

Секция № 6
«Здоровьесберегающие
технологии в образовании»

Содержание

Гараева Е.А. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	327
Сманцер Т.А. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, ФОРМИРУЮЩИХ ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ.....	334
Фомина М.В., Морозова А.И. ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ОГУ	338
Ишбердин Р.Р. КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ.....	342
Брынцева С.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИМИИ В ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССАХ.....	345
Бибарцева Е.В. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ОГУ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К РАЗЛИЧНЫМ ЭТНИЧЕСКИМ ГРУППАМ.....	352
Малышева Н.В., Исхаков М.М. ОТРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ САМО- И ВЗАИМОПОМОЩИ НА АВТОТРАНСПОРТЕ У СТУДЕНТОВ ТРАНСПОРТНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ.....	357
Рыбалко Н.М. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ СРЕДИ СТУДЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП	361
Нотова С.В., Дубровина Г.В., Малышева Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРЕПОДАВАНИЮ ВАЛЕОЛОГИИ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ.....	365
Науменко О.А., Барышева Е.С., Нотова С.В., Черемушникова И.И., Фомина М.В. ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ В СОВРЕМЕННОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ ВУЗЕ.....	369

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Гараева Е.А.

Оренбургский государственный университет, г. Оренбург

Состояние здоровья молодого поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Трудовые запасы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья молодежи.

Внимание к вопросам здоровья в нашей стране в последние годы заметно возросло, закономерно возросло и внимание к здоровью учащихся и студентов. О неблагополучии в этой сфере знали и говорили давно, но сегодня проблема стоит особенно остро. В последнее десятилетие возросло число факторов, которые раньше не составляли проблем для врачей, педагогов, родителей учащихся. Год от года возрастают учебные нагрузки, досуг все чаще отдается просмотру видеофильмов и компьютерным играм, что приводит к гиподинамии, нарушениям осанки и зрения [1].

В попытках разрешить проблемы здоровьесбережения субъектов образовательного процесса чаще всего не приходится рассчитывать ни на помощь родителей, озабоченных трудностями материального плана, ни на систему государственного здравоохранения.

Согласно Концепции модернизации российского образования на период до 2010 года одним из приоритетных направлений является проведение оптимизации учебной, психологической и физической нагрузки и создание в образовательных учреждениях условий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся, в том числе за счет реальной разгрузки содержания образования, использования эффективных методов обучения, повышение удельного веса и качества занятий физической культурой, организация мониторинга здоровья.

Появившееся в последние годы понятие здоровьесберегающие образовательные технологии предполагает консолидацию всех усилий образовательных учреждений, нацеленных на сохранение, формирование и укрепление здоровья учащихся и студентов. Здоровьесберегающие технологии решают задачи сохранения и укрепления здоровья сегодняшних учащихся и студентов, что позволит им вырастить и воспитать здоровыми собственных детей [10].

Основной задачей вуза всегда была и остается подготовка специалистов высокого класса, которые будут востребованы обществом. Теперь вуз несет ответственность за здоровье своих студентов, что записано федеральными законами “Об утверждении федеральной программы развития образования” (от 10.04.2000 г. № 51-ФЗ), “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения” (от 30.03.1999г. № 52-ФЗ) и ряде нормативных документов Министерства образования, Здравоохранения и т.д.

Только с приказа Министерства образования РФ от 15.05.2000г. № 1418 “Об утверждении примерного положения о Центре содействия укреплению здоровья обучающихся в образовательных учреждениях” появилось обоснование приоритета здоровья среди других направлений учебно-воспитательной работы в вузе, хотя попытки подчинить учебные цели медицинским, в первую очередь посредством уменьшения учебных нагрузок, увеличения перерывов между занятиями в их процессе приводило к неадекватности педагогических результатов социальному запросу общества за счет увеличения суммарного времени занятости обучающихся.

ВУЗ становится ответственным за здоровье своих студентов через имеющуюся материально-техническую базу учебного и воспитательного процесса, жилые помещения в общежитиях и их соответствие санитарным нормам и правилам, организацию питания студентов, условий для отдыха и занятий физической культурой и спортом, первичной врачебной помощью.

По данным М.Я. Виленского, в среднем по России у студентов за время обучения частота хронической патологии увеличивается с 49% до 69%, показатель общей патологии возрастает на 38%, между тем здоровье выступает как ведущий фактор, определяющий не только гармоническое развитие личности студента, но и успешность освоения профессии, плодотворность его будущей профессиональной деятельности [1].

Так, в ходе педагогических исследований выявлено, что условия, в которых оказываются студенты младших курсов при поступлении в вуз, составляют новую для них систему требований к организации учебной и внеучебной деятельности, к системе отношений в студенческой группе, с преподавателями.

Возможен не правомерный перенос “школьных” знаний по проблеме здоровья, что серьезно мешает дальнейшему процессу по формированию здорового образа жизни у студентов, в связи с этим целесообразно вести речь об особом направлении педагогической работы с студентами высшей школы по обеспечению их социально-профессиональной адаптации и педагогической реабилитации по формированию у них способности быстро адаптироваться к учебным условиям.

Значительный вклад в разработку социально-педагогического аспекта адаптации внесли (Антропова М.В., Махмутова М.И., Пашкова Л.М., Соловьев А.С., Хрипкова А.Г. и др.). Они сталкиваются с непривычными методами и формами обучения, новыми эмоциональными переживаниями, у них меняется режим труда и отдыха.

Ученые Г.Е. Гун, Д.Г. Левитес отмечают, что традиционная педагогика зарекомендовала себя как здоровье - разрушающая, поэтому очень важно искать методы, которые позволят педагогике стать здоровьесберегающей, рабочая нагрузка студента достигает 12 часов в сутки, а в период экзаменационной сессии 15-16 часов.

Учебная деятельность студентов сопровождается неблагоприятной динамикой реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем,

значительными психическими нагрузками, повышенными требованиями к адаптационным ресурсам организма [4].

По данным Н.А. Антипиной, А.В. Ляховича до середины 90-х годов в стране не проводились исследования, посвященные разработке методологии гигиенического обучения, профилактики заболеваний с ориентацией на длительную перспективу, научному обоснованию и внедрению новых структур в вузах различного профиля по формированию здоровья студенческой молодежи.

В этой связи возрастает потребность оперативного формирования у будущих учителей императивов здоровья и здорового образа жизни, поэтому необходимы не только радикальные изменения в экономике, политике, культуре, экологии, но и в самой сущности человека и его сознании. Приобщение человека к сохранению собственного здоровья только через процесс обучения, воспитания или социализацию личности.

На наш взгляд, уже на первом курсе необходимо создавать четкую мотивацию на здоровый образ жизни, которая на протяжении 5 лет учебы на основе принципа последовательности будут формировать систему взглядов, отношений и практических действий студентов, направленных на сохранение и укрепление своего здоровья.

Понятие “здоровьесберегающие образовательные технологии” появилось в педагогическом лексиконе в последние несколько лет, и до сих пор воспринимается многими педагогами как аналог санитарно-гигиенических мероприятий.

Здоровьесберегающие образовательные технологии составляют технологическую основу здоровьесберегающей педагогики. Содержание образования отвечает на вопрос “чему учить?”, педагогические технологии отвечают на вопрос “как учить?”. С точки зрения здоровьесбережения учить нужно так, чтобы не наносить вреда здоровью субъектов образовательного процесса (студентов и педагогов).

Здоровьесберегающие образовательные технологии – качественная характеристика любой образовательной технологии, ее “сертификат безопасности для здоровья”, это совокупность приемов, принципов и методов педагогической работы, которые дополняют традиционные технологии обучения, воспитания и развития задачами здоровьесбережения (Н.К. Смирнов).

Прилагательное “здоровьесберегающая” относится к качественной характеристике любой образовательной технологии, показывающей, насколько при реализации данной технологии решается задача сохранения здоровья субъектов образовательного процесса (студентов и педагогов) [10].

В контексте задач здоровьесбережения все педагогические технологии делятся на 3 группы:

А) включает технологии, с большой вероятностью наносящие вред здоровью студентов и педагогов. К этой группе относят традиционную технологию обучения, разработанную Я.А. Коменским (классно-урочная система обучения), сюда же относятся технологии, для которых характерны

чрезмерная интенсификация образовательного процесса, активное использование приемов авторитарной педагогики.

Б) технологии, в которых сохранение и укрепление здоровья субъектов образовательного процесса определяется в качестве приоритета. Эти технологии обозначаются как здоровьесберегающие.

В) самая многочисленная группа технологий, к которой относятся все остальные педагогические технологии, по определению которых невозможно судить об их воздействии на здоровье участников образовательного процесса. Для обнесения их к А) или Б) группам необходимо провести их изучение, а также оценить их результаты с точки зрения воздействия на здоровье студентов и педагогов.

Стратегия реализации здоровьесберегающих образовательных технологий – такая организация образовательного процесса на всех его уровнях, при которой качественное обучение, воспитание и развитие студентов осуществляется без нанесения ущерба их здоровью.

Понятие "здоровьесберегающих образовательных технологий" появилось в педагогическом обиходе лишь в последние годы. Многие педагоги полагают, что это одна или несколько новых педагогических технологий, альтернативных всем другим, и поэтому можно выбирать: работать ли по технологиям, например, Л.В. Занкова, С. Френе, М. Монтессори или по "технологии здоровьесбережения", но это не так.

Цель педагогической (образовательной) технологии - достижение того или иного образовательного результата в обучении, воспитании, развитии. Здоровьесбережение же не может, по определению, выступать в качестве основной и единственной цели образовательного процесса, а только в качестве условия, одной из задач достижения главной цели [10].

Понятие "здоровьесберегающая" относится либо к качественной характеристике любой образовательной технологии, показывающей, насколько при реализации данной технологии решается задача сохранения здоровья субъектов образовательного процесса, либо фиксирует соответствующий приоритет в идеологии и принципах педагогической деятельности [11].

Здоровьесберегающие технологии являются составной частью и отличительной особенностью всей образовательной системы, поэтому все, что относится к образовательному учреждению - характер обучения и воспитания, уровень педагогической культуры педагогов, содержание образовательных программ, условия проведения учебного процесса и т.д. - имеет непосредственное отношение к проблеме здоровья. Необходимо лишь увидеть эту связь [10].

Здоровьесберегающие технологии реализуются на основе личностно-ориентированного подхода. Осуществляемые на основе личностно-развивающих ситуаций, они относятся к тем жизненно важным факторам, благодаря которым студенты учатся жить вместе и эффективно взаимодействовать.

Предполагают активное участие самого обучающегося в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта

здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности студента, развитие его саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей [11].

По определению В.В. Серикова, технология в любой сфере — это деятельность, в максимальной мере отражающая объективные законы данной предметной сферы, построенная в соответствии с логикой развития этой сферы и потому обеспечивающая наибольшее для данных условий соответствие результата деятельности предварительно поставленным целям [9].

Следуя этому методологическому регулятиву, технологию, применительно к поставленной проблеме, можно определить как здоровьесберегающую педагогическую деятельность, которая по-новому выстраивает отношения между образованием и воспитанием, переводит воспитание в рамки человекообразующего и жизнеобеспечивающего процесса, направленного на сохранение и приумножение здоровья студента.

