные нарушения здоровья – ДЦП. Во второй группе 23,5% студенток имеют хронические заболевания (пиелонефрит) и 12% девушек курит, в третьей группе 24% девушек и 2% юношей имеют хронические болезни пищеварительной (хронический гастрит и холецистит)и мочевой системы (пиелонефрит).При этом сохранением и укреплением своего здоровья в первой группе занимается 50% юношей и 20% девушек (регулярные занятия спортом), еще 20% девушек осуществляет здоровое питание. Во второй группе 25% юношей и только 6% девушек обеспечивает себе здоровое питание, но при этом 31% девушек и только 2% юношей регулярно принимают аптечные витамины, 25% юношей и 31% девушек делают ежедневно утреннюю зарядку. При этом ни один студент не занимается профилактикой и улучшением своего психического здоровья, а как говорили древние греки - в здоровом теле здоровый дух (*mens sana in corpore sano*). Здоровый организм обладает хорошей работоспособностью, а работоспособность означает потенциальные возможности человека производить физическую (физическая работоспособность) или умственную (умственная работоспособность) работу на определенном отрезке времени и результативность любого вида деятельности, любой работы лимитируется утомлением<sup>3</sup>[с.452]. Различают физическое и умственное утомление, согласно К.К.Платонову выделяют четыре степени утомления – начинающееся (для снятия регламентировать режим труда и отдыха), легкое (отпуск), выраженное (срочный отдых, лучше организованный) и тяжелое утомление (необходимо лечение)[с.456].

<sup>2</sup> Рагимова О.А. Социальное здоровье студентов: региональная динамика./ Высшее образование в России.2007 № 9, С 113-115.

<sup>3</sup> Агаджанян Н.А., Гель Л.З., Циркин В.И., Чеснокова С.А. Физиология человека. СПб.: Сотис,1998. – 420с.

Здоровье делят на физическое, психическое и духовное. Базой для физического здоровья служит режим дня (как чередование двигательной активности и отдыха, так периодичность и качество питания и регулярная работа желудочно-кишечного тракта), двигательная активность (прямая связь между активностью мышечной системой, как частью опорно-двигательного аппарата и активным состоянием психики) – ежедневные передвижения пешком (не менее 3-х км) и физические упражнения (аэробика, зарядка с эспандером, прыгалка и т.д.).

В наш быстротечный век полный стрессовых ситуаций, сопровождающихся затяжными эмоциональными перегрузками в большей степени страдает психическое здоровье. Одним из первых симптомов таких нарушений это нарушение сна. Согласно статистике, в начале 21 века каждый десятый житель Земли мучается бессонницей. Считается, что здоровому взрослому человеку необходимо спать в среднем 6-8 часов, ну а если очень хочется то и больше. Жестких временных рамок сна не существует. Выявлены некоторые закономерности: женщины спят меньше мужчин, жители городов меньше чем жители деревень, бедные спят меньше богатых, зимой спят больше, чем летом. Состояние, когда физически невозможно получить нужное количество сна называется бессонницей (инсомнией). Она бывает трех видов: ранняя, средняя и поздняя. При ранней - человек долго не может уснуть, вместо 3-10 минут для засыпания ему требуется полчаса и больше. «Подсчет слонов» может затянуться до утра. Наиболее вероятная причина этого типа бессонницы - повышенный уровень тревожности. В организме усиливается выброс гормона стресса – адреналина Одновременно падает уровень гормона сна – мелатонина. Средняя бессонница – когда просыпаются за ночь несколько раз. Предполагается, что причина её в нарушении работы внутренних органов: неполадки в сердечно-сосудистой системе, гастриты, камни в почках и т.д.

Для поздней бессонницы характерно слишком раннее пробуждение. Человек просыпается за несколько часов до звонка будильника и уже не может уснуть, а потом весь день чувствует себя усталым и разбитым. Такое состояние характерно для людей с депрессией. Помочь своему организму преодолевать такое состояние можно с помощью аутотренинга. Идеально научиться аутотренингу в молодом возрасте. Аутотренинг всегда сопутствует нам в той или иной степени и с его помощью возможно оздоровление организма. Мы часто бессознательно воздействуем на себя, а нужно научиться управлять этим состоянием.<sup>4</sup>[с.32]. Вначале 20 века начали использовать приемы аутогенной тренировки. Основоположителем этого метода был И. Шульц создавший систему упражнений основанных на древнеиндийской системе йогов, европейской системе самовнушения и учении о гипнозе. Все что происходит в такой момент в организме – физиологично <sup>5</sup>[с., 5]. В настоящее время для аутотренинга применяют авторский текст или его модификации.

---

<sup>4</sup> Золотая библиотека здоровья.// Прилож. к журн.«Физкультура и спорт». 1990, 175с

<sup>5</sup> Смирнов Г.В. Аутогенная тренировка. Советы начинающим. Саратов.: Из-во сарат. ун-та., 1988.- 40с.

**Аутотренинг** – система приемов психологического само воздействия. Лучшее время для аутотренинга тогда, когда в мозге минимум крови. Это бывает после еды, перед сном и в меньшей степени после пробуждения ото сна. В расслабленном состоянии мозг наиболее способен к процессу воображения. Для начала надо попытаться очистить мозг от нежелательных образов для того, чтобы он мог сконцентрироваться на требуемой картине. Здесь все сугубо индивидуально и каждый человек в ходе занятий постепенно найдет для себя свой индивидуальный способ проведения аутотренинга. Тело должно быть расслаблено (лечь на кушетку или откинуться в кресле), глаза закрыты.

1. Вообразите длинную узкую трубу, сходящуюся вдали в одну точку. Представьте, что ваш разум - осязаемая реальность, которую вы можете заключить в эту трубу и держать там до востребования. С опытом эта система позволит Вашему воображению быть свободным в течение необходимого времени.

2. Вообразите чистую белую простыню, развернутую и подвешенную перед Вами. Если Вы можете сконцентрироваться на одном этом образе, значит, Ваш разум свободен и готов к восприятию сигнала.

3. Вообразите успокаивающую усыпляющую картинку, в центре которой Вы. Например: Вы плывете, лучи солнца падают Вам на лицо, Вы повторяете: «Я расслабляюсь, я засыпаю, мне хорошо, я чувствую, как я засыпа-а-а-ю...». Повторите несколько раз, растягивая слова [с.98].

По мере накопления опыта Ваше сознание будет привыкать к освобождению от всех ненужных мыслей на все более долгое время. Когда Вы почувствуете, что научились расслабляться, значит, Вы готовы к аутотренингу. Можно задавать себе нужные установки мысленно или голосом. Держите требуемые изображения до тех пор, пока подсознание их не зафиксирует. Вы поймете, что эта стадия достигнута, когда начнете их воспроизводить непроизвольно, при этом стимулируются общие защитные силы организма. Нужно непременно добиваться полного результата, ибо, если в голову будут проникать посторонние мысли, эффект пропадет. Доминировать должна только одна мысль, все остальные - подчинены ей. Всякая посторонняя картина должна немедленно изгоняться, в то время как требуемая — четкая и определенная — вбиваться в память постоянным повтором, примерно так, как описали в пункте 3.

Если Вы заснете во время этого процесса, а в момент просыпания найдете, что первая мысль, посетившая Вас, — та, с которой вы засыпали, — это значит, что ваше подсознание все восприняло так, как надо.

Чтобы придать аутотренингу максимальный эффект, нужно знать основы физиологии организма. Две функции человеческого мозга — сознание и подсознание — дают ему превосходство над другими живыми существами. Человек способен обратить свои мысли во множество конкретных и реальных форм и нет ничего, что он не мог бы потенциально вообразить. Сознание и подсознание — категории неразделимые. Их «интересы» схожи и цель едина — сохранить в совершенстве ту оболочку, в которой они существуют, то есть Ваше тело. Ваше подсознание ваш лучший помощник и партнер, с помощью аутотренинга в союзе с Вашим

подсознанием Вы сможете улучшать свое самочувствие и избавляться от болезней<sup>6</sup> [с.89]. Человек сам может решительным образом повлиять на процесс обновления своего тела без помощи извне, только через собственное подсознание. Подсознание контролирует рефлексy, работу внутренних органов, обмен веществ в организме. Вашему под сознанию известно все о процессах, протекающих в вашем теле. Но для того, чтобы эти процессы направить в нужное русло, требуется воздействие сознания. Эффект будет большим, если ваш разум окажется способным вообразить картины, грамотно отображающие работу всего тела или отдельных органов. В течение короткого времени переутомление или болезнь пройдет частично или полностью. При этом подсознание лучше представляет, что для Вас наиболее благоприятно. Если человек изо всех сил старается подключить свое подсознание к борьбе с болезнью, он будет вознагражден. Скептическое же отношение от самого себя не скроешь. Лекарство тайком от подсознания не примешь.

Приемы саморегуляции повторяют, моделируют в своей основе те действия, которые каждый человек активно совершает в момент нервного стрессового напряжения. Он совершает произвольные идеомоторные движения (покачивает ногой, постукивает пальцами, ходит туда-сюда по комнате). Если активность мозга слишком высока – разгрузка происходит через эти нервные идеомоторные движения, так называемый идеомоторный ключевой прием «Ключ»<sup>7</sup>. Суть «Ключа» подобрать действие, соответствующее текущему состоянию мозга. Мы инстинктивно всегда так делаем (кто-то для снятия стресса дрова рубит, кто-то бежит и т. д.). Легче всего у большинства людей внимание фиксируется на движении, поэтому идеомоторный акт – это появление нервных импульсов, обеспечивающих какое-либо движение при **представлении** об этом движении. Через подбор такого движения открывается состояние саморегуляции, а через него управление глубокими автоматическими функциями организма. Эта реакция закономерна для всех людей, это из области психофизиологической нейрокибернетики. Управляемая идеомоторика, управляемый автоматизм используется для саморегуляции спасая человека от перенапряжения. Подбираются приемы по критерию индивидуального соответствия (разведение рук или их подъем, покачивание тела или какие-то другие движения – так называемое сканирование по 30 секунд на прием), поиск автоматизма в движении тренирует мозг, находя наименее затратный путь для получения положительных эмоций и снятия стресса, при этом в организме выделяются эндорфиноподобные вещества, запланированные эволюцией на момент успеха вслед за усилением.

Обучение современного студента всегда связана с интенсивной работой мозга, с длительным общением и работой с компьютером, но при не соблюдении режима отдыха развиваются невротические явления (нарушение сна, головная боль, чувство не проходящей усталости), сопровождающиеся

---

<sup>6</sup> . Агаджанян Н.А., Гель Л.З., Циркин В.И., Чеснокова С.А. Физиология человека. СПб.: Сотис, 1998. – 420с.

<sup>7</sup> .Алиев Х. Система психокоррекционной саморегуляции «Ключ». Методическое руководство по антистрессовой подготовке психологов, профориентаторов и социальных работников.. Учебный фильм по заказу психофизиологической лаборатории РАН).М.:2003

сильными мышечными болями, устранить которые поможет идеомоторное расслабление (см. выше) и массаж головы.

**Массаж головы:** а - положите ладонь правой руки на лоб, прижмите ее и слегка подвигайте вверх-вниз от лба к затылку, смените руку;  
б- при том же положении правой руки граблеобразным движением проведите по коже головы ото лба к затылку, а затем левой рукой;  
в- сделайте тоже движение, но совершая подушечками пальцев руки кругообразные движения, надавливая и сдвигая кожу на голове.

При такой большой нагрузке обязательно страдает **зрительный аппарат** и снять утомление можно с помощью определенных приемов:

1. Для снижения общего утомления и повышения цветового чувства можно перебирать цветные нитки, положив их рядом с компьютером.

2. Упражнения для мышц глазного яблока необходимо делать каждые 45 минут:

а) движения - вверх-вниз, вправо-влево;

б) из левого нижнего угла глаза в правый верхний угол, затем опустить глаз вниз в правый угол и продолжить движение в левый угол вверх.

в) вращательные движения глазами.

3. Для снятия спазма аккомодации – метка на стекле. На оконном стекле укрепляют метку встают у окна на расстоянии 30 см и поочередно переводят взгляд то на метку на стекле, то на отдаленный предмет за окном (дерево, дом)<sup>8</sup> [с.13].

Самым сложными является выход из состояния эмоциональной подавленности, усталости, снятие синдрома выгорания. Для управления процессом выздоровления (снятия утомления, синдрома выгорания) М. Норбеков<sup>9</sup> применил механизм волевого эмоционального самопринуждения. Эти процессы в организме сопровождаются изменением биологической активности эритроцитов, что способствует положительным изменениям в организме [с.106]. Методика такова - собственными усилиями создается «**мышечный корсет**» (осанка – выпрямленная спина, развёрнутые плечи, гордо поднятая голова; мимика – улыбка «во все зубы»), это искусственно созданное мышечное сокращение держать до тех пор, пока не возникнет через эмоциональный центр ЦНС хорошее **радостное настроение**, с которым нужно обращаться к поврежденной системе, результат - восстановление по **очереди больных систем в организме** (что ведет к восстановлению здоровья).

Сознательное регулирование физического (с соблюдением гигиенических норм) и психического (сознательное овладение приемами сохранения и

---

<sup>8</sup> Демирчоглян Г.Г., Янкулин В.И. Гимнастика для глаз. М.: Физкультура и спорт.1987, 31с.

<sup>9</sup> .Норбеков М. Здоровье на всю жизнь. Опыт дурака, или Ключ к прозрению: как избавиться от очков.- 2-изд., испр.- М.: Астраль: АСТ, 2007.-310с.

восстановления сил) здоровья поможет студентам не только сохранить свое здоровье, но и улучшить его, а активное усвоение здоровьесохраняющих технологий студенчеством, как наиболее передовой части молодежи, даст возможность молодому поколению не только выжить в сложных жизненных ситуациях, но и стать успешным.



## **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

**Брагина О.А.**

**Бузулукский гуманитарно-технологический институт филиал  
Оренбургского государственного университета, г. Бузулук**

Современное состояние экономики, экологии, условий развития учащихся во всем мире неблагоприятно отражается на их здоровье. Растет число учащихся, которым необходима специализированная медицинская и психологическая помощь, щадящая организация образовательного процесса.

**Здоровьесберегающая образовательная технология** - система, создающая максимально возможные условия для сохранения, укрепления и развития эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья всех субъектов образования.