Типы технологий:

- Здоровьесберегающие (профилактические прививки, обеспечение двигательной активности, витаминизация, организация здорового питания)
- Оздоровительные (физическая подготовка, физиотерапия, ароматерапия, закаливание, гимнастика, массаж, фитотерапия, арттерапия)
- Технологии обучения здоровью (включение соответствующих тем в предметы общеобразовательного цикла)

Воспитание культуры здоровья (факультативные занятия по развитию личности студентов, различные воспитательные мероприятия, фестивали, конкурсы и т.д.) [11].

Выделенные технологии могут быть представлены в иерархическом порядке по критерию субъектной включенности студента в образовательный процесс:

1. Внесубъектные: технологии рациональной организации образовательного процесса, технологии формирования здоровьесберегающей образовательной среды, организация здорового питания (включая диетическое).
2. Предполагающие пассивную позицию студента: фитотерапия, массаж, офтальмо-тренажеры.
3. Предполагающие активную субъектную позицию студента: различные виды гимнастики, технологии обучения здоровью, воспитание культуры здоровья.

Здоровьесберегающие педагогические технологии должны обеспечить развитие природных способностей личности: его ума, нравственных и эстетических чувств, потребности в деятельности, овладении первоначальным опытом общения с людьми, природой, искусством.

“Здоровьеформирующие образовательные технологии”, по определению Н.К. Смирнова, - это все те психолого-педагогические технологии, программы, методы, которые направлены на воспитание у студентов культуры здоровья,

личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни.

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

- условия обучения (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;

необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим [7].

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 (студентов, педагогов и др.). В эту систему входит:

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

2. Учет особенностей возрастного развития студентов и разработка образовательной стратегии, соответствующей особенностям памяти, мышления, работоспособности, активности и т.д.

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

4. Использование разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности студентов, направленных на сохранение и повышение резервов здоровья, работоспособности (Петров О.В.).

Список литературы:

1. **Антонова, Л.Н.** Психологические основания реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях/ Л.Н. Антонова, Т.И. Шульга, К.Г. Эрдынеева. - М.: Изд-во МГОУ, 2004.-100с.

2. **Ахутина, Т.В.** Здоровьесберегающие технологии обучения: индивидуально-ориентированный подход // Школа здоровья. 2000. Т. 7. №2. С.21 – 28.

3. **Вайнер, Э.Н.** Формирование здоровьесберегающей среды в системе общего образования// Валеология.-2004.-№1.-С.21-26.

4. **Дыхан, Л.Б., Кукушин В.С., Трушкин А.Г.** Педагогическая валеология: учеб. пособие для студ. пед. вузов / Под ред. В.С. Кукушина. – М.: ИКЦ “МарТ”; Ростов н/Д: Издательский центр “МарТ”, 2005. – 528 с. (Серия “Педагогическое образование”).

5. **Кабышева, М.И.** *Здоровый образ жизни студента: метод. рек.* / М.И. Кабышева. - Оренбург: ОГУ, 2005. - 43 с.
6. **Науменко, Ю.В.** *Современная практика здоровьесберегающего образования // Валеология. – 2006. - №3. – С. 44-51.*
7. **Никифоров, Г.С.** *Психология здоровья: учеб. пособие / Г. С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2002. - 256 с.*
8. **Петров, К.Л.** *Здоровьесберегающая деятельность в школе//Воспитание школьников.-2005.-№2.-С.19-22.*
9. **Сериков, В.В.** *Образование и личность. Теория и практика проектирования педагогических систем. — М.: Издательская корпорация “Логос”, 1999. — 272 с.*
10. **Смирнов, Н.К.** *Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.*
11. **Смирнов, Н.К.** *Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – 2-е изд., испр. и доп. М.: АРКТИ, 2006. – 320 с.*
12. **Чупаха, И.В.** *Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе: научно-практический сб. инновац. опыта/ И.В. Чупаха, Е.З. Пужаева, И.Ю. Соколова. - М.: Илекса; Ставрополь: Сервисшкола, 2001.-400с.*

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, ФОРМИРУЮЩИХ ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Сманцер Т.А.

**Бузулукский гуманитарно-технологический институт (филиал)
Государственного образовательного учреждения высшего
профессионального образования
«Оренбургский государственный университет», г. Бузулук**

Проблема здорового образа жизни имеет древние философские корни, связанные с рассмотрением таких вопросов, как отношение человека к бытию, смыслу жизни, соотношению духовного и телесного, наслаждение и аскетизм, потребление и обладание, разумное и неразумное, рациональное и иррациональное, связь с миром и окружающей средой, стремление к самосохранению, счастью.

Проблема здоровья человека в контексте общечеловеческих ценностей приобретает все большее значение. Широкий общественный резонанс получает понимание того, что среди проблем, решение которых не должно зависеть от общественно-политических коллизий, центральное место занимает проблема здоровья детей, без решения которой у страны нет будущего.

Современное состояние общества, высочайшие темпы его развития предъявляют всё новые более высокие требования к человеку и его здоровью.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития только 30% российских школьников остаются относительно здоровыми. С каждым годом растет число детей с различными заболеваниями, и, как правило, эти заболевания начинают проявляться у детей в школе.

Проблема здоровья учащихся становится приоритетным направлением развития образовательной системы современной школы, стратегическая цель которой – воспитание и развитие свободной жизнелюбивой личности, обогащенной научными знаниями о природе и человеке, готовой к созидательной творческой деятельности и нравственному поведению.

Здоровьесберегающие образовательные технологии влияют на формирование здорового образа жизни, на состояние здоровья и образование ценностей у учащихся общеобразовательной школы. Формирование ценностных ориентаций подростков, одной из составляющих которых является здоровье, безусловно, реализуется при следующих условиях:

- 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;

- использование основных принципов развивающего обучения, личностно-ориентированного обучения, использование субъект-субъектных отношений между учащимися и преподавателем, учащимися между собой.

Под здоровьесберегающей образовательной технологией понимают систему, создающую максимально возможные условия для сохранения, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья всех субъектов образовательного процесса (учащихся, педагогов и других).

Установлено, что образовательные технологии являются здоровьесберегающими тогда, когда приводят к позитивному изменению как системы в целом (в данном случае образовательной среды), так и ее отдельных субъектов (участников образовательного процесса); используют как точку приложения усилий укрепление физического, психического, социального и духовного здоровья; ставят общей целью обогащение возможностей индивида и позитивные социально-психологические изменения личности за счет совокупности теоретических и практических образовательных ресурсов; ориентированы на совместную работу; включают в себя три основные взаимосвязанные направления деятельности: педагогическое, психологическое, физиологическое.

В настоящее время в практику работы школы широко внедряются различные образовательные и оздоровительные программы, способствующие формированию валеологической грамотности, организации ЗОЖ, укреплению здоровья учащихся как в процессе общеобразовательной учебной деятельности и воспитательной работы, ориентированной на ЗОЖ, так и на занятиях физической культурой.

Мы исследовали динамику заболеваемости школьников школ г.Бузулука и связали ее с формированием приоритетов ценностей. Из полученных нами данных видно, что имеется тенденция к снижению заболеваемости в школах №1, №8, №10, что связано с активным внедрением в учебный процесс здоровьесберегающих образовательных технологий.

В школе №13 отмечено повышение заболеваемости. В школах №4, №6, №11 динамика снижения заболеваемости неустойчива на протяжении 2006-2008гг. По-видимому, технологии внедряются не столь успешно.

Для сравнения мы исследовали динамику заболеваемости в МОУ «Липовская основная общеобразовательная школа», Бузулукского района. Общее количество заболеваний меньше общей численности учащихся в среднем в 3,8 раза в течение последних лет.

Это связано с тем, что в МОУ «Липовская основная общеобразовательная школа», есть сформированное отношение к своему здоровью как к ценности: во-первых, количество учащихся в классах не превышает 15-20 человек; во-вторых, в школе налажено сбалансированное питание, причем овощи и фрукты дети выращивают сами на пришкольном участке; в-третьих, 95% школьников занимаются в различных спортивных секциях.

Формирование системы ценностей теснейшим образом связано с воспитанием личности, с ее социализацией. Решающую роль в этом процессе принято отводить семье и образовательному учреждению, но не менее важными представляются окружающая индивида общественная среда, массовая культура в целом. Однако российское общество находится в настоящее время в состоянии глубокого духовно-нравственного кризиса, сопровождаемого крушением общественно-духовных и нравственных идеалов. Вследствие этого система ценностных установок, присущих массовому сознанию, во многом деструктивна с точки зрения развития личности.

Одним из приоритетных направлений воспитательной работы МОУ СОШ №10 – сохранение здоровья учащихся и привития навыка здорового образа жизни. В школе пятый год реализуется программа физкультурно-оздоровительного направления «В здоровом теле – здоровый дух!», целью которой является формирование у учащихся стремления к укреплению своего здоровья и развитию своих физических способностей.

Анализ анкет школьников МОУ СОШ №10 показал, что ранжирование ценностей распределилось следующим образом: здоровье - 1 место, доброта - 2 место, любовь – 3 место, счастье - 4 место; дружба - 5 место; порядочность – 6 место; успешность, карьера – 7 – 8 место; богатство - 8 -9 место, сила – 10 место.

Первые здоровьесберегающие технологии в образовательный процесс в данной школе внедряют с 2002года, что в общем то и дает такие заметные результаты среди школ города Бузулука.

Анкетирование учащихся МОУ СОШ №13, где отмечена наиболее выраженная тенденция к росту заболеваемости, на тему их отношения к своему здоровью показало, что ранжирование ценностей распределилось иначе: богатство - 1 место; карьера – 2 место; любовь – 3 место, счастье – 4 место; дружба - 5 место; порядочность – 6 место; здоровье - 7 - 8 место; успешность 8 - 9 место; доброта и сила - 10 место.

Наши исследования позволили установить, что применение здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе, в МОУ «Липовская основная общеобразовательная школа», МОУ СОШ №10, МОУ СОШ №8 и МОУ СОШ №1, приводят к значительному снижению заболеваемости, среди учащихся данных школ, формируя ценностное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих, тогда как в МОУ СОШ №13, где не применяются здоровьесберегающие образовательные технологии ценностное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих у школьников стоит на предпоследнем месте.

Оздоровление общества в широком понимании немыслимо без признания человеком с самого раннего возраста стандартов здоровья как жизненно необходимых ценностей.

Здоровье является признаком культуры. Оно даёт здоровому человеку значительно больше возможностей для реализации себя во всех сферах жизни.

Формирование здоровьесберегающих технологий у подростков тесно связано с развитием полноценной, целеустремленной, разносторонне развитой личности, субъекта учебной деятельности.

Список литературы

1 **Магомедов, А.С.** История философии / А.С.Магомедов. - М.: Просвещение, 2000. – 642 с.

2 **Сухарев, А.Г.** Здоровье и физическое воспитание детей и подростков/ А.Г Сухарев - М.: Медицина, 1991. – 270 с.

3 **Павлова, И.В.** Совершенствование валеологического образования студентов физкультурного вуза / И.В.Павлова. – Омск: Союз, 1999. - 20 с.

4 **Абаскалова, Н.П.** Теория и практика формирования здорового образа жизни учащихся и студентов в системе "школа-вуз" / Н.П. Абаскалова. – Барнаул: Педагогика, 2000. - 48 с.

5 **Кирьякова, А.В.** Теория ориентации личности в мире ценностей / А.В.Кирьякова. - Оренбург: Южный Урал, 1996. - 188 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ОГУ

Фомина М.В., Морозова А.И.

Оренбургский государственный университет, г. Оренбург,

«ММУ МГКБ № 5» г. Оренбург

Общепризнано, что в процессе эволюции при взаимодействии организма хозяина и микроорганизмов, происходил отбор определённых их видов, способных к прикреплению и колонизации поверхностного эпителия слизистых оболочек соответствующих экологических ниш, образуя биоплёнку [1,4]. В частности, в кишечнике человека обитает более 300 видов микроорганизмов большую часть из которых составляют представители облигатной микрофлоры (бактероиды, бифидобактерии, лактобактерии, непатогенная кишечная палочка) [2].

Известно, что микрофлора кишечника участвует: в выработке молочной кислоты, лизоцима; в пристеночном пищеварении кишечника; синтезируют аминокислоты, витамины группы В, С, К; способствует всасыванию витамина Д, минералов – железа, кальция; способствует процессам восстановления слизистой оболочки; противостоит заселению патогенными микроорганизмами кишечника; участвует в процессах детоксикации, регуляции газового состава, водно – солевого и энергетического обмена; стимулирует иммунную защиту организма.

Однако, ряд факторов может привести к нарушению микробного пейзажа кишечника, определяя такое состояние как дисбактериоз кишечника:

- нерациональный приём антибактериальных препаратов на фоне снижения реактивности иммунной системы;
- нарушение рациона питания (в частности чрезмерное употребление мяса, жиров, рафинированной пищи; ограниченное «сухое» питание; чрезмерное употребление алкоголя, неконтролируемое увлечение диетами);
- заболевания центральной нервной системы;
- заболевания желудочно – кишечного тракта (в том числе инфекционные).

В основе патогенеза дисбиоза лежит качественное и количественное изменение облигатных представителей нормальной микрофлоры, что приводит к снижению колонизационной резистентности, к заселению патогенными и условнопатогенными микроорганизмами. Нарушения микробиоценоза кишечника, по некоторым данным, диагностируется у более чем 60 % взрослого населения и у 90 % детей.

К методам диагностики дисбактериоза кишечника относят [3]:

- классический бактериологический метод;
- микроскопия фекального мазка;
- определение факторов персистенции.

Спектр клинических состояний, обусловленных дисбиотическими нарушениями микрофлоры кишечника широк, и по данным литературы имеет тенденцию к увеличению [4]. Так, при дисбактериозе кишечника нарушается всасывание необходимых организму питательных веществ и микроэлементов; в кишечнике накапливается большое количество токсических веществ, которые всасываясь в кровь, поражают органы и ткани; снижается эффективный синтез витамина Д; снижается противовирусная и противоопухолевая защита. Нарушения микробного пейзажа кишечника может привести к развитию аллергических заболеваний (атопическому дерматиту, бронхиальной астме, экземе); алопеции (выпадению волос); псориазу; изменению структуры ногтей; иммунодефициту; изменению состава крови; заболеваниям эндокринной системы и желудочно – кишечного тракта; патологическим состояниям центральной нервной системы и психическим расстройствам.

Цель исследования - изучить распространённость факторов риска развития дисбактериоза кишечника среди студентов 1 курса ОГУ.

Задачи исследования:

1. оценить рацион питания студентов первого курса ОГУ;
2. определить уровень стресса у обучающихся по шкале Ридера;
3. изучить состояние кожи и её придатков (волос, ногтей) у студентов ОГУ;
4. провести классический бактериологический анализ содержимого толстого кишечника 60 детей и подростков г. Оренбурга в возрасте 12 - 19 лет;
5. провести анализ амбулаторных карт студентов, находящихся на диспансерном учёте в студенческой поликлинике ОГУ по поводу хронических заболеваний желудочно - кишечного тракта, аллергических заболеваний;
6. изучить частоту простудных заболеваний среди студентов первого курса и применение при этих состояниях антибактериальных препаратов.

Исследование проводилось среди 120 студентов первого курса электро - энергетического, пищевого, математического, факультета информационных технологий, экономики управления. Возраст студентов колебался от 17 до 22 лет. Из общего числа обследованных лица женского пола составили 45 %, мужского – 55 %. Средний возраст составил 18,8 лет.

Анализ индивидуальных «Паспортов здоровья студентов» показал, что нарушение в рационе питания имело место у 80 (66,6 %) студентов. В частности чрезмерное употребление мяса, жиров, рафинированной пищи выявлено у 75 (62,5 %) обследованных, ограниченное «сухое» питание у 72 (60 %), употребление алкоголя у 42 (35 %).

Немаловажен тот факт, что у 9 (7,5 %) обучающихся были те или иные проявления аллергических реакций; 15 (12,5 %) отмечали выпадение волос; изменение структуры ногтей наблюдалось у 36 (30 %); признаки хронического стресса имели 9 (7,5 %) студентов.

Кроме того, 15 (12,5 %) студентов состоят на диспансерном учёте по поводу хронических заболеваний желудочно – кишечного тракта. Увлечены различного рода диетами – 8 (6,6 %) студентов (преимущественно девушки).

Анализ амбулаторных карт студентов показал, что 8 (4,2 %) студентов болеют простудными заболеваниями 3 и более раз в год. Приём антибактериальных препаратов в этой группе студентов встречался в 58,7 % случаев.

На базе бактериологической лаборатории МГКБ № 5 г. Оренбурга был выполнен классический бактериологический анализ содержимого толстого кишечника 60 детей и подростков г. Оренбурга в возрасте 12 - 19 лет.

Выделяют четыре степени дисбактериоза кишечника [1].

1-я степень – компенсированный дисбактериоз. Характеризуется незначительными изменениями в виде увеличения или уменьшения количества кишечной палочки, а бифидо- и лактофлора не изменена.

2-я степень – субкомпенсированный дисбактериоз. Незначительно снижено количество бифидо бактерий, количественные и качественные изменения эшерихий и увеличение условно – патогенных бактерий.

3-я степень – распространённый дисбактериоз. Значительно сниженный уровень бифидофлоры, лактофлоры, кишечной палочки. Увеличено число условно – патогенных бактерий.

4-я степень – генерализованный (декомпенсированный дисбактериоз). Отсутствие бифидофлоры, значительное снижение лактофлоры и кишечной палочки, возрастание числа облигатных, факультативных и не характерных для здорового человека видов условно - патогенных микроорганизмов.

Анализ видового состава микрофлоры кишечника показал, что в 60,5 % случаев имел место дисбактериоз кишечника различной степени выраженности.

Из них дисбактериоз I степени выявлен у 76,9 %, II – 20,6 %, III – 2,6 % обследованных. Характерным для биоценоза кишечника у подростков было значительное уменьшение количества основных бактериальных симбионтов облигатной микрофлоры – бифидобактерий. Наряду с этим дисбиотические нарушения в микроэкологии кишечника характеризовались массивным ростом условно – патогенной факультативно – анаэробной флоры. Изменения в составе кокковой флоры были выявлены у 12,8 % обследованных, у 20,5 % наблюдалось повышенное количество кишечной палочки со слабовыраженными ферментативными свойствами, в 5,2 % случаев определялась гемолитическая активность. Часто обнаруживались бактерии рода *Proteus* и клебсиелла. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* выявлены у 7,5 % обследованных.

В результате проведённого исследования можно сделать следующие выводы: подростковая среда является группой риска в развитии дисбактериоза кишечника.

Список литературы:

- 1. Бондаренко В.М., Боев Б.В., Лыкова Е.А., Воробьёв А.А. Дисбактериоз желудочно – кишечного тракта// Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 1998.-№ 1.- С.66 - 70.*
- 2. Воробьёв А.А., Абрамов Н.А., Бондаренко В.М., Шендеров БА. Дисбактериозы – актуальная проблема медицины// Вестн. Рос. АМН.- 1997.-№*

3.-С. 4-7.

3. *Микробиологическая диагностика дисбактериозов: Метод. рекомендации.- Киев, 1986.*

4. **Шендеров Б.А.** *Нормальная микрофлора и её роль в поддержании здоровья человека// Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 1998.- № 1.- С.61 - 65.*

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Ишбердин Р. Р.

Мухрановская СОШ, Илекский район, Оренбургской области

В настоящее время актуальность проблемы нарушения осанки у детей школьного возраста обостряется: ко «вчерашним» причинам добавились многочасовые «бдения» перед компьютером. Происходит явное снижение двигательной активности у детей, что противоречит природе развития детского организма. По данным Центрального института ортопедии и травматологии при поступлении в школу 30% детей имеют нарушения осанки, то к ее окончанию уже 80 - 90% выпускников. По статистике в стране более 69% учащихся имеют нарушение осанки. Следовательно, при современных условиях жизни проблема нарушений осанки актуальна для всех детей школьного возраста.

Следовательно, проблема лечения данной патологии актуальна, так как нарушения осанки являются не только косметическим дефектом, но и могут при отсутствии адекватного лечения прогрессировать, сопровождаться нарушением кровообращения в вертебро-базиллярной системе, служат почвой для раннего развития дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике.

Осанкой принято называть привычную позу непринужденно стоящего человека, которую он принимает без излишнего мышечного напряжения (В.П.Правосудов). Правильная осанка является одной из обязательных черт гармонически развитого человека, внешним выражением его телесной красоты и "дегенерацию межпозвонковых дисков и тел позвонков, а вызванные этим нарушения осанки легко принимают необратимый характер. Для правильной работы органов дыхания, кровообращения, пищеварения, для нормальной деятельности нервной системы большое значение имеет правильно сформированная осанка.

Одной из причин возможного появления нарушений осанки могут быть неправильные рабочие позы на уроках, а также ассиметричное ношение тяжестей, подражание неправильной осанке старших, слаборазвитые мышцы спины и живота.

Результаты проведенного нами исследования морфофункциональных показателей школьников шести-семи лет с нарушением осанки показали, что функциональные нарушения осанки сочетаются с понижением ряда показателей: массы тела, окружности грудной клетки, жизненной емкости легких, динамометрии ручной и становой, статической выносливости мышц, в сравнении со сверстниками с правильной осанкой. Деформации опорно-двигательного аппарата, образующиеся в связи со статической нагрузкой, возникают особенно часто у детей с недостаточно развитой мышечной системой.

В научных исследованиях, посвященных вопросам физического воспитания школьников с нарушением осанки, изучалось преимущество физических упражнений. Только активные упражнения, укрепляющие мышцы спины и мышцы брюшного пресса, постепенно создадут мышечный корсет, и только

активные упражнения сформируют правильный динамический стереотип, доведут до автоматизма привычку к рациональному положению тела в пространстве.

Условия физического воспитания дают возможность не только сформировать соответствующую эстетическим и физиологическим требованиям осанку ученика, но и исправить, создать новый вариант осанки. Предупредить возникновение неправильной осанки легче, чем проводить работу по ее исправлению. Поэтому важно строгое соблюдение гигиенического режима (свежий воздух в помещении, нормальная освещенность, подбор стола и стула по росту каждого ребенка, чередование движений и покоя, полноценное питание, закаливание).