Создание оптимальных для развития и здоровья условий воспитания и обучения невозможно без учета и понимания психологической компоненты здоровья и психологических оснований здоровьесберегающей образовательной среды. Процесс формирования здоровьесберегающей среды в вузе должен быть основан на тесной взаимосвязи практической деятельности всех структурных звеньев учебного заведения. Деятельность администрации должна быть направлена на организацию эффективной деятельности всех участников образовательного процесса, создание максимально комфортных условий для занятий студентов и преподавателей, а так же осуществление контроля и регулирование образовательного процесса. Главным результатом формирования здоровьесберегающей среды в высшем учебном заведении, как результат деятельности всего механизма, должны стать рост творческих и образовательных достижений студентов и преподавателей, повышение уровня здоровья всех участников учебно-воспитательного процесса, подготовка к осуществлению профессиональной деятельности в здоровьесберегающем режиме.

В процессе социальной адаптации как механизма реализации здоровьесбережения в вузе происходит развитие потребности в здоровом образе жизни, выделение ценности здоровья как лично значимой для студентов.

С позиции реализации здоровьесбережения в вузе, формирования здорового образа жизни студентов, их ценностного отношения к здоровью в процессе обучения, представление о здоровье должно иметь более практико-ориентированный характер.

Для формирования общих и частных правил физиопсихосоциальной адаптации студентов в процессе здоровьесбережения представляется целесообразным выделить основные закономерности адаптации и выявить закономерности причинно-следственных связей между организационно-структурными единицами формирующих и развивающих процессов и ответными приспособительными реакциями организма.

Различаются два типа приспособительных изменений: 1) срочные; 2) накопительные (кумулятивные, длительные, устойчивые). Особенность накопительной адаптации состоит в том, что в ее процессе организм приобретает способность не только более быстро и точно отвечать на внешние воздействия на имеющемся функциональном уровне, но и повышать свои функциональные возможности, то есть саморазвиваться, самосовершенствоваться. В связи с этим представляет интерес выделение основных объективных закономерностей накопительной адаптации как основания для формулирования правил и принципов построения образовательного процесса вуза в условиях здоровьесбережения.

Весьма существенным является и вопрос об условиях педагогических воздействий, обеспечивающих или не обеспечивающих эффект возникновения кумулятивной адаптации. Это зависит от нескольких взаимосвязанных характеристик внешних воздействий: величины отдельных воздействий, их частоты, регулярности, режима и условий повторения. Регулирование таких параметров внешних воздействий обуславливает управление внутренними приспособительными реакциями организма.

Процесс перехода организма с одного уровня функционирования на другой, соответствующий новым требованиям окружающей среды, требует определенного времени для срочной адаптации. А для накопительной адаптации необходимо и определенное время, и определенное количество повторений тренирующих воздействий для того, чтобы все системы организма вышли на новый функциональный уровень, обеспечивающий устойчивые функциональные возможности организма как целого.

Традиционно ведущее место в процессе реализации здоровьесбережения отводится физическому компоненту здоровья и рассмотрению фундаментальных данных о влиянии оптимальной двигательной активности на состояние здоровья.

Здоровьесберегающая деятельность в вузе должна быть основана на системном подходе, предполагающем участие в ней всех субъектов образовательного процесса, направлена на физиопсихосоциальную адаптацию студентов посредством специально разработанного содержания учебно-воспитательной работы, а также методов, средств ее реализации.

Целью здоровьесберегающей образовательной технологии выступает обеспечение условий физического, психического, социального и духовного комфорта, способствующих сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса, их продуктивной учебно-познавательной и практической деятельности, основанной на научной организации труда и культуре здорового образа жизни личности.

Следовательно, общая цель в образовании должна состоять в следующем: научить будущих специалистов мыслить, личностно и профессионально реализовывать себя и устойчивые качества творческой личности, подготовиться физически, психологически и духовно к предстоящей самостоятельной жизни в постоянно изменяющихся условиях общества и природной среды. Основными

компонентами здоровьесберегающего учебно-воспитательного процесса вуза является:

- целевой компонент, который определяет поставленную перед вузом цель и задачи в направлении личностного развития студентов (целью является формирование у обучающихся здорового образа жизни как основы активной жизнедеятельности и личностного развития); в данный компонент входят также причины и анализ исходного уровня ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни учащихся, обуславливающие возникновение данной цели;

- содержательный компонент, который включает в себя содержание здоровьесберегающего учебно-воспитательного процесса вуза, заключающееся в решении поставленных задач; содержание определяет эффективную реализацию обозначенной цели, ее направление с учетом специфических особенностей. В содержательный компонент входит также содержание здорового образа жизни, основные организационные принципы здоровьесберегающих воздействий, а также необходимые условия, при которых данные задачи будут выполнимы;

- деятельностный компонент включает в себя этапы здоровьесберегающей деятельности студентов и средства ее реализации, способы и методы достижения поставленной цели;

- оценочно-результативный компонент включает в себя диагностику и оценку деятельности всех компонентов разработанной модели здоровьесберегающего образовательного процесса вуза, а также ее результатов.

Образовательные технологии являются здоровьесберегающими, когда приводят к позитивному изменению как образовательной среды в целом, так и ее субъектов (участников образовательного процесса); направлены на укрепление физического, психического, социального и духовного здоровья - обогащение возможностей индивида и позитивные социально-психологические изменения личности за счет совокупности теоретических и практических образовательных ресурсов; ориентированы на совместную работу в трех основных взаимосвязанных направлениях деятельности: педагогическом, психологическом, физиологическом.

## УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКСПЛУАТАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

**Канюков В.Н., Трубина О.М., Стрекаловская А.Д., Подопригора Р.Н.,  
Петросян Э.А., Канюков В.И.**

**Оренбургский государственный университет  
ОФ ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н.Федорова  
Росмедтехнологии», г. Оренбург**

В контексте стратегии здоровьесберегающих технологий педагогического процесса существенная роль принадлежит новаторскому и исследовательскому опыту, как своеобразной ступени восхождения от теоретического анализа и обобщения к практическому руководству.

Сегодня объектами исследования и воздействия как в биологии, так и в медицине все в большей мере становятся тонкие структуры живых организмов и органов человека. Созданные и применяемые принципиально новые электронные и лучевые диагностические и операционные приборы повышают достоверность диагностики и эффективность лечения и требуют качественно нового уровня эксплуатации и обеспечения медицинской техники в обеспечении медико-биологической деятельности.

Нами подготовлен и создан комплекс 15 методических указаний, предназначенных для оптимизации учебного процесса в освоении основных технических параметров и руководств по эксплуатации современной медицинской техники, используемой для диагностики и лечения в офтальмологии.

В техническом освоении диагностической аппаратуры представлены:

1. Прибор бинариметр, используемый врачами-офтальмологами для исследования функциональных характеристик бинокулярного зрения у людей, тренировки пространственного зрения, его коррекции, а также для восстановления бинокулярного зрения у больных косоглазием.

2. Ультразвуковая офтальмологическая система ALCON OcuScan, разработанная для улучшения обслуживания пациента путем обеспечения высококачественных измерений параметров глаза в удобном для использования режиме - ALCON OcuScan.

3. Компьютеризированный неконтактный тонометр СТ-80 используемый для определения ВГД. Пневмотонометрия является новым и уникальным экспресс-методом диагностики глаукомы. За счет улучшенной системы позиционирования инструмента и системы подачи воздуха СТ-80 обеспечивает простоту и высокую скорость измерения давления.

4. Рассмотрено техническое применение прибора UDScan 6000 для ультразвуковой биомикроскопии, а также представлены названия и функции компонентов, технические характеристики UDScan 6000.

Техническое применение хирургической аппаратуры представлено:

1. Микрохирургической системой Stors Millennium, применяемой в хирургии заднего отрезка глаза. Основные характеристики модулей ирригации,

аспирации, витрэктомии, высокоскоростного витреотома Lightning, вязких жидкостей, освещения и коагуляции, а также указания по настройке и использованию этих модулей.

2. Микрохирургической системой Stors Millennium в хирургии переднего отрезка глаза. Описаны основные режимы модулей коагуляции, ультразвука и модуля ирригации, аспирации и витрэктомии. Приведены указания по настройке и операции факоэмульсификации и факофрагментации.

3. Лазерным коагулятором Ophthalmas 532 EyeLite, указаны меры безопасности при работе с данным лазером, технические характеристики Ophthalmas 532 EyeLite, а также противопоказания и показания к применению.

4. Alcon Nd: YAG офтальмологической лазерной системой модели 3000 LE, которая используется врачами - офтальмологами для капсулотомии, иридэктомии и зрачковой мембранэктомии.

5. Техническое применение офтальмологического хирургического комплекса Alcon Surgical's Series 20000 Legacy- представлена общая информация об офтальмологическом хирургическом комплексе Alcon Surgical's Series 20000 Legacy. Подробно описаны режимы работы данного прибора.

6. Техническое применение офтальмологической операционной системы DORC Associate в офтальмологии. Подробно описан процесс работы данного прибора, его функции и составные модули.

В технических условиях для консервации донорских тканей представлена информация о традиционных методах консервации донорских тканей, используемых в офтальмохирургии, изложен материал по новым способам консервации. Дана сравнительная оценка существующим методам консервации.

Описано техническое оснащение Лаборатории Глазного банка при Оренбургском филиале ФГУ МНТК «МГ» им. акад.С.Н.Федорова, в том числе описана барокамера для консервации донорских тканей и традиционные методы консервации донорских тканей, используемые в офтальмохирургии. Описан метод консервации в оксигипербарической среде (барокамере) при гипотермии. Даны технические характеристики барокамеры, описаны особенности ее эксплуатации.

Техническое применение прибора ДЭНС-терапия в офтальмологической практике - рассмотрен новый вид физиотерапевтического воздействия – динамическая электронейростимуляция (ДЭНС), с использованием аппаратов, разработанных для ее осуществления. Описаны основные правила их применения и методы лечения офтальмологических больных.

Применение аппарата суточного мониторирования ЭКГ и АД «Card(X)plore» для подготовки пациентов к оперативному лечению в микрохирургии глаза - подробно описаны холтеровское мониторирование ЭКГ, показания и противопоказания к мониторированию и основные этапы данного метода диагностики.

Таким образом, разработанный комплекс методических указаний содержит систематизированные данные технических характеристик и правил эксплуатации медицинского офтальмологического оборудования, что

способствует удобному изучению и повышению качества подготовки специалистов в области медицинской техники и офтальмологии.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ

**Канюков В.Н., Подопригора Р.Н.**

**Оренбургский государственный университет ОФ ФГУ «МНТК  
«Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н.Федорова Росмедтехнологии»,  
г. Оренбург**

По определению Всемирной организации здравоохранения здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия.

### Физическое здоровье:

- это совершенство саморегуляции в организме, гармония физиологических процессов, максимальная адаптация к окружающей среде;
- это состояние роста и развития органов и систем организма, основу которого составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции.

### Психическое здоровье:

- это высокое сознание, развитие мышления, внутренняя и моральная сила;
- это состояние психической сферы, душевный комфорт, адекватная поведенческая реакция.

Социальное здоровье - это здоровье общества и окружающей среды.

Духовное здоровье – это система ценностей и убеждений.

Нравственное здоровье – это комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информативной сферы в жизнедеятельности. Нравственным здоровьем опосредована духовность человека, которая связана с общечеловеческими истинами добра, любви и красоты.

Здоровье человека, в первую очередь, зависит от стиля жизни. Этот стиль персонифицирован. Он определяется социально-экономическими факторами, историческими, национальными и религиозными традициями, личностными наклонностями.

Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных, семейных и бытовых функций.

Здоровый образ жизни – это

- благоприятное социальное окружение;
- духовно-нравственное благополучие;
- оптимальный двигательный режим (культура движений);
- закаливание;
- рациональное питание;
- личная гигиена;
- отказ от вредных привычек;
- положительные эмоции.

Культура здорового образа жизни личности – это часть общей культуры человека.

Здоровьесберегающие технологии реализуются на основе личностно-ориентированного подхода. Это жизненно важные факторы, благодаря которым студенты, начиная с 1-го курса, учатся жить вместе и эффективно взаимодействовать. В освоении культуры человеческих отношений предлагается активное участие самих студентов. Опыт здоровьесбережения приобретается через расширение сферы общения и деятельности студентов, становление самосознания и активной жизненной позиции, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

#### Основные компоненты здоровьесберегающей технологии

- Аксиологический - педагогический процесс – это не только обучение специальным знаниям, но и процесс воспитания, направленный на формирование ценностно-ориентированных установок на здоровьесбережение и здравотворчество.

- Гносеологический, связанный с приобретением знаний и умений, необходимых для сохранения собственного здоровья.

- Здоровьесберегающий компонент включает в себя психогигиену и психопрофилактику учебно-воспитательного процесса.

- Эмоционально-волевой компонент формирует такие качества личности, как организованность, дисциплинированность, долг, честь, достоинство. Эти качества обеспечивают функционирование личности в обществе, сохраняют здоровье, как отдельного человека, так и всего коллектива.

- Экологический компонент формирует умения и навыки адаптации к экологическим факторам. В образовательных учреждениях должна быть благоприятная экологическая среда. Природная среда, окружающая образовательные учреждения, является мощным оздоровительным фактором.

#### Функции здоровьесберегающей технологии

- формирующая: осуществляется на основе биологических и социальных закономерностей становления личности (наследственность, обстановка в учебных группах, в семье и т.д.)

- информативно-коммуникативная (преемственность традиций, ценностные ориентации, ведение здорового образа жизни)

- диагностическая – это мониторинг развития студентов на основе прогностического контроля. Это позволяет соизмерить усилия и направленность действий преподавателя, учитывая природные возможности каждого студента.

#### Классификация здоровьесберегающих технологий

По характеру деятельности здоровьесберегающие технологии различают: частные (узкоспециализированные) и комплексные (интегрированные).

По направлению деятельности из частных технологий выделяют: медицинские, образовательные, социальные, психологические.

К комплексным здоровьесберегающим технологиям относят: технологии профилактики заболеваний, педагогические технологии, содействующие здоровью и формирующие ЗОЖ.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, при проведении занятий со студентами преподавателю необходимо учитывать: обстановку и



гигиенические условия в учебных комнатах, использовать различные виды учебной деятельности (опрос студентов, слушание лекций, письмо, рассказ, дискуссия). Использовать различные виды преподавания: словесный, наглядный, аудиовизуальный, самостоятельная работа и т.д.

Виды преподавания должны чередоваться. Преподаватель должен вызывать интерес к занятиям, стремление больше узнать по изучаемому предмету.

На занятиях должен быть благоприятный психологический климат, эмоциональные разрядки (шутки, улыбки, афоризмы и т.п.)

Преподаватель обязан улавливать момент наступления утомления студентов, так как это снижает их учебную активность.

Имеет значение темп ведения занятий, дикция, голос преподавателя.

Перечисленные выше моменты повышают мотивацию к учебной деятельности и позволяют реализовать здоровьесберегающие технологии у студентов.

# ВОССТАНОВЛЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКРЕАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ

Кузнецова Л.Ю

Оренбургский государственный университет

Учеба в учреждениях высшего профессионального образования предполагает интенсивный рабочий режим дня, связанный с организацией учебного процесса, научно-исследовательской работы, спортивных и творческих мероприятий. Затрачивается физические ресурсы организма, интеллектуальные, эмоциональные. В связи с этим требуется обязательное восстановление сил организма компенсаторного и расширенного характера. Нерациональное чередование труда и отдыха студентов, в дальнейшем может привести к развитию дизадапционного синдрома и развитию заболеваний. Несомненную актуальность приобретают исследования направленные на изучение рекреационных возможностей студенческого контингента.

Рекреация – это отдых, восстановление сил человека, израсходованных в процессе труда. Рекреация относится к важнейшему виду деятельности, который является необходимым условием для нормальной человеческой жизни. Рекреационная деятельность имеет биологическое значение, так как способствует восстановлению функций организма человека после профессионального труда, оптимизирует состояние его органов и систем. Рекреация способствует интеграции и адаптации людей в социальную общность, усвоению социального опыта, культурных ценностей, определению своего места в нем посредством осознанного отношения к происходящим событиям, принятия или отторжения их. В процессе рекреации формируется положительный эмоциональный статус, возникающий под влиянием чувства свободы, радости, благополучия и внутреннего удовлетворения, освобождения от стресса и бытовых проблем. Эстетическое значение рекреации обеспечено возможностью познания окружающего мира в более широком значении и позитивной рекреацией на его красоту.

Рекреация необходима как с точки зрения индивидуума, так и с позиции государства, которое для своего развития должно позаботиться о воспроизводстве производительных сил общества, в состав которых входит и население. Благодаря рекреации повышается способность людей к труду, увеличивается продолжительность периода сохранения полноценной работоспособности, что ведет к увеличению фонда рабочего времени вследствие сокращения заболеваемости, повышения жизненного тонуса.

Исследование рекреационной сферы студентов ОГУ проводилось среди разных специальностей факультетов экономики и управления, пищевых производств, архитектурно-строительного, методом интервьюирования и анкетирования.

При анализе социального времени студентов было выявлено: рабочее время занимает до 10 часов в сутки. В структуру данного времени входит

учебная деятельность, подготовка к занятиям, участие в научных мероприятиях. Во внерабочем времени распределение выглядит следующим образом: 3,3 часа занимает бытовая деятельность, 3,2 часа ежедневного отдыха, в том числе и активного и 7,5 часов отводится на сон. 7 % студентов спят от 5 до 7 часов в сутки, что приводит к снижению адаптационных возможностей организма, вызывает раздражительность и повышенную тревожность. 5,6 % студентов не имеют ежедневной рекреации, а время для отдыха могут выделить только в выходные дни.

Предпочитают активный вид отдыха 85 % студентов. К активным мероприятиям рекреационной деятельности студенты относят занятие аэробикой, плавание, катание на беговых и горных лыжах, велосипедные прогулки, походы, дайвинг. 18,3 % студентов из этой группы занимаются несколькими спортивно-оздоровительными видами отдыха. Среди студенческого контингента, 15 % считают наиболее оптимальным пассивные виды отдыха - просмотр телепередач, загорание на пляже, игры на компьютере.

По числу участников рекреации можно выделить категории: отдых вместе с друзьями, с семьей, индивидуальный. Предпочитают отдыхать с друзьями 60 % студентов, сюда относится посещение спортивных и развлекательных мероприятий, походы, экскурсии. 28 % студентов интересен отдых вместе с семьей, а 12 % привлекает индивидуальный отдых.

Большая часть студенческого контингента (78 %) остается в пределах России. Пользуются популярностью курорты Башкирии, Соль-Илецкий курорт, горнолыжный центр «Долина», круглогодичный санаторий «Самородово», региональные турбазы и рекреационные центры на реках Урал, Сакмара. Имеют возможность отдыхать на зарубежных курортах 22 % студентов, наиболее востребованными странами являются Турция, Египет, Болгария.

В настоящее время, по данным статистики, многочисленная часть населения страдает дизадаптационным синдромом. Дизадаптация проявляется в виде хронической усталости, явлениями утомления и переутомления, снижением умственной и физической работоспособности. Названные состояния при продолжающемся воздействии физических и социальных факторов с высокой вероятностью приводят к развитию заболевания, обострению основного заболевания, активизации сопутствующих. Особенно это актуально в студенческой среде, для которой характерен напряжённый режим учёбы, ускоренный ритм жизни, стрессы, нагрузки.

Оценивая данные о физической активности и адаптации студентов после отдыха, были получены следующие результаты. Чувствуют себя бодрыми, активными, эмоционально устойчивыми, трудоспособными 68 % студентов. Не изменяется общее состояние у 23 % студентов и на учебно-трудовую деятельность не оказывает негативного влияния. Выявлены 9 % студентов, которые испытывают усталость и снижение мотивации к трудовой деятельности после отдыха. Данная категория студентов является группой риска по развитию дизадаптационного синдрома. К причинам вызывающим дизадаптацию можно отнести нерациональное использование внерабочего времени, выбор неэффективных форм отдыха, инертное коллективное окружение, финансовая

нестабильность семьи.

Важным моментом является отношение студентов к оздоровлению с помощью физических упражнений. Считают необходимым для оздоровления человека активный вид отдыха 89 % студентов. Сравнивая с показателем предпочитаемого вида отдыха (85 %), можно сделать вывод о наличии 4 % студентов, которые не предпринимают действий для активной реализации своих желаний. 11 % студентов считают не эффективным способом оздоровления использование физических упражнений.

По современным представлениям в здоровый образ жизни входят следующие составляющие: оптимальный двигательный режим; рациональное питание; закаливание организма; отказ от вредных пристрастий (курение, алкоголизм, наркотики); личная гигиена; положительные эмоции.

Среди факторов, способствующих сохранению и укреплению здоровья, студенты Оренбургского государственного университета поставили на первое место занятия спортом - 34 %. Соблюдение принципов рационального питания в виде сбалансированного соотношения питательных веществ, обеспечения физиологических потребностей нутриентов, энергетической ценности пищи считают необходимым условием поддержания здоровья 31 % студентов. Оценивают положительное влияние на организм своевременного и полноценного отдыха 15 % исследуемого контингента. 7 % студентов находят не совместимыми понятия: вредные привычки (алкоголизм, курение, наркотики) и здоровье. Важно соблюдение режима дня и его рациональное использование, по мнению 6 % студентов, а также наличие положительных эмоций – 4 % студентов, своевременное обследование и обращение к врачу – 3 % студентов.

Для проведения рекреационной деятельности, необходимо наличие определенных ресурсов с разным радиусом доступности. Оренбургская область обладает довольно высоким историко-культурным и богатым природно-географическим потенциалом. По количеству и разнообразию расположенных здесь памятников истории, культуры, археологии, архитектуры и природы, регион является уникальным для развития туризма.

Среди природно-рекреационных ресурсов можно выделить: маршрут экстремального и спортивного туризма «Карагай-Губерлинское ущелье» и горнолыжный центр «Долина» в Кувандыкском районе; грязевые и рапные озера Соль-Илецкого района; лесной массив Бузулукский бор; Таловская степь Первомайского района; Общий сырт Предуралья.

Разнообразны культурно-исторические ресурсы Оренбуржья. Среди геологических памятников природы особую ценность, как объект туризма, имеют Ключевские Красные Камни, Роптанская Красная круча, а также Старобелогорские меловые горы в Новосергеевском район; Святой камень дырчатых кварцитов в Ташлинском районе.

Представляют интерес объекты познавательной рекреации направленные на развитие духовного потенциала личности: музей-усадьба С.Т. Аксакова, расположенный в селе Аксаково Бугурусланского района; памятники истории Оренбургского казачьего войска; маршруты перемещения А.С. Пушкина по местам пугачевского восстания в Оренбургском крае.

Рекреационные объекты спортивно-оздоровительного направления в пределах города необходимы для ежедневной рекреации. Оренбургский государственный университет обладает достаточной спортивной базой: бассейн, стадион с открытым полем, конно-спортивный комплекс, тренировочные залы. Помимо этого, имеются городские спортивные объекты.

При анализе паспортов здоровья студентов обращает на себя внимание тот факт, что студенты, занимающиеся в спортивных секциях, имеют более высокие показатели функций дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, психологического статуса.

Таким образом, полноценный отдых студентов способствует повышению эмоциональной и физической активности, улучшает работоспособность, адаптацию к различным стрессам. Студенческий контингент необходимо ориентировать на здоровье как на социальное свойство личности, обеспечивающее в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие, обеспеченную старость. Администрации и профсоюзным организациям образовательных учреждений необходимо способствовать развитию активных видов отдыха для своих студентов в виде создания местных пунктов проката спортивного и туристского снаряжения, организации экскурсий и походов.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

**Лучкина Е.Н.**  
**филиал АКИПКРО (г. Бийск)**

Здоровье, по мнению В.Базарного, категория не медицинская, а категория развития, воспитания. Здоровье детей следует считать главным критерием оценки деятельности школы. Охрана и укрепление здоровья учащихся является целью здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения. Школа может и должна содействовать сохранению здоровья детей теми методами, которые доступны любому образовательному учреждению.

Оценка эффективности деятельности образовательного учреждения по охране и укреплению здоровья проводится различными методами: это и физиологические, и психофизиологические, и гигиенические, и оценка физического развития школьников, состояния их здоровья.

В процессе, например, психофизиологического мониторинга оцениваются личностные качества учащихся: устойчивость к стрессам, работоспособность, утомляемость, мотивация и др. Кроме того, в практике оценивания в последнее время используется метод анкетирования, а также комплексная и всесторонняя оценка всех направлений здоровьесберегающей деятельности не только в одном учебном заведении, а и в регионе.

Целый комплекс показателей, включающий рациональную организацию учебного процесса, режима дня школьников, состояние здоровья, физическое развитие учащихся, отношение их к своему здоровью, может свидетельствовать о полноте и системности проводимой работы в образовательных учреждениях по здоровьесбережению.

Рекомендуется ставить на особый контроль то, как организуется учебный процесс при введении инновационных программ, апробация которых может создавать предпосылки для стрессов, неврозов, психологического дискомфорта.

Насколько эффективно организована учебная деятельность, можно определить по соответствию её составляющих: учебной нагрузке, длительности каникул, количеству уроков в день и в неделю, требованиям СанПиН.

Эффективность здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения оценивается и через анализ знаний основ здорового образа жизни. Выявляются знания с помощью анкет, обработку которых проводят завуч, психолог, учитель, классный руководитель. На основе полученных сведений может быть спланирована индивидуальная работа, как с учащимися, так и с их родителями.

Следует отметить, что систематическая и всесторонняя, многоаспектная деятельность по охране и укреплению здоровья учащихся ведётся пока только в некоторых образовательных учреждениях.

Для обеспечения школ научно – методической помощью разработана базовая модель системной комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья в образовательных учреждениях, включающая несколько блоков.

Определённый эффект может принести реализация комплексной программы «Образование и здоровье», подтверждающая статус детства, находящаяся в числе приоритетных направлений органов власти, призванная осуществить на деле положения Декларации прав ребёнка.

Специалисты высшей школы настоятельно рекомендуют школьным коллективам включиться в проект «Здоровая школа», цель которого – создание в образовательных учреждениях образовательной среды. Важнейшим результатом работы над ним станет изменение качества жизни в школе. Главное в здоровьесбережении – не навредить.

По мнению доктора Норбекова, следует вырабатывать «привычку быть счастливым и здоровым». А здоровье, что бесспорно, начинается с позитивного взгляда на мир.

#### Литература.

1. М. Безруких, В. Сонькин, В.Безобразова. Здоровьесберегающая школа //Управление школой. - 2005. - № 23, С.42 – 47.
2. Белова С., Винокурова С. Создание здоровой школы – утопия или реальность? //Народное образование. - 2004. - № 6. С.229 – 239.

## **К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСНОВ ПРОФИЛАКТИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА**

**Малышева Н.В., Исхаков М.М.  
Оренбургский государственный университет**

Дорожно-транспортный травматизм за последние десятилетия стал крупнейшей социально-экономической и демографической проблемой, которая представляет угрозу национальной безопасности страны.

Впервые из уст Президента РФ В.В. Путина в его Послании Федеральному собранию прозвучала озабоченность по поводу гибели людей на дорогах: «В России почти 100 человек в день погибает в дорожно-транспортных происшествиях. Причины этого хорошо известны. И нам следует реализовать целый комплекс мер, позволяющих преодолеть эту ужасную ситуацию». Остроту и актуальность поставленной задачи подчеркнул Л.М. Рошаль, руководитель отделения неотложной хирургии и травмы детского возраста НИИ педиатрии РАМН, в обращении к членам Государственного Совета РФ: «Важнейшая проблема – оказание первой доврачебной помощи водителями. Знания, которые им дают в автошколе, абсолютно недостаточны, а преподают предмет случайные люди. Оказанию первой доврачебной помощи учить надо на макетах, отрабатывая практические навыки в ходе этого обучения, что в условиях автошкол сделать невозможно. И делать это должны специалисты. Сотрудники дорожно-патрульной службы Государственной инспекции безопасности дорожного движения (ДПС ГИБДД) на месте дорожно-транспортных происшествий (ДТП) вызывают «скорую помощь» к пострадавшему человеку, боясь к нему притронуться, что также обусловлено неуверенностью в благополучном исходе неотложных действий в силу собственной необученности».

Процесс автомобилизации не случайно называют «войной на колёсах» - ежедневно в мире от дорожно-транспортного травматизма погибает более 3 тысяч человек. Дорожно-транспортный травматизм – один из основных видов травматизма в экономически развитых странах. Неинфекционные болезни и травматизм являются ведущими причинами смертности и неудовлетворительного здоровья населения России (данные проекта Всемирного банка, посвященного транспортной смертности и экономическому росту (World Bank' Traffic Fatalities and Economic Growth – TFEC)). Травмы прочно занимают третье место среди причин смертности населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и первое место – в возрастной группе до 40 лет. Если же считать смертность от травм по годам недожитой жизни (как это делается в большинстве стран по рекомендации ВОЗ), то она превышает смертность от сердечно-сосудистых, онкологических и инфекционных болезней вместе взятых. В России, как и во всём цивилизованном обществе, травма является «убийцей № 1», поскольку от травм погибает преимущественно молодое и трудоспособное население: среди юношей и подростков травма является причиной смертности в 80 % случаев.



Поэтому травма является одной из ведущих демографических причин депопуляции населения России.

В сравнении с развитыми зарубежными странами Россия характеризуется самым высоким уровнем риска гибели населения в ДТП и самым высоким уровнем тяжести последствий ДТП. Тяжесть последствий ДТП у нас в 7 – 8 раз выше, чем в США и большинстве стран Европы. Из 100 пострадавших в ДТП в России в 2001 г погибло почти в 4 раза больше, чем во Франции, Дании и Австрии, в 6 – 7 раз больше, чем в Германии, Швеции и Великобритании (С. А. Евтюков, 2008). Данные ВОЗ указывают на то, что если не предпринимать необходимых действий, то к 2020 г. уровень этого травматизма стремительно возрастет, в частности в странах, где происходит быстрая автомобилизация.

Одной из особенностей дорожно-транспортных происшествий (ДТП) является то, что первая медицинская помощь пострадавшим на месте катастрофы далеко не всегда оказывается своевременно. Невежество и незнание приемов первой помощи нередко приводят к роковым результатам. Опыт показывает, что жизнь пострадавших нередко зависит от того, какая им будет оказана помощь в первые минуты после ДТП. По мнению специалистов, если пострадавший находится в состоянии клинической смерти более 3 минут, вероятность того, что жизнь удастся спасти, составляет 75 %. При увеличении этого промежутка до 5 минут вероятность уменьшается до 25 %, при превышении 10 минут человека спасти не удастся.

По данным Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, примерно у 17 % ДТП причиной смерти были кровотечение, асфиксия и другие состояния, требовавшие немедленной доврачебной медицинской помощи, которая им не была вовремя оказана. Установлено также, что из числа всех, получивших тяжелые травмы при ДТП, 60 % погибает на месте и 8 % при эвакуации в лечебные учреждения.

К настоящему времени в нашей стране проблема оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим в ДТП стоит очень остро. В то же время, предпосылки и научная база для создания российской системы неотложной медицинской помощи пострадавшим от ДТП в рамках Национального проекта «Здоровье» в настоящее время имеются. К примеру, сотрудниками кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова была создана многоуровневая система объективной оценки тяжести травм и мониторинга состояния раненых в процессе оказания медицинской помощи и лечения. Задачей учебных заведений немедицинского профиля, на наш взгляд, является разработка учебно-методических комплексов, позволяющих повышать уровень медицинских знаний у студентов абсолютно всех специальностей, являющихся потенциальными участниками ДТП. Преимуществом многопрофильных ВУЗов, имеющих в своей структуре факультеты биологической направленности, является возможность преподавания анатомо-физиологических основ и принципов оказания неотложной медицинской помощи. Возможности Оренбургского государственного университета

позволяют давать подобные знания будущим выпускникам разных специальностей в рамках работы кафедры профилактической медицины, которая предполагает обучение не только медицинским основам профилактики заболеваний, но и принципам оказания своевременной адекватной медицинской помощи в неотложных ситуациях. Учитывая сложившуюся обстановку в нашей стране, особую актуальность данное направление приобретает при обучении студентов транспортного факультета. Все преподаватели кафедры, сочетая в своей работе преимущества одновременно медицинского и педагогического образования, обладают достаточным уровнем опыта, необходимого для создания теоретических и практических навыков само- и взаимопомощи в неотложных ситуациях у наших студентов.

На практических занятиях со студентами отрабатываются следующие этапы деятельности по уменьшению тяжести последствий ДТП:

- действия водителя и пассажиров непосредственно перед ДТП, т.е. в момент, когда водителю становится ясно – «катастрофа неизбежна»;
- первые действия на момент ДТП и оказание первой медицинской помощи;
- транспортировка пострадавших в лечебное учреждение.

Известно, что у водителя и пассажиров существуют возможности для уменьшения степени тяжести травм. Практика показывает, что люди, находящиеся внутри автомобиля и успевшие подготовиться подобным образом в момент, непосредственно предшествующий ДТП, получают менее тяжёлые повреждения, чем те, кого происшествие застало врасплох.

Первая медицинская помощь – это мероприятия по спасению жизни или здоровья пострадавшего в результате травмы или несчастного случая до оказания врачебной помощи. Ее цель – предотвратить дальнейшие повреждения во время транспортировки, снять боль и своевременно доставить пострадавшего в лечебное учреждение. Приемы первой помощи просты и доступны, они не требуют наличия медицинской квалификации и специальной аппаратуры. Их может выполнить каждый, кто имеет соответствующие знания и действительно имеет желание помочь. Это требует умения и большой осторожности, так как неумелое выполнение этих операций может усугубить тяжесть полученных травм и быть причиной гибели человека. Пострадавшим с переломом конечности сразу же после извлечения прямо у машины проводится иммобилизация. После извлечения пострадавшего из автомобиля каждому, кто оказывает помощь, необходимо уметь правильно оценить тяжесть его состояния, т.е. правильно проверить наличие у пострадавшего пульса, дыхания, сознания. При тяжелых травмах пострадавшего может развиться потеря сознания, т.е. состояние, когда человек лежит без движения, как правило, с закрытыми глазами, не реагирует на окружающее и не отвечает на вопросы. В таком случае оказывающий помощь должен четко и быстро отличить потерю сознания от смерти.

Подобные знания и навыки студенты усваивают на кафедре профилактической медицины.

Первоочередной задачей при оказании доврачебной помощи является устранение опасности, угрожающей жизни пострадавшего. Такая опасность возникает при обильном кровотечении, нарушении сердечной деятельности и дыхания, шоке. Первую помощь при ДТП чаще всего оказывает водитель или пассажиры, которые не пострадали или получили более легкую травму, а также лица из других транспортных средств. Этими лицами в будущем и оказываются выпускники нашего университета.

В комплексе неотложных мероприятий со студентами на кафедре отрабатываются следующие наиболее важные для сохранения жизни навыки:

- остановка кровотечений, угрожающих жизни;
- искусственное дыхание;
- непрямой массаж сердца;
- обработка ран и наложение повязок;
- при переломах костей - наложение шин.

Кроме того, обосновывается правильное комплектование аптечки и умелое использование её содержимого при оказании первой медицинской помощи.

Первая помощь, оказываемая немедицинскими работниками, в силу естественного недостатка знаний и опыта, а также отсутствия необходимых для эффективного пособия средств, в своих возможностях весьма ограничена – это общеизвестно. И, тем не менее, если каждый, кто действительно может помочь, сделает всё от него зависящее по возможности грамотно, жизненные перспективы многих пострадавших окажутся более обнадеживающими. А степень грамотности выполняемых неотложных мероприятий напрямую будет зависеть от уровня полученных медицинских знаний в стенах высших учебных заведений, одним из которых и является Оренбургский государственный университет.

# ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА ОРЕНБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Науменко О.А.

Оренбургский государственный университет

Обучение в современных высших учебных заведениях сопряжено с высоким умственным и эмоциональным напряжением студентов. Это явление предопределяется воздействием множества разнообразных факторов.

Умственная работоспособность (УР) обучающихся выступает как интегральный показатель, позволяющий своевременно определять критические моменты в процессе учебной деятельности студентов.

Полноценное приобретение студентами профессиональных знаний, умений навыков в высшем учебном заведении возможно только при высокой физической и умственной работоспособности. Высокая работоспособность в процессе учебной деятельности обуславливается многими внешними и внутренними факторами, среди которых большую роль играют правильная организация режима учёбы и отдыха, здоровый образ жизни студентов, включающий в себя здоровое полноценное питание, отсутствие вредных привычек, полноценный сон, оптимальную двигательную активность (Карповский Г.К., 1987; Ибрагимов У., 1990 и др.).

Термин «работоспособность» принадлежит к числу ключевых в психологии, физиологии и гигиене труда (Алишев Н.В., Егоров А.С., 1985; Сорванов В.А., 1987 и др.). Определения этого термина, имеющиеся в литературе, содержат зачастую некоторые различия, что является препятствием оценки и анализа работоспособности. Работоспособность - многокомпонентное свойство организма, проявляющееся в способности поддерживать гомиокинез при значительных физических, эмоциональных и интеллектуальных нагрузках (Мотылянская Р.Е., 1979). Н.В. Алишевым, А.С. Егоровым (1985) работоспособность характеризуется, как степень функциональной готовности организма к выполнению конкретной деятельности, протекающей в конкретных условиях среды обитания, режима, продолжительности, эффективности, надежности и т.п. Работоспособность, по определению В.А. Сорванова (1987), это - способность человека достигать наивысшего эффекта (результата) при реализации намеченной цели в упражнениях, где резкие и значительные перепады интенсивности сменяются паузами отдыха, а передвижения или усилия разной длительности и действия различной формы и характера чередуются беспорядочно.

Н.А. Агаджанян с соавт. (1998) под **работоспособностью** понимают потенциальные возможности человека производить физическую (физическая работоспособность) или умственную (умственная работоспособность) работу на определенном отрезке времени на заданном уровне сложности. Таким образом, в доступной литературе нет однозначного толкования термина

«работоспособность», возможно, это объясняется тем, что авторами при измерении работоспособности используются различные методики.

Вопросы повышения работоспособности изучались многими учеными. Можно выделить несколько направлений исследований:

- повышение работоспособности (внутридневной, суточной работоспособности) рабочих, служащих и инженеров (Косилов С.А. с соавт. 1973);

- повышение работоспособности учащейся молодёжи (Булате В.Г., Бреманис Э.Б., 1976; Виленский М.Я., Минаев Б.Н., 1976; Захаров М.С., Тектов Ю.С., 1977; Виленский М.Я., Русанов В.П., 1979; Хоружев А.Г., Усков Г.В., 1983, Грибков В.А., 1995);

- повышение работоспособности спортсменов (Соболевский В.И., Джаракянц С.Л., Шамардин В.Н., 1983) и т.д.

Изучение факторов, определяющих работоспособность студентов, дает возможность оптимизировать различные составляющие учебного процесса и повысить успеваемость.

Поэтому **цель** данной работы состояла в изучении показателей умственной работоспособности студентов 1 курса и выявление факторов, снижающих работоспособность и успеваемость.

Для реализации поставленной цели были решены следующие **задачи**:

1. Определение средних показателей умственной работоспособности студентов с учетом пола;

2. Определение средних показателей работоспособности и выделение 2 групп студентов на основе коэффициента умственной продуктивности: 1 группа с низким уровнем работоспособности и 2 группа - с высоким уровнем работоспособности;

3. Выявление взаимосвязи между умственной работоспособностью и действием группы социально-гигиенических факторов: курением, употреблением алкоголя, уровнем стресса, учебной и физической нагрузкой, длительностью сна и низкой двигательной активностью.

4. Выявление взаимосвязи между успеваемостью тестируемых студентов и рядом функционально – диагностических факторов, с расчетом среднего балла, полученного в ходе зимней экзаменационной сессии.

**Объем и методы исследования.** В исследовании приняли участие 128 студентов первого курса различных специальностей ОГУ (40 юношей и 88 девушек). Показатели умственной работоспособности студентов определялись по таблице Анфимова по данным корректурной пробы. При этом оценивались следующие показатели: А – коэффициент точности выполнения задания; Р – коэффициент умственной продуктивности; Q – объем зрительной информации и СПИ – скорость переработки информации.

Среди факторов, определяющих работоспособность студентов, методом анкетирования оценивалось наличие таких социально-гигиенических факторов, как курение, употребление алкоголя, уровень стресса, высокая учебная и недостаточная физическая нагрузка, и нарушения сна.

Математическая обработка результатов включала в себя оценку следующих показателей умственной работоспособности студентов:

$A = M/N$ , где  $A$  – коэффициент точности выполнения задания, где  $M$  – количество вычеркнутых знаков,  $N$  – количество знаков, которые необходимо вычеркнуть(583);

$P = AS$ , где  $P$  – коэффициент умственной продуктивности, где  $S$  – общее количество просмотренных знаков;

$Q = 0,5936 \times S$ , где  $Q$  – объем зрительной информации, где 0,5936 – средний объем информации, приходящийся на 1 знак;

$СПИ = (Q - 2,807 \times n) / T$ , где СПИ – скорость переработки информации, где 2,807 бита-потеря информации на 1 пропущенный знак,  $n$  – общее количество ошибок,  $T$  – время выполнения задания.

Средние значения показателей работоспособности студентов с учетом пола представлены в таблице 1:

**Таблица 1 - Показатели работоспособности студентов с учетом пола**

Пол / Показатели	$\Delta A$	$\Delta P$	$\Delta Q$	$\Delta СПИ$
Юноши	0,112	96, 12*	480,3*	2,56
Девушки	0,119	111, 89	527,29	2,78
Все студенты	0,117	106,9	512,6	2,71

Примечание: \*\* -  $p < 0,01$ ; \* -  $p < 0,05$ .

Из таблицы следует, что среднее значение коэффициента точности выполнения задания ( $\Delta A$ ) для всех студентов 1 курса составляет 0,117, коэффициента умственной продуктивности ( $\Delta P$ ) - 106,9, средний объем зрительной информации составляет 512,6, а средняя скорость переработки информации - 2,71, что соответствует средним значениям уровня умственной трудоспособности. Половые различия выявлены для коэффициента умственной продуктивности и для объема зрительной информации, которые достоверно выше у девушек.

На втором этапе исследования все студенты по коэффициенту умственной продуктивности были разделены на две группы: с низким (1 группа) высоким (2 группа) уровнем умственной работоспособности (таблица 2):

Как следует из представленной таблицы, относительное и абсолютное число студентов с низкими и высокими показателями работоспособности оказалось равным – по 64 студента в каждой группе, при этом установлены

достоверные различия для всех показателей УР, которые значительно снижены у студентов 1 группы.

**Таблица 2 Средние показатели умственной работоспособности в двух группах студентов**

Группа		1 группа (низкий уровень работоспособности)	2 группа (высокий уровень работоспособности)
Общее число студентов	абс.	64	64
	%	50	50
А		6,26*	8,79
ΔА		0,097**	0,137
Р		4638,16**	9048,7
ΔР		72,47**	141,38
Q		27424,5**	38597,8
ΔQ		428,5*	603,1
СПИ		144,53**	202,9
ΔСПИ		2,25*	3,17

Примечание: \*\* -  $p < 0,01$ ; \* -  $p < 0,05$ .