Распространенность нарушений осанки у детей ставит перед специалистами в области физической культуры задачи по разработке эффективных методик профилактики и коррекции дефектов осанки, а также внедрению их в учебный процесс физического воспитания школьников.

Одним из главных методов лечения нарушений осанки и заболеваний позвоночника является лечебная физкультура, с помощью которой улучшается состояние мышечного корсета, вырабатывается навык правильной осанки; укрепляется и оздоравливается весь организм, тренируется дыхательная система сердца, увеличивается подвижность позвоночника.

При проведении занятий лечебной физической гимнастикой необходимо соблюдать следующие условия: систематичность, всестороннее воздействие на различные группы мышц, учет индивидуальных особенностей, эмоциональность занятий, коррекция условий быта и условий статической работы. Также важным условием является активное вовлечение родителей в коррекционный процесс.

Целью нашего исследования стала коррекция нарушения осанки детей среднего школьного возраста. Объектом стали учащиеся 7-8 классов Мухрановской средней общеобразовательной школы.

На первом этапе осуществлялась подготовка к диагностическому исследованию с целью выявления учащихся, имеющих нарушение опорно-двигательного аппарата. По результатам медицинского осмотра было отобрано 28 детей с нарушениями осанки, из которых сформированы экспериментальная и контрольная группы.

На втором этапе в течение января-февраля 2007-2008 учебного года были проведены занятия лечебной физкультурой по коррекции нарушений осанки. В содержание занятий были включены упражнения для мышц спины, поясницы, брюшного пресса, боковых мышц туловища, внутренней поверхности бедер. Упражнения выполнялись как в группе, так и индивидуально, в зависимости от вида нарушения осанки. При проведении занятий соблюдались следующие принципы: последовательности, постепенности, перехода от простого к сложному. Накануне были проведены беседы с родителями о необходимости проведения занятий и соблюдении определенных условий дома, даны письменные рекомендации, которые необходимо соблюдать в повседневной жизни. Занятия проводились под контролем медицинского работника школы.

Учащиеся, включенные в контрольную группу, занимались самостоятельно дома, соблюдая или не соблюдая рекомендации врача.

На третьем этапе было проведено контрольное диагностическое исследование состояния опорно-двигательного аппарата для оценки эффективности проведенных мероприятий в экспериментальной группе. Полученные данные сравнивались с контрольной группой.

Таким образом, результаты экспериментального исследования выявили значительное улучшение состояния осанки учащихся экспериментальной группы по сравнению с контрольной, следовательно, мы можем говорить о подтверждении гипотезы настоящего исследования о том, что основным методом лечения нарушения осанки является лечебная физическая физкультура при соблюдении ряда педагогических условий:

- систематически выполнять упражнения;
- упражнения применять по принципу всестороннего воздействия на различные группы мышц;
- учитывать индивидуальные особенности нарушения осанки;
- повышать эмоциональную привлекательность таких занятий за счет разнообразия применяемых упражнений;
- корректировать условия быта и условия статической работы;
- активно вовлекать родителей учащихся.

Вместе с тем, как показывает наш опыт, применение массажа может эффективно дополнить воздействие физических упражнений, так как он является активным средством оздоровления организма человека.

Следовательно, правильная форма позвоночника, хорошая осанка обеспечиваются в первую очередь способностью мышц поддерживать статические усилия. В формировании осанки и поддержания положения туловища главную и одинаково важную роль играет статическая выносливость мышц спины, живота и боковых поверхностей туловища. Мышцы должны быть не просто сильными, а гармонично развитыми, способными как длительно удерживать туловище в правильном положении, так и расслабляться и растягиваться при сокращении мышц-антагонистов во время движения. Даже при наличии предрасположенности к заболеваниям позвоночника их можно избежать, если выработать навык правильной осанки и выполнять упражнения, направленные на гармоничное развитие опорно-двигательного аппарата. Комплекс гимнастических упражнений, направленный на укрепление «мышечного корсета», успешно решает задачи коррекции нарушений осанки у детей школьного возраста.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИМИИ В ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССАХ.

Брынцева С. В.

МОУ «СОШ №1 с углубленным изучением математики, литературы и русского языка», г. Оренбург

Гуманизация и гуманитаризация образования требуют, чтобы содержание учебного материала школьных курсов, формы и методы обучения соответствовали возрастным и психофизиологическим особенностям детей, их склонностям, способностям и интересам. Поэтому на первый план выступает задача индивидуализации и дифференциации обучения.

В настоящее время дифференциация образования осуществляется в основном в профильных классах. Опыт профильного обучения свидетельствует о необходимости максимального учета индивидуального фактора, а также об использовании разнообразных форм работы с учащимися в целях полноценного развития их природных склонностей. Однако преподаватели «непрофильных», но обязательных для получения среднего образования предметов также должны знать индивидуальные особенности учащихся. Без понимания этих особенностей и опоры на них невозможно построить эффективный процесс обучения и установить с учащимися отношения сотрудничества.

Данное требование относится и к учителям химии, работающим в классах, где этот предмет не является основным, в частности в классах гуманитарного и математического профилей. Таким образом, возникает необходимость пересмотра содержания, форм и методов обучения химии учащихся с учетом их индивидуально-психологических особенностей. Эти особенности касаются, прежде всего, эмоционально-волевой сферы личности, процессов восприятия и мышления, обуславливают выбор учителем соответствующих форм и методов изучения учащимися «не их» предмета.

И.П. Павлов в учении о высшей нервной деятельности выделил три типа людей: «художественный» - с преобладанием наглядных образов, «мыслительный» - отдающий предпочтение словесно-логическим операциям с высокой степенью абстрагирования и «смешанный». Большинство учащихся гуманитарных классов относятся к «художественному» типу, учащихся общеобразовательных классов - к «смешанному» типу, а учащихся математических классов - к «мыслительному» типу (1).

Высшие психические функции, определяющие в том числе и способности к обучению, в значительной степени реализуются деятельностью коры больших полушарий головного мозга. Функциональная асимметрия больших полушарий головного мозга понимается как различное по характеру и значимости участие левого и правого полушарий в осуществлении психических функций (В.В. Голенков, Е.Б. Филиппова) (1). В процессе мыслительной деятельности полушария доминируют попеременно в зависимости от решаемой ими задачи. Подобное «разделение

ролей» обоих полушарий, являющееся врожденным свойством человека, во многом определяет черты его мышления, способность к обучению.

Исходя из результатов изучения основных познавательных процессов учащихся, в нашей школе формируются профильные классы. Так «левополушарные» дети в основном обучаются в физико-математических классах, «правополушарные» дети в гуманитарных классах, а «смешанные» дети в общеобразовательных классах. При обучении химии учащихся гуманитарного профиля отбираются содержание, формы и методы обучения, соответствующие правополушарным психическим функциям (целостное эмоционально-чувственное восприятие, эмоциональное и наглядно-образное мышление, наглядно-образная и зрительная память). Учащихся общеобразовательных классов следует обучать химии, опираясь на сочетание правополушарных и левополушарных особенностей учебно-познавательной деятельности (эмоциональное и аналитико-синтетическое восприятие, наглядно-образное и абстрактно-теоретическое мышление, эмоциональная и слухоречевая память). Учащиеся математических классов являются в большей степени «левополушарными» (аналитико-синтетическое восприятие, словесная память, абстрактно-теоретическое мышление). В связи с этим обучение химии учащихся математических классов должно основываться на «левополушарной» стратегии обучения (8).

Рассмотрим особенности «правополушарной» и «левополушарной» стратегии обучения. При «левополушарной» стратегии упор делается на слухоречевую память учащихся, т.е. учебный материал в основном дается вербально. В наглядном виде отражаются правила, структура изучаемых явлений, т.е. символические обобщения (схемы) являются как бы вербальной формой запечатления. Объекты, явления разделяются на составляющие их части, детали. Каждая часть рассматривается отдельно. При сравнении упор делается на выявление общего, т.е. на сходство состава, строения и свойств изучаемых веществ. Даются алгоритмы умственного труда и технологии учебно-познавательной деятельности. Процесс обучения строится от теории к последующему использованию знаний учащимися на практике, т.е. решение задач является применением изученных правил и алгоритмов.

Для физико-математических классов необходимо введение в содержание химических задач практического компонента. Задачи по химии с практическим содержанием помогают учащимся понять, какие химические законы и теории, свойства наиболее распространенных веществ, химические методы исследования можно использовать в повседневной жизни при решении практических задач в быту, на производстве (5. При этом у учащихся формируются умения переноса химических знаний в реальные жизненные ситуации и применение математических знаний для решения задач.

Приведем примеры таких задач (3).

1. Серебро с давних пор используют в медицине для лечения различных болезней. В наши дни в медицинской практике применяют главным образом нитрат серебра, что обусловлено прежде всего его антимикробной

активностью. Чаще всего нитрат серебра используют в виде 2%-ного водного раствора и применяют наружно для лечения глазных и кожных заболеваний.

Предложите способ приготовления такого раствора.

2. Зубная паста «Crest» производства США содержит, как указано на упаковке, 0,454%-ного фторида олова (II) SnF_2 , а зубная паста «FM extra DENT» производства Болгарии содержит 0,8%-ного монофторфосфата натрия NaF-NaPO_3 . Какая из этих двух паст более сильнодействующее средство для борьбы с кариесом, если эффективность зубных паст в лечении и профилактике кариеса оценивается по содержанию в них активного фтора, т.е. фторид-иона?

3. Вы, пролив раствор йода на белую салфетку, попытались вывести пятно с помощью отбеливателей: персоли $\text{Na}_2\text{CO}_3\text{-}1,5\text{H}_2\text{O}_2\text{-H}_2\text{O}$, затем хлорной извести, но неудачно - ни одно из этих средств не обесцветило пятно. Однако через несколько дней пятно пропало. Объясните, почему пятно не исчезло под действием персоли или хлорной извести. Ответ подтвердите уравнениями реакции.

В течение урока осуществляется постоянный контроль деятельности учащихся, создаются условия для внимательного слушания и прочного запоминания материала, с использованием математических понятий, величин, единиц измерения, а также некоторых приемов формальной логики. При изучении органической химии используется построение геометрических моделей атомов, молекул, анализ графиков, отражающих эмпирические зависимости. Оценка качества знаний учащихся осуществляется главным образом вербально (9).

Речь учителя для «левополушарных» детей логична, «как доказательство теорем», без излишней эмоциональности, мимики и пантомимики. Нежелательны лишние жесты, кроме регулирующих. Темп речи и паузы при любом стиле преподавания соответствуют скорости перевода внешней речи учителя во внутреннюю речь учащихся. Паузы и громкость используются для более четкого выделения в речи смысловых частей.

«Правополушарная» стратегия обучения также характеризуется особенностями, соответствующими деятельности и психическому складу «правополушарных» детей. Учебный процесс строится с опорой на образное мышление учащихся. Используемые при объяснении образы должны не дробиться на части, а отражать суть изучаемого явления и выступать основным средством донесения материала до учащихся. Главное при этом зрительные образы, в определенных случаях необходимо привлекать и слуховые, и кинестетические (двигательные), и осязательные, и обонятельные, и эмоциональные, активизирующие соответствующие виды памяти.