Нами были определены показатели распространенности Р ряда социально-гигиенических факторов для студентов каждой группы и проведен их сравнительный анализ (таблица 3):

**Таблица 3. Сравнительная характеристика распространенности факторов (Р), влияющих на умственную работоспособность студентов в % на 100 обследованных**

Факторы		распространенность факторов % в 1 группе	распространенность факторов % во 2 группе
Пересдача сессии		42,2	42,2
Сменность обучения	1 смена	61	61
	2 смена	17,2*	12,5
	весь день	21,8	26,5
Трудность обучения		20,3*	28,2
Наличие в учебном расписании 4 и более пар		68,75**	17,2
Утомляемость	высокая	76,55*	70,4
	низкая	17,7	21,8
		6,25	7,8

		постоянная	
Курение		20*	17,2
Употребление алкоголя		51,7**	32,75
Низкая двигательная активность		65	65,5
Уровень стресса	высокий	6,7**	3,4
	средний	60*	51,8
	низкий	33,3	44,8
Длительность сна в сутки		8,2 часов	8,3 часов

Примечание: \*\* -  $p < 0,01$ ; \* -  $p < 0,05$ .

Как следует из представленной таблицы, установлено достоверное преобладание распространенности среди студентов 1 группы таких факторов как обучение во 2 смену, наличие в учебном расписании 4 и более пар, злоупотребление алкоголем, курение, высокий и средний уровни стресса. При этом также достоверно выше в данной группе число студентов с трудностями в обучении и высокой утомляемостью, которая зарегистрирована практически у 77% студентов 1 группы.

Таким образом, проведенные нами исследования позволяют сделать следующие выводы: показатели умственной работоспособности студентов ОГУ соответствуют средним общероссийским значениям. Установлены более высокие значения коэффициента умственной продуктивности для девушек-студентов ОГУ. Однако, 50% обследуемых студентов 1 курса ОГУ имеют низкий уровень УР, вследствие влияния таких факторов как нарушение режима обучения, алкоголь, курение и стресс. Полученные результаты говорят о необходимости оптимизации условий труда и отдыха студентов ОГУ.



# ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ КАК ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВА

Россошанская Т.Б.

Индустриально-педагогический колледж ГОУ ОГУ, г. Оренбург

Одним из приоритетных направлений деятельности государства, а значит всего общества, на современном этапе, является охрана здоровья детей, поскольку только лишь здоровые дети способны усваивать полученные знания, а в будущем быть способными позаботиться не только о себе, но и о близких и окружающих их людях. Профилактика детских заболеваний является одной из основных задач на сегодняшний день.

Однако в последние годы в России наблюдается стойкое снижение количества здоровых детей по отношению к детям с какими-либо отклонениями. Зачастую можно услышать фразу о том, что «в России нет здоровых детей». И, если мы начнем искать причину этого, то совершенно точно вскрыется «добрая» дюжина этих самых причин, сплетенных друг с другом в некую зловещую паутину.

Существует более 300 определений понятия «здоровье». Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. В настоящее время в понятие здоровье включается нравственное и духовное благополучие. В связи с этим модель здоровья можно представить в виде его составляющих:

- физическое здоровье (с точки зрения медицины – это, так называемый, биологический фактор, с точки зрения педагогики – это гармония физиологических процессов в совокупности с максимальной адаптацией к окружающей среде);

- психическое здоровье (с медицинской точки зрения – это состояние душевного комфорта плюс адекватная поведенческая реакция, с педагогической точки зрения – развитое мышление, которое обеспечивает способностью к творческой деятельности);

- социальное здоровье (главным образом здесь необходимо говорить об условиях социальной среды, а как следствие – гармоничное развитие личности плюс адекватная самооценка и умение существовать в оптимальных социальных условиях);

- нравственное здоровье (по моему мнению, данное направление непосредственно связано с таким понятием, как «воспитание», где основную роль должна играть непосредственно семья, а потом уже школа на определенном этапе и другие учебные заведения).

Проработав десять лет педагогом, пообщавшись с родителями детей (от 11 лет и до 20), приходишь к неутешительному убеждению в том, что примерно 30-35% родителей заботятся не только о физическом здоровье наших детей, но и о психическом и нравственном, создавая им (детям) благоприятную социальную атмосферу, что и дает возможность дальнейшего развития

подрастающего поколения. Но, к сожалению, 65-70% родителей считают своей основной задачей «выполнить демографическую норму», тем более, что за последние 3 года здесь можно еще и «заработать» на рождении второго ребенка. Страшнее всего то, что в эту «игру» активно включаются социально неблагополучные семьи и со стороны государства здесь должен быть строгий контроль. А в последнее время все чаще и чаще в средствах массовой информации винят учебные заведения во всех грехах, если произойдет что-то страшное. Но давайте вспомним, в каком возрасте ребенок попадает в школу? В 6-7, а то и в 8 лет. А что говорят японцы в этой связи? Ребенка возможно и совершенно необходимо воспитывать первые 5 лет, а потом он начинает сам уже делать определенные выводы, способен осмысливать поступки как свои, так и окружающих его людей. Вспомним, когда мы начинаем воспитывать детей?.. Приблизительно после 5 лет...

Интернет... Вот еще одна и радость и беда детей не только младшего возраста, но и подростков. Согласно исследованию компании "КОМКОН", численность российских пользователей сети Интернет на начало 2002 года составляет 3,7-3,8 миллиона человек в возрасте в среднем от 12 до 34 лет, относительный прирост за каждый из последних трех лет составляет более 120%. По данным статистических исследований сайта "ИнфоАрт", около десяти крупнейших российских серверов уже перешли рубеж миллионного посетителя. Что же касается «детского» пользования сетью Интернет, то если на 1996 год средний возраст начала знакомства с новыми информационными технологиями приходился на 16-17 лет, то уже в 2001 году более половины респондентов – 5-7-классники и даже дети младшего школьного возраста.

Среди психологических особенностей людей, имеющих многолетний контакт с компьютером, выделяют упорство, настойчивость в достижении целей, независимость, склонность к принятию решений на основании собственных критериев, пренебрежение социальными нормами, склонность к творческой деятельности, предпочтение процесса работы получению результата, а также погруженность в собственные переживания, холодность и не эмоциональность в общении, склонность к конфликтам, эгоцентризм, недостаток ответственности.

Компьютерные игры, наиболее популярная сфера применения ЭВМ, могут выполнять функцию психологической разгрузки, играть роль психологического тренинга, и таким образом учить человека способам разрешения проблем. Но давайте не будем кривить душой, не будем отмахиваться от тех фактов, что за последние годы участились случаи суицида подростков, которые чрезвычайно плотно общаются с глобальной сетью. Несомненно, что и здесь должна быть работа государства, должны активнее работать те службы, которые имеют полномочия на запрещение доступа к сомнительным сайтам.

И, как говорят специалисты, одной из негативных сторон информатизации является появление у некоторых людей (и не только пользователей) компьютерной тревожности. В настоящее время не существует четкого определения, этого понятия, нет и общепризнанных методов

профилактики и лечения компьютерной тревожности. Большинство психологов подразумевают под нею страх, возникающий при работе на компьютере или при размышлении о ней. Установлено, что уровень компьютерной тревожности позволяет предсказать успешность обучения работе на компьютере. Г.Маркулидес показал, что наличие компьютерной тревожности значительно снижает компьютерную грамотность и интерес к работе на компьютере. Люди, испытывающие высокую тревогу при выполнении какого либо задания на ЭВМ, как правило имеют отрицательное отношение к компьютеру. С другой стороны, как указывают Д. Кэмпбелл и К. Перри, отрицательные эмоции в некоторых случаях могут стимулировать рост активности, стремление выполнить задание как можно лучше и приводить тем самым к повышению успешности деятельности.

У студентов компьютерная тревожность возникает зачастую, как реакция на страх получить плохую отметку, показаться неспособным или глупым по сравнению с другими обучающимися. Преподаватели также зачастую сталкиваются с серьезными трудностями в процессе освоения навыков работы на компьютере. У них может иметь место опасение, что их рабочие места займут компьютеры или педагоги, лучше владеющие компьютером. Одним из важным факторов тревожности является также осознание ими того, что их ученики владеют компьютером намного лучше, чем они сами.

Одной из разновидностей компьютерной тревожности является «компьютерный стресс». В работе А.М. Боковой изучается стресс, связанный с компьютеризацией профессиональной деятельности, определяются факторы стрессоустойчивости в процессе адаптации человека к работе на компьютере. Основным стрессогенным фактором при работе на компьютере он считает утрату контроля над деятельностью, когда ситуация взаимодействия с компьютером выходит из-под контроля. Стессоустойчивость определяется в первую очередь свойствами личности. При этом активность, инициативность, уверенность в себе, эмоциональная стабильность и оптимистическая оценка ситуации - основа устойчивости к стрессу.

В числе отрицательных последствий длительного применения информационных технологий выделяют так же аутизацию (уход от реальности, синдром зависимости от компьютера и особенно от Интернета). Сужается круг интересов, сокращается участие в значимых видах деятельности либо происходит полный отказ от нее. Показателем актуальности этой проблемы является уже то, что в пятую редакцию классификации психических заболеваний в США DSM-5 предложено включить раздел «Кибернетические расстройства». К симптомам этих расстройств относят навязчивые размышления о происходящем в киберпространстве, психомоторное беспокойство.

Среди психологических механизмов выделяют «опыт потока» - особое состояние поглощенности деятельностью, при котором ожидаемый результат этой деятельности отходит в сознании человека на задний план и само действие занимает все внимание. Это состояние сопровождается интенсивными положительными эмоциями. «Зацикливание» на процессе взаимодействия с

компьютером, уход от действительности, «бегство» от нее в виртуальный мир. Однако, феномен «незаконченного действия», не позволяющий пользователю полностью переключиться на другой вид деятельности, может служить компенсацией некоторых недостатков, комплексов, недостаточно развитых способностей, трудностей контакта с окружающими, конфликтных отношений с окружающими. При этом типично переживание чувства власти, компетентности, сопровождающееся своего рода «опьянением», наличие ощущения присутствия виртуальной реальности, стирание границ реальной действительности и виртуальной реальности.

Однако, А. Е. Войскунский считает, что специалистами преувеличено число страдающих Интернет–зависимостью, а за проявлениями зависимости от Интернета нередко скрываются иные психические отклонения. К. Мюррей полагает, что Интернет - зависимость можно рассматривать по аналогии с другими увлечениями, например, с жадой путешествий или «глотанием» книг. Уход в мир Интернета, с его точки зрения, является своеобразным «испытанием» для развития личности. Такой уход может способствовать новому «появлению» в реальном мире, причем более значительному. И если столкновение с Интернет–зависимостью воспринимается как битва, то этот опыт приносит честь тому, кто его пережил.

В заключении хочется напомнить нам всем, что мы несем огромную ответственность перед нами же самими, воспитывая наших детей. Дети, в прямом смысле этого слова, - это наша с вами благополучная старость...

# ОТНОШЕНИЯ ДЕВУШЕК К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ В РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ КУЛЬТУРНОГО РАЗВИТИЯ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Рыбалко Н.М.

Оренбургский государственный университет

Половые отношения, стихийные и практически нерегулируемые на ранних этапах развития общества, по мере общественного развития в истории человечества приобрели более определенные и регламентированные формы. Это было, прежде всего, связано с укоренением собственности и возникшей необходимостью четкого определения круга собственников по родственному признаку. Таким образом, уже в древности сформировались надолго укоренившиеся установки в сфере полового поведения и его преемственности. Нормы половых отношений предусматривали общественно санкционированные ограничения на выбор сексуального партнера и регуляцию этих отношений в рамках института семьи. Охрана этих принципов вошла существенным компонентом и в идеологию мировых религий.

Состояние репродуктивного здоровья населения является предметом интереса не только медицинской практики, но и мировой общественности. Репродуктивное здоровье женщин выделяется своей общественно-политической значимостью, так как оно напрямую связано со здоровьем детей, следовательно, с будущим государства и нации (В.И. Кулаков, 2005). Однако, при любых общественно-экономических формациях эти проблемы были и остаются ключевыми не только для любой нации или отдельно взятой страны, но и для всего человечества.

В России сложилась ситуация, характеризующаяся резким падением суммарного коэффициента рождаемости с 2,0 до 1,25 и снижением доли повторных рождений с 51 до 31%. Депопуляция приобрела уровень национальной проблемы, поскольку затронула практически все регионы и крупные этнические группы. На этом фоне низкая рождаемость в России стала одним из главных факторов сокращения численности населения.

Этнические репродуктивные установки, связанные с рождением определённого числа детей, характерны для отдельных народов и отражают принципы и образцы поведения, превращающиеся в устойчивые обычаи, сохраняющиеся на протяжении многих поколений. Главными компонентами репродуктивного поведения являются сексуальное поведение, репродуктивная установка и планирование рождаемости. По этим параметрам исследовалась этнокультурная дифференциация репродуктивного поведения девушек различных этнических групп проживающих в городе Оренбурге и Оренбургской области.

## **Материалы исследования.**

Исследование проводилось методом анкетирования девушек-студенток I курса Оренбургского государственного университета, относящихся к

различным этническим группам. Анкета содержала 44 вопроса закрытого типа, касающихся сексуального поведения и планирования семьи. Всего было проанкетировано 310 девушек в возрасте 17-20 лет, в том числе 95 девушек жительниц сельских мест и 215 – жительниц города Оренбурга. Анкетирование было анонимным при добровольном согласии девушек. При обработке материалов использовались различные методы медицинской статистики.

### **Результаты и обсуждение.**

Семейные традиции и ценности, взаимоотношение родителей и детей оказывают доминирующее влияние на становление личности ребенка, формирование его моральных и нравственных представлений и приоритетов (Халимова Д.Р., 2008).

Анализ результатов показал, что 21% русских девушек и 14% татарок считают, что сексуальные отношения возможны до совершеннолетия. Половина (50%) русских, как сельских, так и городских жительниц высказали мнение, что возраст для начала половой жизни не имеет никакого значения. В татарской этнической группе – подобное мнение о возрасте начала половой жизни характерно только для 9% девушек, большинство из которых (56 %) проживало в городе. В тоже время, примерно 70% девушек обеих этнических групп считают, что половая жизнь в подростковом возрасте может негативно влиять на репродуктивную систему в будущем. С одной стороны позитивен факт, что большинство сельских и городских девушек обеих этнических групп (79%) знают, что прерывание беременности на ранних сроках приводит к осложнениям, с другой – четвертая часть девушек не считают, что аборт приводит к осложнениям, в том числе бесплодию.

При оценке информированности девушек обеих этнических групп о методах контрацепции было установлено, что 48% девушек татарской и 36% русской национальностей, недостаточно информированы о существующих методах. Наиболее популярными являются механические контрацептивы, которые известны 44% девушкам русской и 32% татарской национальности. На втором месте по популярности находятся биологические методы контрацепции (14 и 13%). При этом только 9% городских девушек татарской этнической группы, имеют представление о данном методе контрацепции. О гормональном методе контрацепции, который является наиболее современным, к сожалению, знают только 6% девушек славянской и 5% татарской национальности.

Так как мы проводили сравнения среди различных этнических групп, интерес представляет и влияния религиозных представлений на данный вопрос. По отношению к религии 23% опрошенных русских девушек назвали себя православными и 17% татарской национальности - мусульманками. Желательный возраст вступления в брак у православных - 22,5 года, у мусульманок - 23,1 года у неверующих в среднем (22,3 года). Религиозный фактор, согласно данным анкетирования не имеет достаточного влияния на возраст вступления в брак.

Проведённый опрос показал, что желаемое число детей зависит от этнической принадлежности респондентов. В то же время большинство городских и сельских татарских (75 и 66 %) и русских девушек (60- 72%,

соответственно) планируют двоих детей. Наиболее часто планируемое женщинами количество деторождений, можно рассматривать как условную репродуктивную установку, характерную для Оренбургского региона. Трех и более детей планируют иметь в среднем 16% русских девушек (18 и 14% городских и приезжих, соответственно). Среди татарских девушек этот процент несколько выше (19%), но распределение между городскими и сельскими студентками обратное 10 и 22% соответственно.

### **Выводы.**

Таким образом, ответы респондентов различных национальностей дают возможность оценить различия в планировании семьи у представительниц русской и татарской этнических групп. Анализ данных свидетельствует, что на сегодняшний день девушки, вступающие в брак, в большинстве случаев являются не подготовленными к сложностям самостоятельной семейной жизни.

Таким образом, репродуктивные установки этнических групп практически одинаковы и сформированы устойчивые представления о желаемой модели семьи, где максимальное число детей не превышает двух. То есть, можно говорить о том, что социальная норма детности, оставаясь низкой для всего населения, имеет устойчивую тенденцию. Фактически сформировавшийся в России, начиная с 60-х годов XX века, новый тип репродуктивного поведения, для которого характерны потребность в 1-2-х детях, окончание периода деторождения практически к 25-30 годам и применение на протяжении оставшейся части репродуктивного периода различных метода контрацепции или искусственных абортов, четко проявляется в большинстве молодых семей? как столичного мегаполиса, так и областного центра (В.И. Кулаков, 2003). В этой связи для повышения активности процесса деторождения у молодежи важно пропагандировать ценности брака, семьи, детей, повысить уровень рождаемости, интерес к семейным традициям.

Следует подчеркнуть необходимость организации специальной подготовки к семейной жизни. С этой целью на базе медсанчасти Оренбургского государственного университета создан центр охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи, где любой подросток может получить информативную и квалифицированную медицинскую помощь в решении возникающих проблем. Многолетний опыт работы кафедры профилактической медицины Оренбургского государственного университета указывает на необходимость повышения образовательного уровня наших студентов, как будущих родителей. Современные дети и подростки не имеют тех институтов, которые могли бы повлиять на их моральный и этический статус. К сожалению, до сих пор в школах России нет системы полового воспитания, а число социальных учреждений по оказанию подросткам и молодежи помощи в охране репродуктивного здоровья пока недостаточно. Поэтому весьма актуальным является внедрение в образовательный процесс дисциплин, формирующих у подростков сознание необходимости сохранения и улучшения своего здоровья.

# ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОКАХ МАТЕМАТИКИ

Семёнова Т.А.

муниципальное общеобразовательное учреждение «Средняя  
общеобразовательная школа № 68 с углубленным изучением русского  
языка и математики» города Оренбурга

Охрана здоровья детей является приоритетным направлением деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производительно-полезным трудом. Поэтому одной из важнейших задач, которые я ставлю перед собой, является сохранение здоровья детей, которых я обучаю.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Можно считать, что здоровье ученика в норме, если:

- а) в физическом плане – умеет преодолевать усталость, здоровье позволяет ему справляться с учебной нагрузкой;
- б) в интеллектуальном плане – проявляет хорошие умственные способности, наблюдательность, воображение, самообучаемость;
- в) в нравственном плане – честен, самокритичен, эмпатичен;
- г) в социальном плане – коммуникабелен, понимает юмор, сам умеет шутить;
- д) в эмоциональном плане – уравновешен, способен удивляться и восхищаться.

Улучшения состояния здоровья школьников можно достичь, если учитель будет внедрять здоровьесберегающие технологии в свою работу.

**Здоровьесберегающая технология**, по мнению В.Д. Сонькина, - это:

- условия обучения ребенка в школе (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания);
- рациональная организация учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями);
- соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка;
- необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим.

Под **здоровьесберегающей образовательной технологией** (Петров О.В.) понимает систему, создающую максимально возможные условия для сохранения, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья всех субъектов образования (учащихся, педагогов и др.). В эту систему входит:

1. Использование данных мониторинга состояния здоровья учащихся, проводимого медицинскими работниками, и собственных наблюдений в процессе реализации образовательной технологии, ее коррекция в соответствии



с имеющимися данными.

2. Учет особенностей возрастного развития школьников и разработка образовательной стратегии, соответствующей особенностям памяти, мышления, работоспособности, активности и т.д. учащихся данной возрастной группы.

3. Создание благоприятного эмоционально-психологического климата в процессе реализации технологии.

4. Использование разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности учащихся, направленных на сохранение и повышение резервов здоровья, работоспособности.

### **Классификация здоровьесберегающих технологий.**

По **характеру деятельности** здоровьесберегающие технологии могут быть как частные (узкоспециализированные), так и комплексные (интегрированные).

По **направлению деятельности** среди частных здоровьесберегающих технологий выделяют: медицинские (технологии профилактики заболеваний; коррекции и реабилитации соматического здоровья; санитарно-гигиенической деятельности); образовательные, содействующие здоровью (информационно-обучающие и воспитательные); социальные (технологии организации здорового и безопасного образа жизни; профилактики и коррекции девиантного поведения); психологические (технологии профилактики и психокоррекции психических отклонений личностного и интеллектуального развития).

К **комплексным здоровьесберегающим технологиям** относят: технологии комплексной профилактики заболеваний, коррекции и реабилитации здоровья (физкультурно-оздоровительные и валеологические); педагогические технологии, содействующие здоровью; технологии, формирующие ЗОЖ.

Конечно, здоровье учащихся определяется исходным состоянием его здоровья на старте школьного обучения, но не менее важна и правильная организация учебной деятельности. Поэтому при организации и проведении урока учитываю:

- 1) строгую дозировку учебной нагрузки;
- 2) обстановку и гигиенические условия в кабинете (свежий воздух, оптимальный тепловой режим, хорошая освещенность, чистота);
- 3) построение урока с учетом динамичности учащихся, их работоспособности;
- 4) благоприятный эмоциональный настрой (у учащихся развита интуитивная способность улавливать эмоциональный настрой учителя, поэтому с первых минут урока, с приветствия стараюсь создать обстановку доброжелательности, положительный эмоциональный настрой);
- 5) чередование видов преподавания (норма – не позже, чем через 10-15 минут);

6) число видов учебной деятельности: опрос учащихся, слушание, рассказ, чтение, рассматривание наглядных пособий, ответы на вопросы, решение примеров, задач и др. (норма – 4-7 видов за урок);

7) наличие и выбор места на уроке методов, способствующих активизации инициативы и творческого самовыражения самих учащихся. Это такие методы, как метод свободного выбора (свободная беседа, выбор способа действия, выбор способа взаимодействия; свобода творчества и т.д.); активные методы (ученики в роли учителя, обучение действием, обсуждение в группах, ролевая игра, дискуссия, семинар, ученик как исследователь); методы, направленные на самопознание и развитие (интеллекта, эмоций, общения, воображения, самооценки и взаимооценки);

8) место и длительность применения ТСО (в соответствии с гигиеническими нормами);

9) физкультминутки и другие оздоровительные моменты на уроке – их место, содержание и продолжительность (длительностью 2—3 минуты). Они позволяют изменить рабочую позу, улучшить кровообращение в нижней части туловища и конечностей, возбудить дыхание. Очень хорошо проходят физкультминутки, если предлагаемые упражнения органически вплетаются в канву урока. Так, например, при изучении темы «Множество рациональных и множество действительных чисел» ученики познакомились с определениями и провели первичное закрепление материала. Для выяснения усвоения всеми ребятами нового понятия учитель предлагает во время физкультминутки следующее упражнение: ученики встают; задание: если учитель назовет рациональное число, ученики поднимают руки вверх, можно при этом подняться на носки, потянуться; если действительное – руки опускают вниз с наклоном и расслаблением.

Простейшие упражнения для глаз обязательно нужно включать в физкультминутку, так как они не только служат профилактикой нарушения зрения, но и благоприятны при неврозах, гипертонии, повышенном внутричерепном давлении. Это следующие упражнения:

- ❖ вертикальные движения глаз вверх – вниз;
- ❖ горизонтальное вправо – влево;
- ❖ вращение глазами по часовой стрелке и против;
- ❖ закрыть глаза и представить по очереди цвета радуги как можно отчетливее;

- ❖ на доске до начала урока начертить какую-либо кривую (спираль, окружность, ломанную); предлагается глазами «нарисовать» эти фигуры несколько раз в одном, а затем в другом направлении.

Нужно помнить, что любое упражнение может принести пользу, не оказав никакого воздействия, принести вред. Поэтому нужно выполнять его очень старательно, обязательно в хорошем настроении.

10) позы учащихся, чередование поз;

11) наличие у учащихся мотивации к учебной деятельности на уроке (интерес к занятиям, стремление больше узнать, радость от активности, интерес

к изучаемому материалу и т.п.) и используемые учителем методы повышения этой мотивации;

12) психологический климат на уроке;

13) наличие на уроке эмоциональных разрядок: шуток, улыбок, афоризмов с комментариями и т.п.;

14) плотность урока, т.е. количество времени, затраченного школьниками на учебную работу (норма - не менее 60 % и не более 75-80 %);

15) момент наступления утомления учащихся и снижения их учебной активности;

16) темп и особенности окончания урока:

- быстрый темп, «скомканность», нет времени на вопросы учащихся, быстрое, практически без комментариев, записывание домашнего задания;

- спокойное завершение урока: учащиеся имеют возможность задать учителю вопросы, учитель может прокомментировать задание на дом, попрощаться с учащимися;

- задержка учащихся в классе после звонка (на перемене).

Учитель постоянно должен заботиться о сохранении психического здоровья детей в норме, повышать устойчивость нервной системы учащихся в преодолении трудностей.

Далеко не всем учащимся легко дается математика, поэтому провожу работу по профилактике стрессов. Хорошие результаты дает работа в парах, в группах, как на местах, так и у доски, где ведомый, более «слабый» ученик чувствует поддержку товарища. Антистрессовым моментом на уроке является стимулирование учащихся к использованию различных способов решения, без боязни ошибиться, получить неправильный ответ. При оценке выполненной работы учитываю не только полученный результат, но и степень усердия ученика.

Применение элементов здоровьесберегающих технологий на уроке это средство обучения и воспитания, вид творческой деятельности в тесной связи с другими видами учебной работы с целью повышения здоровья у учащихся во время процесса обучения.

Возникновение интереса к математике у значительного числа учащихся зависит в большей степени от методики ее преподавания, от того, насколько умело будет построена учебная работа. Увеличение умственной нагрузки на уроках математики заставляет задуматься над тем, как поддержать у учащихся интерес к изучаемому материалу, их активность на протяжении всего урока с наименьшей усталостью и, не причиняя вред здоровью.

Из изложенного выше материала можно сделать вывод, что применение элементов здоровьесберегающих технологий отличается от традиционного урока тем, что принимать участие приходится всем ученикам и для некоторых учеников, не испытывающих интереса к математике, это может послужить отправной точкой для возникновения этого интереса.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДЕЖИ, КАК ОДИН ИЗ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В ОБРАЗОВАНИИ**

**Федичева Е.Ю.**

**Оренбургский государственный университет**

Для студента состояние здоровья - показатель его общекультурного уровня развития, удовлетворения его физического и духовного в учебе, быте, отдыхе, представлении своей будущности.

В наибольшей степени здоровье человека зависит от образа жизни, значит, можно считать, что линией формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни (ЗОЖ).

Согласно современным представлениям, ЗОЖ – это типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, укрепляющие и совершенствующие адаптационные и резервные возможности организма, что обеспечивает успешное выполнение социальных и профессиональных функций.

Сегодняшний студент не имеет права обладать низким уровнем здоровья, плохой работоспособностью, невозможностью организовать и направлять подопечный ему коллектив.

В иерархии потребностей, лежащих в основе поведения человека (студента), здоровье находится не на первом месте. Это связано с низкой индивидуальной и общей культурой российского общества, что обуславливает отсутствие установки на главенство ценности здоровья в иерархии человеческих потребностей.

Следовательно, формирование здоровья – это, прежде всего, проблема каждого человека. Его следует начинать с воспитания мотивации здоровья и ЗОЖ, т.к. мотивация является системообразующим фактором поведения.

Оптимальный эффект в воспитании здорового человека достигается обучением и воспитанием, проводимым по определенной схеме, которая представляет собой совокупность взаимосвязанных и взаимодополняющих воздействий медицинского и педагогического характера. Валеологическое воспитание включает в себя систематическое изучение основных сведений по охране здоровья и привитие гигиенических навыков на занятиях, проводимых на основе здоровьесберегающей педагогики. Валеологизация образовательного процесса включает в себя и контроль за применением на практике приобретенных знаний и умений, привлечение детей к участию в проведении мероприятий по охране здоровья (день здоровья и т.д.), а также диагностику здоровья с последующим мониторингом.

Главная особенность здоровьесберегающего воспитания – это формирование мотивационной сферы студентов, т.е. поведенческих реакций, направленных на сохранение и укрепление собственного здоровья. Эта мотивационная направленность в дальнейшем должна доминировать в

поведении молодежи, в их стремлении вести здоровый образ жизни, накапливать здоровьесберегающий потенциал.

Одной из приоритетных задач нового этапа реформирования системы образования становится сбережение и укрепление здоровья учащихся, выбор образовательных технологий, соответствующих возрасту, устраняющих перегрузки и сохраняющих здоровье учащихся.

Все многообразие условий образовательной деятельности, по мнению Э.Н. Вайнера, отрицательно влияющих на здоровье учащихся, можно классифицировать следующим образом.

1. Информационные перегрузки, обусловленные высокой учебной нагрузкой.

2. Несовершенная организация учебной деятельности.

3. Недостаточная двигательная активность.

4. Не всегда обоснованный переход на 5-дневную учебную неделю.

5. Авторитарно-репродуктивная система обучения.

6. Низкий уровень компетентности учителей и педагогов.

7. Отсутствие в системе образования концепции и идеологии здоровья учащихся и педагогов.

8. Низкий уровень культуры здоровья школьников и учителей.