Целесообразно применять наглядный материал, схемы, насыщать речь сравнениями и метафорами. Особенно эффективна динамическая наглядность (действующие модели), слуховая (различные шумы) и др. Вербальная информация сопровождается эмоциями, действиями (например,

чертить что-нибудь в воздухе), уделяется особое внимание информационной значимости элементов объяснения (краткость и конкретика). Технологии и алгоритмы учебных действий учащихся нужно подкреплять разворачивающимися во времени образами, обращением к особенно развитой у «правополушарных» учащихся интуиции - чувству правильности того или иного способа решения проблемы. На уроке вполне уместны высказывания, выражение эмоций, выбор работы с учетом настроения и желания не только класса, но и каждого учащегося. При этом гибко используются коллективные, индивидуальные и групповые формы занятий при проведении химического эксперимента (4). Учитывается познавательный интерес и психофизиологические особенности учащихся этих классов. В связи с этим опыты по химии для учащихся гуманитарных классов должны:

1) быть эффектными, способствовать формированию интереса к изучаемому материалу (растворение аммиака в воде опыт «Фонтан»);

2) иллюстрировать изучаемый теоретический материал, способствовать формированию химических понятий (зависимость скорости реакции от различных факторов);

3) моделировать процессы, происходящие в природе (выделение кислорода при фотосинтезе и его обнаружение), или имитировать возможные последствия «экологических бед» (сжигание серы - опыт «Кислотный дождь»);

4) показывать практическую значимость отдельных веществ, их химические и физические свойства (испытание pH-растворов сока лимона, яблока, слюны и т.д.);

5) позволять воспроизвести химический эксперимент на основе исторического материала (горение сухого фосфора в закрытой колбе. К.В. Шееле. 1777 г.).

Естественно, большее внимание у учащихся будут вызывать яркие, эффектные и занимательные опыты. Однако они уместны на уроке химии только в том случае, если соответствуют его содержанию, поскольку любой опыт проводится не ради самого опыта. При подготовке к проведению химического эксперимента необходимо ответить на такие вопросы: усвоению какого учебного материала может помочь опыт? Какие важные законы и теоретические положения, основные химические понятия должны быть введены, повторены, углублены, расширены и применены в опыте? Какие практические умения и навыки будут развиваться с помощью опыта? На что должно быть обращено особое внимание для развития умственных способностей учащихся? Какие воспитательные задачи могут быть решены обращением к опыту?

При этом для проведения химического эксперимента в профильных классах вовсе не следует отбирать «другие, новые» опыты, пренебрегая теми, которые уже стали традиционными в школьной практике. Школьный химический опыт, выполняя свои дидактические функции, должен быть интересен именно для данных учащихся, способствовать расширению их кругозора. Поэтому здесь особенно важна подготовка к предстоящему химическому опыту в виде соответствующего культурологического экскурса

исторической, экологической и практической направленности. Например, в 9 классе при проведении практической работы «Получение углекислого газа и изучение его свойств» предлагаются следующие дифференцированные задания:

Задание 1 варианту.

Белорусский писатель В.С. Короткевич в романе «Черный замок» Ольшанский пишет: «Вы слышали об эффекте «собачьей пещеры» в Италии... Из вулканической трещины [в пещере] выделяется углекислый газ... Человек войдет [в пещеру] и ходит, а собака или кролик погибают через несколько минут...» Основываясь на результатах 2 опыта, вы сможете объяснить загадку «собачьей пещеры».

Задание 2 варианту. В начале XIX в. в Англии знаменитому химику и философу Джозефу Пристли был выдан патент на изготовление содовой воды. Содовая вода - это насыщенный раствор оксида углерода(IV). Сейчас вы сами сможете получить содовую воду и, не пробуя, определить ее вкус. Вам необходимо также объяснить причины появления такого вкуса, основываясь на результатах 4 опыта.

Задание 3 варианту. В земной коре в разных частях света есть бездонные пещеры — своеобразные черные дыры, происхождение которых овеяно легендами и преданиями. Решающую роль в появлении этих пещер играет углекислый газ, который извлекается из воздуха дождевой водой. Потоки дождевой воды попадают на пласты известняка — карбоната кальция — и превращают его в растворимый гидрокарбонат кальция, который уносится подземными водами. Внутри подземных известковых пластов образуются огромные полости — карстовые пещеры. В недрах Земли грунтовые воды (раствор гидрокарбоната кальция) могут подвергаться нагреванию. Стекая со стен пещеры, раствор гидрокарбоната кальция начинает испаряться, а сама соль разлагаться с образованием кристаллов нерастворимого карбоната кальция. Так природа создает сталактиты и сталагмиты, похожие на колонны сказочных дворцов (6). Вам необходимо объяснить причины этого явления, на основе результатов опыта 5б.

Продуктивны активные методы изучения учебного материала: дискуссии, обсуждение разных точек зрения на проблему, установление различий в сравниваемых явлениях, написание диктантов, сочинений и сказок по химии. Использование в обучении отрывков из литературных произведений (художественных, научно-фантастических т. д.), содержащих химическую информацию. Приведу отрывки из литературных произведений, которые можно использовать на уроках химии (7).

При изучении темы «Первоначальные химические понятия» можно использовать отрывок из произведения М.Васина «Два шага до чуда».

А сейчас нам пора отправляться в долгое путешествие по стране, которую называют Химией... потому что химия - одна из самых важных наук. Без ее помощи не могут обойтись ни физики, ни биологи, ни океанологи, ни врачи, ни строители, ни создатели новых машин. Дорога в космос, между прочим, в значительной мере проложена химией также... Я приглашаю в это

путешествие по Химии еще и потому, что это просто-напросто ... Сколько раз тебе придется повстречаться с волшебством, фантазией наяву, неожиданностями! И может быть, ты решишь стать волшебником-химиком!

В.Ф. Одоевский. «Мороз Иванович», отрывок из этого произведения можно использовать при изучении темы «Чистые вещества и смеси. Способы очистки смесей». Между тем Рукодельница воротится, воду процедит, в кувшины нальет, да еще какая затейница: коли вода нечиста, так свернет лист бумаги, наложит в нее угольков да песку крупного насыплет, вставит ту бумагу в кувшин да нальет в нее воды, а вода-то знай проходит сквозь песок да сквозь уголья и капает в кувшин чистая, словно хрустальная.

Стихотворение С.П. Щипачева «Читая Менделеева» целесообразно прочитать при изучении темы «Периодический закон и периодическая система химических элементов Д.И. Менделеева».

В природе ничего другого нет

Ни здесь, ни там, в космических глубинах,

Всё: от песчинок малых до планет -

Из элементов состоит единых.

Как формула, как график трудовой Строй менделеевской системы строгий вокруг тебя творится мир живой, Входи в него, вдыхай, руками трогай.

Ты знаешь газ легчайший — водород, В соединенье с кислородом - это Июньский дождь от всех своих щедрот, Сентябрьские туманы на рассветах.

Кипит железо, серебро, сурьма и темно-бурые растворы брома, И кажется Вселенная сама одной лабораторией огромной.

Обучение «правополушарных» учеников опирается на их возможности, интерес к искусству, литературе и философским проблемам, особенно при решении химических задач, которые являются неотъемлемой частью химического образования школьников. Поэтому в гуманитарных классах необходимо введение в содержание химических задач гуманитарного компонента. Задачи по химии с литературным содержанием способствуют образному восприятию учащимися-гуманитариями свойств веществ и химических процессов, пробуждают у них эмоционально-эстетическое отношение к химической науке. Приведем примеры некоторых задач(2).

1. В сказке «Хрустальный лак» П.П. Бажов рассказывает о замечательном лаке, которым нижнетагильские мастера покрывали расписные железные подносы: «А лак такой, что через него все до капельки видно, и станет та рисовка либо картинка как влитая в железо... Ни жаром, ни морозом ее не берет. Коли случится какую домашнюю кислоту на поднос пролить либо вино всплеснуть - вреда подносу нет... Паяльную кислоту, коей железо к железу крепят, и ту, сказывают, доброго мастерства подносы выдерживали. Ну, конечно, ежели царской водкой либо купоросным маслом капнуть - дырка будет. Тут не заспоришь, потому как против них

не то что лак, а чугун и железо выстоять не могут». Объясните, о каких химических соединениях ведет речь рассказчик.

2. В научно-фантастическом романе Александра Богданова «Красная звезда» приведено описание одного из отсеков космического корабля: «Это была «кислородная комната. В ней хранились запасы кислорода в виде 25 т бертолетовой соли, из которой можно было выделить по мере надобности 10 тыс. кубических метров кислорода». Проверьте вычислением правильность утверждения автора, произведя соответствующие расчеты по уравнению реакции разложения бертолетовой соли (хлората калия).

Даже единичные фрагменты из произведений художественной литературы, прочитанные на уроке химии, могут нести обучающую нагрузку и развивать творческий потенциал учащихся.

Успех человека в любом виде деятельности определяется способностями к ней и соответствующими личностными качествами. На основании психолого-педагогических исследований мы определили общие способности учащихся, которые нужны для продуктивной учебно-познавательной деятельности гуманитариям и математикам. Отбор содержания, форм и методов обучения химии учащихся профильных классов происходит с учетом их индивидуально-психологических особенностей. Использование методов интегрированного обучения позволяет ставить и реализовывать широкие познавательные цели, обеспечивает индивидуализацию и дифференциацию обучения, личную включенность всех учащихся в образовательный процесс, его практическую направленность, что в конечном счете повышает качество знаний учащихся профильных классов по химии.

Список литературы

1. **Аршанский Е.Я.** Методика обучения химии в классах гуманитарного профиля. М.: Издательский центр «Вентана-Граф»-2006.-С.18-20.

2. **Габриелян О.С.** О связи обучения химии с литературой //Химия в школе. — 1991. — № 6.-С.5-8.

3.**Ильченко В.Р.** Перекрестки физики, химии, биологии. — М.: Просвещение, 1986.-С.-25-27.

4.**Колесников В.И.** Экологическое образование учащихся в процессе школьного химического эксперимента // Химия в школе. — 1991. — № 5.-9с.

5.**Кузнецова Н.Е., Шаталов М.А.** Проблемное обучение на основе межпредметной интеграции (на примере дисциплин естественно-математического цикла). —СПб.: Образование, 1998.-С.31-35.

6.**Кулигин П.Г.** Межпредметные связи в процессе обучения. — М.: Просвещение, 1981.-С.17-18.

7.**Люкимсон П.Е.** Использование художественной литературы на уроках химии // Химия в школе. — 1992. — № 3-4.-С.24-27.

8. **Фридман Л.М., Кулагина И.Ю.** Психологический справочник учителя. — М.: Совершенство, 1998.-16с.

9. **Шаталов М.А., Кузнецова Н.Е.** Обучение химии на основе межпредметной интеграции. М.: Издательский центр «Вентана-Граф»-2006.- С.35-37.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ОГУ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К РАЗЛИЧНЫМ ЭТНИЧЕСКИМ ГРУППАМ

Бибарцева Е.В.