Крайне низкий уровень физического и психического здоровья детей и молодежи создает объективные препятствия на пути эффективной модернизации российского образования, без чего невозможно разрешить назревшие социальные и экономические проблемы, достичь опережающего развития общеобразовательной и профессиональной школы.

«Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года» предусматривает создание условий для повышения качества общего образования, и в этих целях, наряду с другими мероприятиями, предполагает проведение оптимизации учебной, психологической и физической нагрузки учащихся и создание в образовательных учреждениях условий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся.

По современным представлениям целостное здоровье человека имеет 3 составляющие:

1. физическое здоровье, или здоровье тела, которое подразумевает наличие у организма человека резервных возможностей, обеспечивающих его оптимальную адаптированность к изменениям внешней и внутренней среды;

2. психоэмоциональное здоровье, характеризующееся состоянием внимания, памяти, мышления, особенностями эмоционально-волевых качеств, способностью к саморегуляции, управлению своим внутренним психологическим состоянием;

3. социально-нравственное здоровье, отражающее систему ценностей и мотивов поведения человека в его взаимоотношениях с внешним миром, проявляющееся в признании общечеловеческих духовных ценностей, в уважении к др. точкам зрения и результатам чужого труда, активной жизненной позицией.

Здоровье - важный фактор работоспособности и гармоничного развития человеческого организма. Сохранение здоровья молодого поколения представляет собой не только социальную, но и нравственную проблему. Социум должен научить ребенка сохранять свое здоровье, чтобы впоследствии этот ребенок смог перенести полученные знания и опыт на воспитание собственных детей. Т.о. формируется процесс социализации человека через приобщение к проблеме сохранения им своего здоровья.

Здоровье человека зависит не только от наследственности, но во многом и от его образа жизни, привычек, питания, условий труда, то есть от факторов здоровья.

Основными факторами, определяющими здоровье, являются:

- биологические возможности человека;
- социальная среда;
- природно-климатические условия.

Следует отметить, что сохранению и укреплению здоровья способствует система здоровьесберегающих форм жизнедеятельности человека – ЗОЖ, который закладывается с раннего возраста, поскольку качества, привитые с детства, всегда оказываются наиболее прочными и активно воздействуют на весь дальнейший процесс формирования личности. На формирование системы знаний и умений в области познания ребенком самого себя, своих возможностей и способов их развития и приумножения наибольшее влияние оказывают образовательные учреждения, на которые возлагаются задачи по формированию культуры ЗОЖ, исходя из естественно-социальных основ здоровья и осознания права и ответственности общества за здоровье детей.

Валеологическая культура личности – это целостная система личностных качеств (включая мировоззрение, духовность, ценности, знания, умения и способности), ориентирующие личность на ЗОЖ и обеспечивающие ее высокий уровень здоровья, а также возможности всесторонне и творчески саморазвиваться и самореализоваться.

Валеологическая культура – культура здоровья, обновившая и укрепившая свой мировоззренческий базис, обогащенная современным знанием и новыми идеями, пытается внести свой вклад в образование.

Занятия по валеологии введены в планы обучения для университетского образования, но их нет во многих других ВУЗах. Цель курсов валеологии – это, прежде всего, формирование определенных установок. Прививая валеологическую культуру, необходимо научить человека тому, как можно выйти за пределы тех образцов поведения, которые способствуют развитию заболевания.

Главной задачей валеологической работы является формирование у детей и молодежи целого комплекса социально значимых и одобряемых норм, ценностей, и, прежде всего, ценности «здоровье». Важно сформировать установки на сохранение здоровья, стимулировать жизненную позицию, активизировать личность, научить приемам самоконтроля и самообладания, развивать волевые усилия человека. Ибо, пока не сформированы установки и описанные качества, человек не будет сознательно заниматься оздоровлением.

Необходимо сформировать у него ощущение насущной потребности в том, что он делает, чтобы появилась цель – важный инструмент тех, кто находится на пути к здоровью.

# КЕЙС – МЕТОД, КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ВУЗА

Фомина М.В.

Оренбургский государственный университет

Значимое место в обеспечении обучения нового качества принадлежит разнообразным методам и формам обучения, одним из которых является технология анализа конкретной ситуации или кейс-метод. Кейс – это описание реальной ситуации (в английской терминологии true life) (M.R. Leenders, I.D. Erskine, 1989). Применение в профильном обучении кейс - технологии позволит сформировать у учащихся высокую мотивацию к учебе, развить такие личностные качества, значимые для будущей профессиональной деятельности, как чувство лидерства, сформировать основы деловой этики, связывает приобретаемые знания в высшей школе с практикой реальной деятельности.

Цель обучения с помощью кейс – метода заключается в формировании специалиста – человека, который правильно анализирует ситуацию, выявляет возможные причины их появления, анализирует возможные варианты решения, выбирая оптимальный из них (Т.Н. Парамонова и др., 2007).

Кейс-технология опирается на совокупность следующих дидактических принципов.

1. Индивидуальный подход к каждому студенту, при этом каждый будет использовать собственные возможности, дополняя и развивая групповое суждение.

2. Возможность опоры на разнообразный материал, что обеспечивает свободу в возможность выбора.

3. Обеспечение студентов широким набором наглядных материалов.

4. Прагматизм в обучении.

5. При работе с кейсами восприятие направлено на поиск информации.

6. Активность обучения обеспечивается путём решения "реальных" проблем.

7. Самоменеджмент, т. е. умение работать с информацией.

8. Опора на сильные стороны студентов.

9. Проблемность.

Кейс - метод приближает ВУЗовское обучения к сути социальной практики общества. В основе метода конкретных ситуаций лежит имитационное моделирование, использование готовых материалов с описанием ситуации реальной профессиональной деятельности. Обращение к молодёжи не случайно, так как именно молодёжь наиболее восприимчива к формированию новых представлений и ценностей. Программа с элементами разработанного на кафедре валеологического мониторинга, а это 16 факультетов, свыше 100 специальностей, в рамках комплексной программы курса «Образование и здоровье» позволяет студентам самостоятельно исследовать и оценить в динамике с учётом направленности будущей специальности показатели



собственного физического развития, дыхательной, пищеварительной, сердечно - сосудистой, эндокринной, иммунной, репродуктивной систем, органов чувств и сформировать у молодых людей валеологическое мышление. Поощряется личная активность, творческая индивидуальность.

Большое внимание уделяется на кафедре развитию интеллектуальных навыков студентов, которые будут ими востребованы при дальнейшем обучении и в профессиональной деятельности. Это находит выражение в создании условий для диалога на практических занятиях. Так как, по мнению многих авторов, монолог преобладает в 80 % случаев проводимых занятий. Мы стремимся, чтобы студент видел проблему, формулировал её на своём языке, предвидел возможный результат. Кейс – это события, реально произошедшее и описанное авторами для того, чтобы спровоцировать дискуссию в учебной аудитории (Н.А. Волгин и др., 2005). С этой целью разработаны на кафедре учебно - познавательные задания по темам «Пищеварительная система», «Органы чувств», «Неотложная помощь». Задачи отвечают всем требованиям – они понятны учащимся, доступны, содержат алгоритм выполнения, элемент новизны, преподаватель своевременно контролирует ход решения. Успешное решение поставленной задачи возможно при условии реализации навыков аналитической деятельности, тренировки практических навыков, получение нового знания, прогноз событий и возможные последствия.

При разборе теоретических вопросов успешно может быть использованы несколько видов ситуаций кейс – технологии.

1. Иллюстративные ситуации (блиц - ситуации). Ориентированы на формирование профессионального языка и умения идентифицировать проблему.

2. Нормативные ситуации (чаще всего с элементами задачи). Имеют нормативные параметры, позволяющие провести анализ и найти однозначный ответ.

3. Функциональные ситуации. Характерны наличием проблем, лежащих в четко очерченной функционально - предметной области, что требует знания теоретических разделов дисциплины.

4. Стратегические ситуации (не имеют однозначного решения из-за невозможности определить влияние не стабильных факторов).

Условием эффективного применения кейс - технологии является наличие базовых теоретических знаний, навыков участия в дискуссии и работы в малых группах, стимулирования творческого мышления на пике напряженности, используя, в том числе, и жесткий регламент обсуждения. Наличие интересной неоднозначной и напряжённой ситуации, реальной проблемы с привлекательным персонажем, ситуации с возможностью принятия самостоятельного решения, наличие риска. Это реализуется в учебном процессе через проблемные лекции, семинары – дискуссии, разбор конкретных ситуаций, деловые игры. В активное обучение включают также разнообразные формы научно – исследовательской работы студентов (НИРС), производственную практику, автоматизированные обучающие системы. Решая конкретную проблему, студенты используют стратегии.

1. Мозговая атака (брейнсторминг), где обучающиеся делятся на две группы. Первая группа является генератором идей. Вторая группа - аналитики, получая от первой группы варианты решения, рассматривают каждое предложение. Выбранные предложения группируются и объявляются.

2. Стратегия "фишбон" - рыбий скелет. Составление схемы происходит индивидуально, но текст у всех одинаковый. На этапе рефлексии происходит суммирование информации в единую схему, представленную на доске.

3. Софт-анализ. На большое поле записываются индивидуальные мнения, а на центральное поле общее мнение группы.

4. SWOT-анализ. Позволяет выделить у указанных способов решения проблем сильные, слабые стороны, угрозы и возможности.

5. "Мозаика проблем" - активное обобщения материала.

6. "Цветок лотоса". Обосновывается 8 способов решения проблемы.

7. Прием "мышление под прямым углом" - может быть использован для работы с разными фактами.

XXI век станет веком гуманитарных наук – наук о человеке и человечестве. Особый акцент делается на диалогические отношения студентов и преподавателя на проблемной лекции. Лекционный материал охватывает проблемы ВИЧ инфекции, стресса, профилактики инфекционных заболеваний, передающихся половым путём, воспитания здорового ребёнка. Во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в образовании становится актуальной формула древнегреческого философа Протагора: «Человек – мера всех вещей».

В процессе самостоятельной работы студентов возникают абсолютно естественные и закономерные познавательные барьеры. Это прежде всего касается барьеров, обусловленных слабым исходным уровнем знаний студентов, неумением учащихся осуществлять логические операции. Их необходимо предвидеть и своевременно диагностировать. И этот критерий, по мнению многих исследователей, является показателем качества вузовского преподавателя.

Дробление групп на подгруппы позволяет индивидуализировать обучение. Используются фронтальные, групповые, индивидуальные формы организации учебной работы. Успешно применяются: занятие - семинар, занятие – лабораторную работу, занятие – экскурсию, занятие – конференцию, занятие – зачёт. Органически связывается теория с личной практикой обучающихся на лабораторно – практических занятиях.

Сущность кейс - технологии состоит в том, чтобы учебный материал подавался студентам в виде микропроблем, а знания приобретались в результате их активной исследовательской и творческой деятельности по разработке решений (Т.Н. Парамонова и др., 2007). При поиске дополнительной информации особое внимание студентов концентрируется на проблеме здоровьесбережения, знания и соблюдение норм здорового образа жизни, раскрытия резервных возможностей человека, знания опасности курения, алкоголизма, наркомании, СПИДа; знания и соблюдения правил личной гигиены, обихода; физической культуры человека, свободы и ответственности за выбор образа жизни.

Контрольные срезы показывают, что при использовании кейс - метода в преподавании дисциплины «Валеология» в высшей школе, значительно увеличивается объём, уровень и прочность усвоенной информации.

### Литература

1. Современные технологии обучения /Под ред. Г. В. Борисовой и др. СПб., 2002.
2. Барнс Л.И., Кристенсен К.Р., Хансен Э.Д. Преподавание и метод конкретных ситуаций. М., 2000.
3. Волгин Н.А., Кушлин В.И., Одегов Ю.Г. Кейз – стадии в учебном процессе: преимущества, методические рекомендации, конкретные примеры. М.: РАГС, 1999.
4. Парамонова Т.Н. Маркетинг: активные методы обучения: учебное пособие/ Парамонова Т.Н., Блинов А.О., Шереметьева Е.Н., Погодина Г.В.-М.:КНОРУС, 2007.-416.
5. Ситуационный анализ, или Анатомия кейс-метода /Под ред. д. с. н., проф. Ю. П. Сурмина. Киев: Центр инноваций и развития, 2002.
6. Степанов Е. Н., Лузина Л. М. Педагогу о современных подходах и концепциях воспитания. М.: ТЦ "Сфера", 2002.
7. Leenders M.R., Erskine I.A. The Case Writing Process. Ontario: School of Business Administration the Universiti of Werstern Ontario, 1989.

## **ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ СО СКЛОННОСТЬЮ К АГРЕССИИ**

**Черёмушникова И.И., Петросиенко Е.С., Черёмушникова Т.В.,  
Мирошников И.С., Нотова С.В., Витун Е.В.  
Оренбургский государственный университет**

### **Актуальность**

В настоящее время профессиональная подготовка – одна из наиболее интенсивно развивающихся областей современного теоретического знания и практической деятельности. Она представляет собой междисциплинарный подход к пониманию, описанию и управлению профессионального развития будущего специалиста. Профессиональная готовность является результатом профессиональной подготовки, которая проявляется как интегральное образование, включающее уровень знаний, умений и навыков в будущей трудовой деятельности, а также сформированность мотивов, потребностей и способностей. Она выступает на индивидуальном уровне и определяет отношение к деятельности и ее результативность. Ю.Д. Железняк (1995, 2000), А.А. Бодалев (1998), В. К. Бальсевич (2000) считают, что важную роль в освоении профессии, достижении вершин профессионализма играет умелое использование ценностей физической культуры, обеспечивающее сохранение и укрепление здоровья, физического и духовного развития, двигательной подготовленности как важнейших составляющих профессионализма. Наиболее существенным проявлением физической культуры личности, по мнению Н. М. Амосова (1987, 2003), В.К. Бальсевича (1988, 2000), А.Г. Комкова (2000), С.И. Логинова (2005), является физическая активность как особая деятельность человека.

В стратегии, направленной на профилактику девиантных форм поведения со склонностью агрессии, важнейшее место занимает приобщение подростков и молодежи к занятиям физической культурой и спортом, всестороннее вовлечение их в сферу физкультурно-спортивной профилактической деятельности (А.Г. Комков, 2002; А.А. Сучилин, 2002; Н.В. Паршикова, 2004; В.Н. Сергеев, 2005).