Оренбургский государственный университет, г.Оренбург

Адаптация студента к обучению в вузе представляет собой сложный многоуровневый социально-психологический процесс и сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма (Губина О.И., Евдокимов В.И., Попов В.И., Бочаров Ю.Я., Тупицын С.П., 2005). Студенческий возраст характеризуется интенсивной работой над формированием своей личности, выработки стиля поведения. Это время поиска молодыми людьми ответов на разнообразные профессиональные, нравственно-этические, научные, общекультурные, политические и другие вопросы. На психофизиологическое состояние студентов воздействует целый комплекс внешних (климатогеографические, деятельностные, информационно-операционные, ситуационные, т.е. объективные условия) и внутренних факторов (функции, состояния, свойства, качественные особенности организма и психики человека, т.е. субъективные условия) (Агаджанян Н.А. и др., 2005).

В структуре студенческой молодежи ОГУ представлены различные этнические группы, так как этническая картина Оренбургского края многолика. Известно, что этносы заметно различаются по ряду биологических характеристик, что является основанием для предположения об особенностях функциональных резервов организма (Власов В.Г., 2006).

Целью нашего исследования являлось сравнение показателей физического развития, адаптационных способностей и заболеваемости юношей, обучающихся в ОГУ, принадлежащих к различным этническим группам.

Материалы и методы

Для оценки роли этнического фактора в процессе адаптации проведено обследование 122 юношей 17 лет, обучающихся в ВУЗе на аэрокосмическом и архитектурно-строительном факультетах, проживающих в г.Оренбурге.

Одним из наиболее перспективных путей оценки общего здоровья человека представляется контроль параметров, отражающих эффективность работы системы кислородообеспечения организма. В нее, помимо крови, входят сердечно-сосудистая и дыхательная системы, с единой системой регуляции. Также было проведено анкетирование студентов, антропометрические измерения (рост, вес, подсчитан индекс массы тела по формуле $\text{вес (кг)}/\text{рост}^2 \text{ (м)}$), лабораторные исследования. Все студенты были осмотрены терапевтом, хирургом, ЛОР-врачом, окулистом, эндокринологом, неврологом.

При исследовании состояния сердечно-сосудистой системы использовалось измерение артериального давления и пульса, ортостатическая

проба (перемена положения тела из положения сидя в положение стоя), тест с функциональной нагрузкой.

На основе показателей пульса и давления оценивали функциональное состояние организма по А.П. Берсеновой (1986, 1991).

При оценки деятельности дыхательной системы проводилась проба Штанге, проба Генчи, прямое и непрямое определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Оценка при прямом методе определения ЖЕЛ проводилась по центильным таблицам, где учитывается пол и возраст. Непрямой метод определения должной ЖЕЛ рассчитывался по формуле:

$$\text{Жизненная емкость (л)} = \text{Рост (см)} * 0,052 - \text{Возраст} * 0,022 - 3,6$$

Социальная адаптация оценивалась по апробированным тестам.

Статистическая обработка результатов проведена по общепринятым методикам параметрической статистики.

Результаты и их обсуждение

В результате анализа анкет, были сформированы две группы в зависимости от этнической принадлежности: I группа студентов принадлежала к русской этнической группе (n=62) и II группа (n=60) - к татарской.

В ходе проведенного обследования выявлены как общие тенденции в физическом развитии, так и ряд отличий. Установлено, что большое количество лиц с дисгармоничным физическим развитием принадлежит к татарской этнической группе: треть юношей имеют дисгармоничное физическое развитие из-за несоответствия веса росту и возрасту, за счет сниженной массы тела.

Средние значения всех определявшихся показателей работы сердечно-сосудистой системы соответствовали оптимальным диапазонам, характерным для данного возраста. В тоже время, при оценке индивидуальных показателей выявлено, что в обеих группах при проведении ортостатической пробы пульс стал одинаково ниже нормы у 10% юношей, а во II группе стал выше нормы у 15% обследованных.

Через минуту после нагрузки пульс восстановился у 65% обследованных в I группе и у 75% во второй. Выявлено повышенное артериальное давление у 5% обследованных обеих групп, но во II группе 5% студентов имели пониженное артериальное давление, при проведении ортостатической пробы артериальное давление осталось в пределах нормы или повысилось на 5-20 мм.рт.ст. у 95% русских и 85% татар. Снижение наблюдалось у 5% студентов обеих групп, у 10% студентов второй группы артериальное давление стало превышать норму более чем на 22 мм.рт.ст.

Тест с приседаниями показал, что тренированность сердца хорошая у 70% студентов в I группе и у 35% во II группе, недостаточная и низкая тренированность среди татар 50% и 15% соответственно, среди русских - 15%.

Общая оценка адаптационного потенциала системы кровообращения (по А.П. Берсеновой) показала, что напряженная адаптация встречалась у 10% обследованных студентов русской группы и у 15% в татарской группе. Соответственно 90% и 85% обследованных имели удовлетворительный показатель.

Показатели пробы Генчи и Штанге были в пределах нормы у 95% юношей обеих групп.

Прямой метод определения ЖЕЛ выявил, что 65% студентов русской группы имели показатель в пределах нормы, а 35% ниже нормы. В татарской группе эти показатели были несколько хуже: 60% студентов имели показатель в пределах нормы, а 40% ниже нормы.

При непрямом методе определения, ЖЕЛ соответствует норме у 70% русских и 60% татар.

При проведении психологического тестирования у всех студентов I группы выявлен высокий уровень социальной адаптации, а среди студентов татар высокий уровень отмечался у 85%, средний у 10%, низкий у 5% обследованных.

При анализе хронической патологии ведущие места в русской группе принадлежат болезням органов пищеварения 26%, костно-мышечной системе 25%, зрения 18%. В татарской группе на первом месте заболевания костно-мышечной системы 26%, зрения 15%, органов пищеварения 22%. Замечена разница в распространенности частоты встречаемости острых респираторных заболеваний среди юношей разных этнических групп. Увеличение заболеваемости ОРЗ свидетельствует о снижении иммунной реактивности организма. В результате сравнительного анализа было установлено, что среди русских ни разу не болели ОРЗ за последний год в 2 раза меньше студентов, чем в татарской группе. Число юношей, часто болеющих ОРЗ (2 и более раз в год) в I группе составило 52%, во II - 29%. Длительность простудных заболеваний более одной недели была установлена среди 29% русских и 15% татар.

Другим показателем, характеризующим иммунологическую реактивность, является температурная реакция на фоне ОРЗ. Гипертермическая реакция отмечалась у 19% русских и 15% татар.

Такую разницу между представленными этническими группами можно объяснить, например, наличием вредных привычек. В русской группе курение распространено среди половины обследованных, в татарской – 25% юношей имели эту зависимость.

Таким образом, рассматриваемые группы отличались по ряду показателей. В русской группе были выявлены нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы. В татарской группе показатели работы иммунной системы были выше, что, возможно, объясняется меньшим распространением вредных привычек. Можно предположить, что такая картина связана с особенностями образа жизни этносов. В случае несоответствия учебной нагрузки и величины функциональных возможностей организма могут произойти неблагоприятные отклонения в состоянии здоровья студентов, что снизит эффективность учебной деятельности. Состояние здоровья, предупреждение заболеваемости становятся задачами не только здравоохранения, но и образования.

Список литературы

- 1 Губина, О.И. Методика оценки психического здоровья и показатели адаптации студентов ВГМА / О.И. Губина, В.И. Евдокимов, В.И. Попов, В.В. Бочаров, Ю.Я. Тупицын, С.П. Жук // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 457–461.*
- 2 Агаджанян, Н.А. Стресс и теория адаптации. Монография./ Н.А. Агаджанян. – Оренбург: ИПК ГОУ ОГУ, 2005. – 190 с.*
- 3 Власов, В.Г. Этническая медицина: вчера-сегодня-завтра/ В.Г Власов. – М., 2006 – С. 239 .*
- 4 Региональная этнокультурная политика, межэтнические и этноконфессиональные отношения в Оренбуржье: ежегодный доклад, 2004. – Оренбург: ИЦ ОГАУ, 2005.*

ОТРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ САМО- И ВЗАИМОПОМОЩИ НА АВТОТРАНСПОРТЕ У СТУДЕНТОВ ТРАНСПОРТНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Малышева Н.В., Исхаков М.М.

Оренбургский государственный университет, г. Оренбург

К настоящему времени в нашей стране проблема оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) стоит очень остро. Ежедневно в мире от дорожно-транспортного травматизма погибает более 3 тысяч человек, и травмы занимают третье место среди причин смертности населения после сердечнососудистых и онкологических заболеваний и первое место – в возрастной группе до 40 лет. Если же считать смертность от травм по годам недожитой жизни, то она превышает смертность от сердечнососудистых, онкологических и инфекционных болезней вместе взятых [1]. Во всём цивилизованном обществе от травм погибает преимущественно молодое и трудоспособное население: среди юношей и подростков травма является причиной смертности в 80 % случаев и одной из ведущих демографических причин депопуляции населения России [2].

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 [1]. 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 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 зависти 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 [4].

По данным Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, примерно у 17 % ДТП причиной смерти были кровотечения, 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 [3].

Таким образом, теоретические знания и практические навыки, касающиеся профилактики дорожно-транспортного травматизма и принципов оказания неотложной медицинской помощи, в настоящее время приобретают особую актуальность на фоне возрастающей автомобилизации страны. Травмы, в отличие от сердечнососудистых и онкологических заболеваний, для общества являются значительно более разрешимой и перспективной проблемой. Их исходы, то есть возврат обществу неинвалидизированного и трудоспособного населения, напрямую зависят от эффективности неотложной медицинской помощи и лечения [4].

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. В составе учебно-методического комплекса на кафедре профилактической медицины, совместно с сотрудниками кафедры автомобилей и безопасности движения ОГУ, издано пособие по дорожно-транспортному травматизму и неотложной медицинской помощи на транспорте, рекомендованное учебно-методическим объединением вузов РФ по образованию в области транспортных машин и транспортно-технологических комплексов в качестве учебного пособия для студентов вузов, обучающихся по специальности Организация и безопасность движения (Автомобильный транспорт) направления подготовки Организация перевозок и управление на транспорте. В данном учебном пособии освещены вопросы дорожно-транспортного травматизма, мероприятий по предупреждению и экспертизе дорожно-транспортных происшествий, безопасности пассажиров и пешеходов, понятия об автомобильной травме, оказания неотложной медицинской помощи. Пособие предусматривает овладение теоретическими знаниями вопросов профилактики последствий дорожно-транспортных происшествий и практическими навыками оказания

неотложной само- и взаимопомощи, направлено на углубление знаний по выработке навыков поведения в ситуациях на транспорте, угрожающих здоровью и жизни человека.

Неотложная 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 получил 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. 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;
- транспортная иммобилизация при переломах костей;
- обработка ран и наложение повязок;
- доврачебная помощь при острых состояниях (пищевое, ингаляционное отравление, инфаркт миокарда, гипертонический криз, почечная колика, укусы насекомых, аллергические реакции и др.).

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.

Список литературы

1. **Евтюков, С.А.** Дорожно-транспортные происшествия: расследование, реконструкция, экспертиза / под. ред. проф. С.А. Евтюкова, Я.В. Васильева. – СПб.: Изд-во ДНК, 2008. – 392 с.
2. **Липкович, И.Э.** Как защититься от травм при ДТП / И.Э. Липкович, А.В. Семенихин, А.В. Пикалов // Грузовое и пассажирское автохозяйство. – 2007. – № 9. – С. 43 – 48.
3. *Расследование дорожно-транспортных происшествий / под общ. ред. В.А. Федорова, Б.Я. Гаврилова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство «Экзамен», 2003. – 464 с.*
4. *Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1584 с.*

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ СРЕДИ СТУДЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

Рыбалко Н.М.

Оренбургский государственный университет, г. Оренбург

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 (Кулаков В.И., 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, 2005). 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 молодёжи, 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.

Список литературы:

1. **Кулаков, В. И.** *Гинекология* / В. И. Кулаков. – Москва, 2005. - 17 с.
2. **Холимова, Д. Р.** *Этническое самосознание как фактор развития индивидуальности* / Д.Р. Холимова // *Психологический журнал*. - 2008. - Т. 17. - № 5. - С. 69 -75.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРЕПОДАВАНИЮ ВАЛЕОЛОГИИ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Нотова С.В., Дубровина Г.В., Малышева Н.В.

Оренбургский государственный университет, г. Оренбург

Создание здоровьесберегающей среды в образовательном учреждении включает многие аспекты режима и содержания его функционирования.

Построение здоровьесберегающего пространства образовательного учреждения представляет собой сложный и длительный процесс, реализация которого требует учета всего многообразия факторов, определяющих само образовательное пространство.

Поэтому нельзя добиться конечного результата, если с самого начала образовательное учреждение не имеет стройной и последовательной программы работы в этом направлении, в которой не были бы учтены во всем многообразии взаимосвязи тех ее аспектов, исключение любого из которых не позволяет рассматривать ее конечный результат именно как системы.

Обязательным требованием должно быть то условие, что определение приоритета здоровья образовательного учреждения является той общей идеей, которая объединяет и сплачивает работу всех участников образовательного процесса, и, прежде всего, педагогов.

Как показывает практика, чаще всего для этого важнейшим условием является активная позиция администрации образовательного учреждения, направленная на придание образовательной системе здоровьесберегающего и безопасного характера.

В учебной работе основное внимание должно быть обращено на включение в учебный план специальной дисциплины - валеологии.

Думается, что основными исходными посылками в разработке программы формирования безопасного и здоровьесберегающего образовательного пространства должны быть следующие.

1. Придание всему образовательно-воспитательному процессу максимально возможного индивидуально ориентированного характера с целью возможно полной самореализации личностного потенциала студентов.

2. Повышение уровня здоровья студентов.

3. Воспитание культуры здоровья студентов.

4. Повышение валеологической компетентности преподавателей.

5. Валеологическая экспертиза и придание образовательно-воспитательному процессу безопасного и здоровьесберегающего характера.

6. Валеологическое просвещение родителей.

7. Создание условий в образовательном учреждении для обеспечения здоровья и безопасности студентов и преподавателей.

Важно, чтобы валеологическая экспертиза носила постоянный характер, а результаты ее были основанием для внесения корректив в учебно-воспитательный процесс. Для этого необходимо таким образом спланировать и скоординировать работу, чтобы в формировании здоровьесберегающей среды

образовательного учреждения каждый из участников образовательного процесса вносил свой вклад в разработку проблемы только в этом случае можно говорить о том, что работа по обеспечению здоровья является общим делом всего коллектива и «обречена» на успех.

Так как непосредственными участниками образовательного процесса являются и студенты, и преподаватели, и родители, то необходимо крайне корректно определить ту «нишу», которую каждый из них может занять в разрешении вопроса. Однако при этом, естественно, особое место должны занять определенные должностные лица. Для этого с учетом особенностей образовательного учреждения, его штата необходимо разработать те аспекты его работы, которые были бы ориентированы на создание здоровьесберегающего образовательного пространства, однако при этом органично бы включались в его непосредственную профессиональную деятельность.

Таким образом, формирование здоровьесберегающей образовательной среды в высшем образовательном учреждении представляет собой довольно обширную и по времени и по объему работу. Естественно, что выполнить ее в полном объеме в короткий промежуток времени (даже в течение одного учебного года) весьма проблематично, поэтому необходимо разработать детальную программу и поэтапный план ее выполнения только в этом случае сама работа будет носить целенаправленный характер, позволяющий рассчитывать на успех.

Для преподавания валеологии (культуры здоровья) следует приглашать либо специалиста с высшим медицинским образованием, либо педагога-валеолога, прошедшего специальную переподготовку или стажировку при соответствующем профессиональном учебном заведении.

В процессе преподавания педагог должен придерживаться известного высказывания, что «студент не сосуд для знаний, который нужно наполнить, а факел, который надо зажечь». Но для того, чтобы «зажечь», прежде всего, надо заинтересовать, а это возможно только при активном, осознанном его отношении к информации. В связи с этим важно, чтобы любой новый учебный материал включал прикладную, а еще лучше - практическую компоненту: где, когда, как в жизни могут пригодиться эти знания. Такой подход обеспечит осознание подростка важности осваиваемого материала, его необходимости для его настоящей или будущей жизни. Поэтому изучаемый материал необходимо постоянно экстраполировать на практику, связывать с повседневной жизнью. Лучше всего это получается в том случае, когда студенту предлагается самому найти варианты использования изучаемой информации или явления в практике как подтверждение важности изучаемого материала.

Анализ показывает, что в подавляющем числе тем любого учебного предмета можно такую компоненту выделить. Если же студент не понимает значимости учебного материала («а зачем мне это нужно - только чтобы получить оценку?»), то и избирательно работающая ЦНС сразу после получения оценки помогает ему довольно быстро забыть ненужный, с его точки зрения, материал. В таком случае нарушается системность в освоении основ знаний, и каждый новый материал оказывается как бы оторванным от

предыдущего, самостоятельным и даже надуманным. Это вызывает ощущение неудовлетворенности и создает условия для формирования устойчивого, хронического дистресса со всеми вытекающими отсюда отрицательными для здоровья последствиями. Вот почему основным подходом к организации и методике обучения должен стать дидактический принцип сознательности и активности, предполагающий осознанное, а отсюда - и заинтересованное отношение к усвоению учебного материала.

Список литературы:

1. **Акбашев, Т.Ф.** Педагогика жизни / Т.Ф. Акбашев. - Ростов н/Д, 1993. – 234 с.

2. **Анисова, Е.А., Барбараи, Н.А., Барков, Л.В., Блинова Н.Г.** Образование. Личность. Здоровье. / Е.А. Анисова, Н.А. Барбараи, Л.В. Барков, Н.Г. Блинова. - Кемерово, 1996. - 160 с.

3. **Башук, В.Г., Хахалев, Э.Н.** Валеологическая направленность обучения в медицинском колледже / В.Г. Башук, Э.Н. Хахалев // III национальный конгресс по профилактической медицине и валеологии, С.-Петербург, 1996. - Тез. докл. - СПб., 1996. - С. 26-27.

4. **Бердников, И.Г.** Теоретические основы формирования валеологической культуры личности учителя: Автореф. дис. ... д-ра пед. наук. / И.Г. Бердников. - М., 1998. - 33 с.

5. **Валагов, А.Г., Волобоев, Н.А.** К обоснованию необходимости преподавания валеологии / А.Г. Валагов, Н.А. Волобоев // IV национальный конгресс по профилактической медицине и валеологии; II национальный конгресс по натуротерапии и рекреации: сборник трудов; С.-Петербург, 1997. - СПб.: Издат. дом "Здоровый мир", 1997. - С. 36.

6. **Валеологические аспекты образования: учеб. метод. пособие / Кемеров. обл. ин-т усовер. учителей и др.** - Кемерово: Кемеров. ОблИУУ, 1995. - 202 с.

7. **Валеологическое образование в педагогическом вузе / Л.П.Макарова, В.П.Соломин, Ю.Л.Варшамов и др.** // III национальный конгресс по профилактической медицине и валеологии, С.-Петербург, 1996 г: тез. докл. - СПб., 1996. - С. 107 - 108.

8. **Валеологическое образование (проблемы, поиски, решения): Сб. науч. тр.** - Липецк: Межвуз. центр валеологич. образования, 1996.

9. **Валеология: Программа для учителей, воспитателей дошкольных учреждений и студентов высших учебных заведений / Под рук. Р.И.Айзмана, А.Г.Щедрина, Г.Н.Жарова.** - Новосибирск, 1996.

10. **Валеология: учеб. пособие / Рос. гос. пед. ун-т им. А.И.Герцена.** - СПб.: Образование, 1995. - 204 с.

11. **Воронцова, В.Г., Колбанов, В.В.** Особенности становления педагогической валеологии в России / В.Г. Воронцова, В.В. Колбанов // Здоровье и образование. Проблемы педагогической валеологии: материалы I Всероссийской науч.-практ. конф. - СПб., 1995. - С. 3 - 5.

12. Галева, С.Г., Гильмеева, Р.Х. Экология человека - методологическая основа валеологического образования / С.Г. Галева., Р.Х. Гильмеева // Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей: Тез. докл. V Междунар. науч.-практ. конф. - Ижевск: Изд-во Удм. ун-та, 1996. - С. 332 - 333.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ В СОВРЕМЕННОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ ВУЗЕ

**Науменко О.А., Барышева Е.С., Нотова С.В., Черемушникова И.И.,
Фомина М.В.**

Оренбургский государственный университет, г. Оренбург

В последние годы во всём мире отмечается всё возрастающее противоречие между общественными потребностями в хорошем здоровье и его неблагоприятными сдвигами, растущей деформацией биологической природы человека. Снижаются функциональные резервы организма, нарушается реактивность и резистентность, процессы саморегуляции и репродукции, рождается ослабленное потомство.

По некоторым данным, до 30 % студентов профессионально непригодны из-за низкого уровня здоровья. Однако, большинство учащейся молодёжи не ставит здоровье на первое место в ряду своих жизненных ценностей. Реализовать свой интеллектуальный, нравственный, физический и репродуктивный потенциал может только здоровый человек.

На первый план выходит:

- стратегия приоритетов;
- идея единого образовательного пространства;
- создание условий подготовки специалиста.

Нормативную основу и стратегические линии развития этой системы определяют такие основополагающие документы, как Национальная доктрина образования РФ «Об образовании», Федеральная программа развития образования, национальные проекты по образованию и здравоохранению предложенные президентом России В.В.Путиным.

Тревогу ученых и врачей вызывает тот факт, что в России показатели смертности от неинфекционных заболеваний, значительно выше, чем в странах Европы. Особо настораживает тот факт, что 50 % всех случаев смертей вызваны нездоровым образом жизни, из 10 главных причин смерти 7 имеют поведенческую этиологию.

По данным ряда авторов, улучшение образа жизни и окружающей среды снижает на 50 % и 20 % соответственно показатели смертности и заболеваемости, тогда как только лечебное вмешательство – на 10 %. Образ жизни, по латыни «модус вивенди», - это система взаимоотношений человека с самим собой и факторами внешней среды.