В настоящее время атмосфера вузовского обучения, складывающаяся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, предъявляет новые, более сложные требования к личности студента и его интеллектуальным возможностям. Зачастую именно трудности вузовского обучения формируют проблему дезадаптации и девиантных форм поведения у студентов. К сожалению, у молодежи отсутствует потребность в физическом совершенствовании и здоровом образе жизни. Ни маловажной причиной этого является нехватка теоретических знаний ценностей физической культуры и отсутствие направленной пропаганды. В то время как занятия по физическому воспитанию, способствуют развитию антистрессовых реакций и психоэмоциональной устойчивости у студентов.

Цель исследования – обосновать значение теоретической и практической подготовки студентов на кафедре профилактической медицины и физического воспитания Оренбургского государственного университета в популяризации физкультуры и спорта как ведущего компонента гармоничного роста и развития студенческой молодёжи, формирования здоровья нации и профилактики дезадаптаций и девиантных форм поведения, в том числе агрессивности.

### **Материалы и методы**

В обследовании участвовали 25 студентов первого курса строительного факультета 16-17 лет и 25 студентов четвёртого курса финансово-экономического факультета 20-22 лет. Возрастные границы отбора респондентов установлены обоснованно. С одной стороны при таком ограничении возраста в выборку попадают группы респондентов, личностные и социальные характеристики которых, в большей степени соответствуют переходному адаптационному периоду обучения в ВУЗе – студенты только что поступившие в высшую школу. С другой стороны, студенты четвёртого курса, уже хорошо адаптированные к условиям обучения в ВУЗе, обладающие сформированным мировоззрением, профессиональным выбором, создающие семьи, заканчивающие теоретическое и практическое обучение на кафедре физического воспитания и прошедшие курс обучения на кафедре профилактической медицины ОГУ.

Исследование, проводилось методом опроса, в форме индивидуального анкетирования. В анкете были предложены вопросы, касающиеся отношения студентов к физкультуре и спорту, мотивов занятия спортом и значение физического воспитания в целом для здоровья. При заполнении анкет допускалось несколько вариантов ответов на поставленные вопросы.

Для исследования агрессивности мы использовали опросник американских психологов А.Басса, А.Дарки, адаптированный А.К. Осницким. Авторы выделили два вида враждебности (обида и подозрительность) и пять видов агрессии (физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия), которые диагностируются в результате тестирования.

Также нами использовалась «Шкала эмоциональной возбудимости» разработанная австралийским психологом V.A. Braithwaite в 1987 году, адаптированная А.А. Рукавишниковым и М.В. Соколовой. Методика представляет собой альтернативу шкале Г. Айзенка «Нейротизм». Под эмоциональной возбудимостью понимается совокупность нескольких компонентов: общая эмоциональность, гнев, робость и отсутствие контроля над эмоциями.

Тестирование физического развития, двигательной подготовленности, физической работоспособности осуществлялось по следующим показателям: бег на длинную дистанцию - 2 км; бег на короткую дистанцию -100 метров; прыжки в длину с места; сгибание туловища на пресс; приседание на одной ноге «пистолет».

## Результаты

Результаты анализа анкет показывают, что на уровне Оренбургского государственного университета в целом первокурсники (52%) и студенты четвертого курса (60%) хорошо относятся к спорту и считают его жизненной необходимостью. При этом половина опрошенных студентов, вне зависимости от возраста, занятия спортом считают личным делом, и отвергают навязывание. Только 4,7 % студентов первого курса не дали определённого ответа об отношении их к спорту, либо ответили, что относятся нейтрально, не считая спорт жизненной необходимостью. Среди студентов четвертого курса подобных ответов не было.

Главным мотивом занятия спортом студенты первого и четвертого курсов считают поддержание формы (80%), на втором месте - получение удовольствия (40%). Однако студенты первого курса чаще говорят о том, что занимаются спортом без определенной цели, а «просто так, за компанию» (23,8%), в отличие от, более мотивированных, студентов четвертого курса (5%). Занятия спортом, считают модным направлением на сегодняшний день, 20% студентов четвертого курса и лишь 4,7 % студентов первого курса. Сегодня четкое осмысление значение физкультуры и спорта имеет 80 % студентов. Студенты четвертого курса (30 %), в отличие от первокурсников (9,5%), знают, что спорт снимает стресс и усталость и вырабатывает психоэмоциональную устойчивость. По «внутренней убежденности» занимаются спортом 19% первокурсников и 35% студентов четвертого курса. Важно, что привычкой занятие физкультурой и спортом стало для 20% студентов четвертого курса и для 14,7% студентов первого курса.

На вопрос, о мерах, позволяющих повысить интерес молодежи к физкультуре и спорту, студенты ответили о необходимости больше уделять внимания организации спортивного досугу. Но только студенты 4 курса ставят на первый план материально-финансовую поддержку физкультуре и спорту - 65%. Около половины студентов видят необходимость изменения отношения в обществе к физкультуре и спорту. Интересно, что треть студентов, как первого, так и четвертого курса, считают, что одной из мер, позволяющей повысить интерес молодежи к физкультуре и спорту, является реклама. Усиление информационной и просветительской работы среди студентов для повышения интереса молодежи к физкультуре и спорту, отметили только 10% студентов четвертого курса и 19% студентов первого курса.

Студенты и первого (62 %) и четвертого (80 %) курсов считают что, наряду с питанием, спорт входит в понятие «здорового образа жизни». Физкультура и спорт повышают иммунитет, следовательно, снижают общую заболеваемость, так считают около 60% студентов. При этом только 3% студентов четвертого курса и 9,5% студентов первого курса, считают физкультуру и спорт самым главным средством в профилактике многих заболеваний. К сожалению, около 10% студентов ответили, что физкультура и спорт особо не влияют на профилактику заболеваемости.

Регулярно занимается спортом только 30 % студентов (несколько раз в неделю). «От случая к случаю» 20% студентов четвертого курса и 9,5 %

студентов первого курса. Ограничиваются занятиями по физическому воспитанию в ВУЗе 43% первокурсников, 25% студентов четвертого курса. К сожалению, ежедневно занимаются только 5% студентов четвертого курса. Посещают вне ОГУ спортивные секции первокурсники - 15 %, студенты четвертого курса 43 %.

С каждым годом ухудшается здоровье молодёжи. И в нашем исследовании мы увидели такую тенденцию. Так 75% студентов четвертого курса отнесли себя к основной группе здоровья, и лишь 28,5% - студентов первого курса. 43% опрошенных первого курса посещают специальную группу здоровья и 15% студентов четвертого курса. Спортивную группу посещают только 4,7% первокурсников.

Было выявлено, что выносливость и работоспособность студентов четвёртого курса несколько выше, чем у первокурсников. В данном случае физическое развитие и работоспособность студентов ОГУ определяли по следующим показателям:

- бег на длинную дистанцию -2 км (минуты)- у студентов первого курса составил 11,8; у студентов четвертого курса 13,47;

- бег на короткую дистанцию – 100 метров (секунды) - у студентов первого курса составил 16,6; у студентов четвертого курса 12,81;

- прыжки в длину с места (сантиметры) - у студентов первого курса составили 164; у студентов четвертого курса 165;

- приседание на одной ноге «пистолет» - у студентов первого курса 12; у студентов четвертого курса 15;

- подтягивание на перекладине - у студентов первого курса составило в среднем 7,3; у студентов четвертого курса 8,76;

- сгибание туловища на прессе - у студентов первого курса составило 31,4; у студентов четвертого курса 52.

При проведении данного обследования был выявлен средний индекс агрессивности, в группе первокурсников, который составил 54,73 балла, у студентов четвертого курса чуть выше 55,36 балла. Индекс враждебности также значимо не отличался в группах, 47,39 балла у студентов первого курса, 42,17 балла у студентов четвертого курса. В интерпретации результатов обследований по опроснику А.Басса и А.Дарки, в адаптации А.К.Осницкого, полученные данные означают средний уровень мотива агрессии. Высокие показатели агрессивности были отмечены у 12% первокурсников и 4% у четверокурсников. Однако у студентов первого курса превалирует оппозиционная манера в поведении, от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов. Для них более характерна физическая агрессия с использованием физической силы против другого лица, у студентов четвертого курса чаще выражена вербальная агрессия с выражением негативных чувств через форму словесного обращения (ссора, крик, визг) или через содержание словесных образов. Высокий уровень негативизма, то есть скрытой враждебности, которая может нарастать от пассивного сопротивления до активных действий, наблюдался у 29,4% студентов первого курса, 17,6% - у студентов четвёртого курса.

Кроме того, у первокурсников чаще диагностируется раздражение, в виде готовности к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, резкость, грубость). Обида, проявление зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то или «всем миром», с явным преобладанием, отмечалась у студентов первого курса. Подозрительность больше выявлена у студентов четвёртого курса - у 30 %, в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.

По «Шкале эмоциональной возбудимости» средняя итоговая сумма баллов у студентов первого и четвёртого курсов одинаковая - 47 баллов, что диагностирует тенденцию к высокой эмоциональной возбудимости и эмоциональной реактивности. При этом низкий уровень контроля над эмоциями отмечался у 12% первокурсников и 4% студентов четвертого курса.

Данное исследование было проведено у первокурсников в первый месяц обучения в Вузе. В психологическом плане - это период вхождение во взрослую жизнь, обретение самостоятельности, знакомство с новым образом жизни - студенческим. В результате нашего исследования, у первокурсников выявлена оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов, высокий уровень негативизма, раздражение, вспыльчивость, грубость. Студенты четвёртого курса показали себя как серьезные, полностью самостоятельные и целиком отвечающие за все свои поступки люди, у них в два раза реже встречается негативизм и раздражение, но подозрительность встречается намного чаще, чем у первокурсников.

При сравнении данных физической подготовленности студентов и уровня девиантных отклонений, а именно агрессивности, были отмечена следующая тенденция. При высоких показателях индекса агрессивности и индекса враждебности (более 80) отмечался умеренный или низкий уровень физической подготовки (студенты не справлялись с заданными нормативами физической подготовки). У студентов с высокими показателями индекса агрессивности имеется хроническое заболевание, либо они болеют ОРЗ в течение года более 3 раз. Большая часть из них относится к специальной группе физического здоровья. И соответственно у студентов с низкими показателями индексов агрессивности и враждебности (менее 30) отмечался высокий уровень физической подготовки. Данные студенты редко болеют ОРЗ, относятся к основной или спортивной группам физического здоровья.

### **Заключение**

Таким образом, данное исследование показало, тенденцию к высокой эмоциональной возбудимости и средний уровень мотива агрессии в обеих исследованных группах, что требует, несомненно, профессиональной коррекции в лаборатории психопрофилактики, психокоррекции и психодиагностики кафедры профилактической медицины ОГУ. Материалы предпринятого исследования доказали, что агрессивность является одним из факторов дезадаптации в студенческой среде.



Проведенное исследование подтверждает, что физкультура и спорт являются одними из ведущих компонентов формирования здоровья студентов и профилактики девиантных отклонений. На данном этапе необходимо максимальное вовлечение студентов в активную физкультурно-спортивную деятельность по освоению ценностей физического воспитания, а также совершенствование форм и направленности пропаганды физической культуры и спорта.

Студенты 4 курса прошедшие теоретическую и практическую подготовку на кафедре профилактической медицины и физического воспитания Оренбургского государственного университета определяют физкультуру и спорт как ведущий компонент гармоничного роста и развития, как один из самых главных факторов сохранения здоровья. И это, несомненно, заслуга кропотливой работы кафедр профилактической медицины и физического воспитания Оренбургского государственного университета в популяризации физкультуры и спорта.

Данное исследование было проведено для реализации междисциплинарной программы «Совершенствование системы профилактики социально обусловленных заболеваний (алкоголизма, наркомании, СПИДа, табакокурения), коррекции вузовской дезадаптации и сохранения здоровья студенческой молодёжи на 2007 – 2012 год», которая утверждена и принята в мае 2007 года.

В феврале 2009 года в ОГУ кафедрами профилактической медицины и физического воспитания принят совместный проект программы: «Образовательная модель профилактики социально обусловленных заболеваний и девиантных форм поведения молодежи средствами физической культуры и спорта на 2009- 2014 гг.». Главной целью программы является создание условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья студенческой молодёжи средствами физической культуры и спорта. Апробация образовательной модели профилактики социально обусловленных заболеваний и девиантных форм поведения молодежи средствами физической культуры и спорта

Механизм реализации Программы:

-воспитание потребности в физическом совершенствовании и здоровом образе жизни;

-формирование системы теоретических знаний и практических умений в области физической культуры;

-обеспечение необходимого уровня профессиональной готовности будущих специалистов, включающей физическую подготовленность, тренированность, работоспособность, развитие профессионально значимых физических качеств и психомоторных способностей;

-освоение профессионально-прикладных навыков необходимых специалисту в будущей профессии;

-полноценное использование средств физической культуры для профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, овладение умениями по самоконтролю в процессе физкультурно-спортивных занятий;

-включение студентов в активную физкультурно-спортивную деятельность по освоению ценностей физической культуры.

Эффективность данной программы будет оцениваться, исходя из показателей результативности профилактических и коррекционных мероприятий по обеспечению психического, психологического и физического здоровья студентов ГОУ ОГУ на всех этапах вузовской подготовки, повышения качества жизни. Ожидается улучшение качества жизни и повышение успеваемости студентов ОГУ за счет активизации процессов адаптации студентов в Вуз, развитие стрессоустойчивости личности в период экзаменов промежуточных сессий; своевременного предупреждения возможных нарушений психологического здоровья студентов, за счет профилактики табакокурения, наркомании и других зависимостей, пропаганды «здорового образа жизни».

Задача, решаемая в рамках данной программы, связана с Федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007 – 2011 гг.»

Образовательная модель профилактики социально обусловленных заболеваний и девиантных форм поведения молодежи средствами физической культуры и спорта повысит эффективность учебного процесса, сформирует мотивацию к здоровому образу жизни, обеспечит готовность молодежи противостоять факторам риска.

Подводя итог всему изложенному выше, следует еще раз подчеркнуть, что учеба в вузе - напряженный труд, требующий от студента настойчивости, целеустремленности, трудолюбия, самостоятельности, творческого отношения к работе. Чтобы этот труд был успешным и принес желаемые результаты, его следует правильно организовать: сохранять физическое здоровье; овладевать программой формирования здорового жизненного стиля; поддерживать оптимальный психологический настрой, правильно распределять время и планировать свою работу; правильно питаться и многое - многое другое.

### **Список использованных источников**

Мантрова И. Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике / И.Н. Мантрова // ООО «Нейрософт». — 2008.. — С.216.

Данное исследование осуществлено при финансовой поддержке РГНФ и администрации Оренбургской области. Региональный конкурс РК 2008 Урал: Оренбургская область, проект № 08-06-601а/У: «Разработка интегрированной программы профилактики дезадаптации и девиантного поведения студенческой молодежи на основе психофизиологического тестирования».