Здоровый образ жизни определяют, как типичные для данной общественно – экономической формации формы жизнедеятельности людей, укрепляющие адаптационные возможности организма человека, способствующие полноценному выполнению им социальных функций и достижению активного долголетия. Кроме того, тот или иной способ жизнедеятельности может быть охарактеризован как здоровый только в том

случае, если социальное и биологическое в целостной истории человека взаимно уравновешивают и дополняют друг друга.

В современном здравоохранении уделяется всё большее внимание факторам риска. При этом речь идёт не только о раннем выявлении первых признаков болезни, но и о предсказании степени вероятности её развития. Поэтому борьба с курением, разработка сбалансированного питания, борьба с избыточной массой тела, гиподинамией и другими факторами риска, как наиболее эффективные меры развития первичной профилактики ряда заболеваний.

Данная работа выполнялась в Оренбургском государственном университете с 2000 по 2009 годы. В исследовании приняло участие 11127 студентов 16 факультетов и более 100 специальностей Оренбургского государственного университета.

Одной из приоритетных задач Оренбургского государственного университета, является задача укрепления здоровья студентов и сотрудников, на основе внедрения в образовательную среду новых организационных, медицинских, образовательных и информационных технологий.

Для реализации поставленной задачи в ОГУ на протяжении 11 лет создавалась многоуровневая система здоровьесбережения, направленная на решение следующих задач:

1. Создание комплексной системы мониторинга здоровья обучающихся, преподавателей и сотрудников.

2. Обеспечение условий труда, быта, обучения и организация производственного контроля за соблюдением требований СанПиН.

3. Реформирование и развитие системы здравоохранения университета.

4. Создание современной учебной, научной, методической и организационной системы обеспечения программы образования в области здоровья.

5. Формирование мотивации к здоровому образу жизни и обеспечение доступа к объективной и достоверной информации о состоянии здоровья и ходе выполнения проводимых мероприятий для всех участников образовательного процесса (рисунок 1).

Успешное решение задач обеспечивается выполнением следующих принципов:

1. Приоритет первичной профилактики направленной на выявление и устранение причин заболеваний.

2. Внутренние и внешние многоуровневые интеграции и партнерства.

3. Системный подход и верификация полученных результатов критериям эффективности.

4. Адаптация к действующим нормативно-правовым актам на региональном и федеральном уровне.

5. Открытость здоровьесберегающей деятельности ВУЗа и распространение опыта.

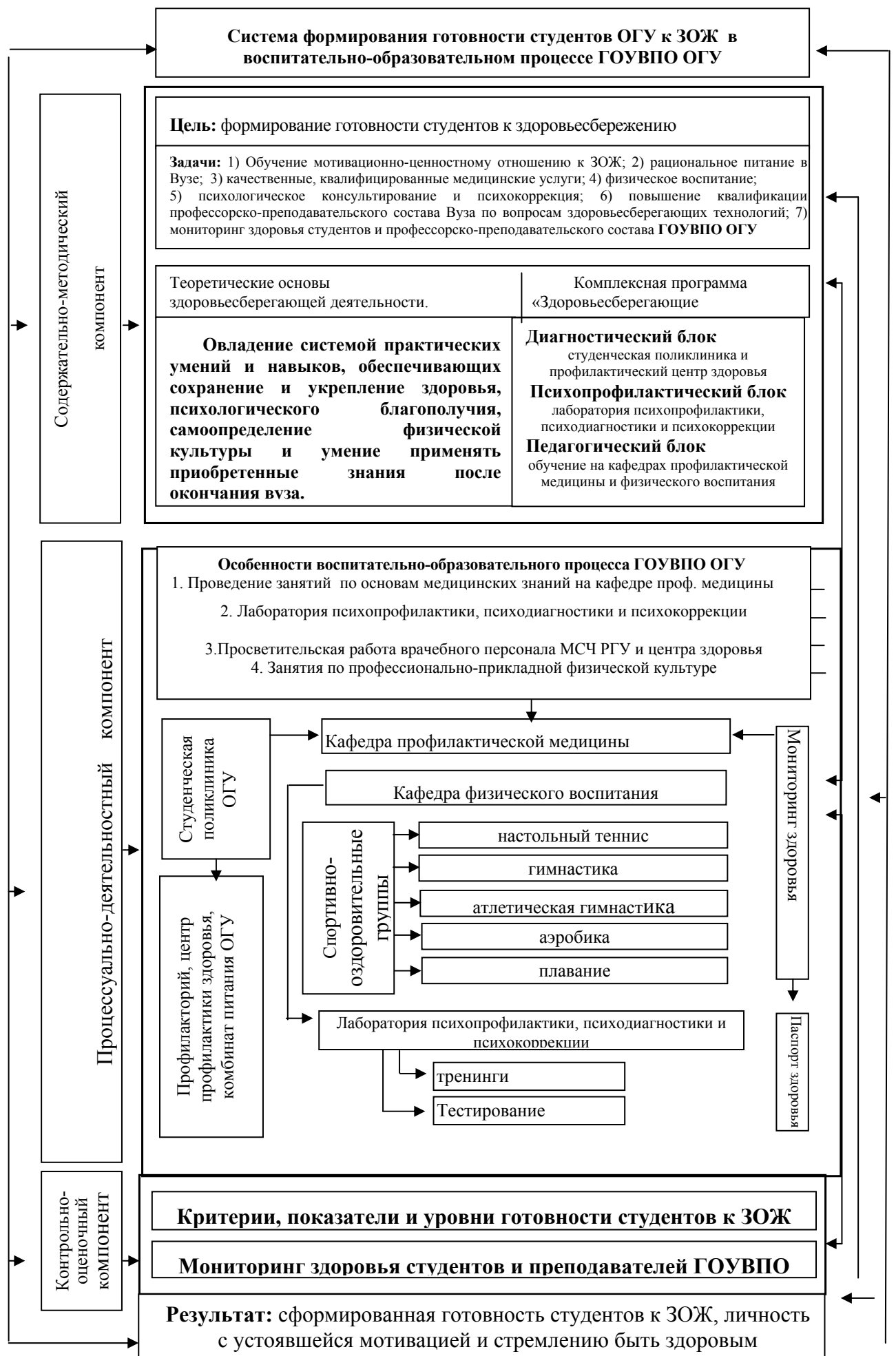


Рисунок – 1. Модель формирования готовности к здоровьесбережению студентов ГОУВПО ОГУ

Формирование здоровьесберегающей системы в Оренбургском государственном университете осуществлялось на протяжении 11 лет. Основными структурными подразделениями ВУЗа, осуществляющими руководство и взаимодействие всех участников образовательного пространства, являются: администрация университета в лице ректора и проректора по социально-воспитательной работе; деканаты всех факультетов; кафедры профилактической медицины; физического воспитания; психологии личности; Медико-санитарная часть ОГУ; санаторий-профилакторий; Центр содействия укреплению здоровья; СМИ; при активном вовлечении в процесс здоровьесбережения студентов и преподавателей ВУЗа (рисунок 2).

Организационная структура здоровьесберегающей системы ОГУ

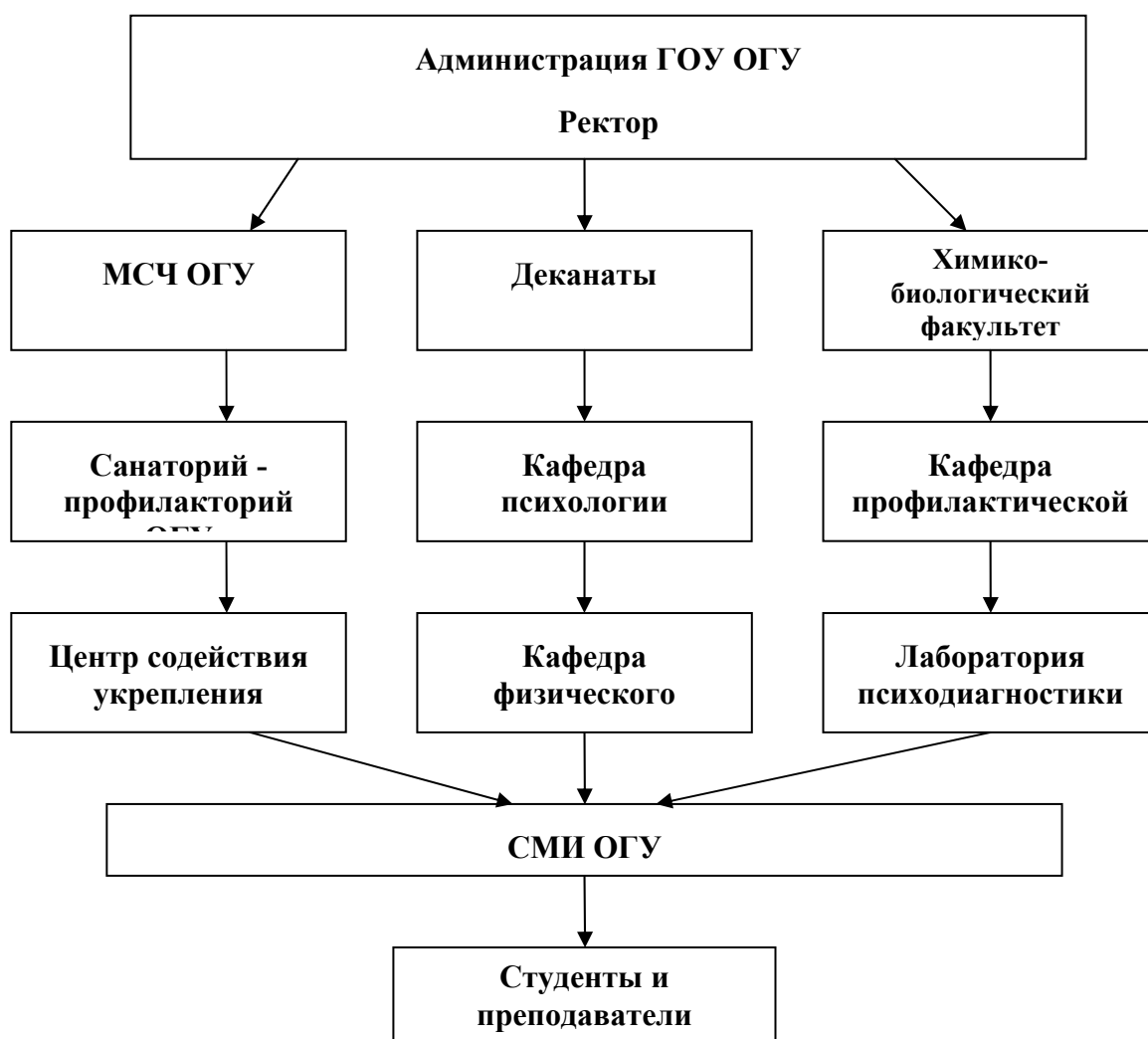


Рисунок 2 – Схема организации здоровьесберегающей системы в Оренбургском государственном университете

Здоровьесберегающая деятельность в Оренбургском государственном университете является составной частью социально-воспитательной работы, которую под руководством ректора и проректора по социально-воспитательной работе проводит Совет по социально-воспитательной работе.

Деятельность структурных подразделений ОГУ, осуществляющих образовательные, социальные, воспитательные, спортивные и медико-профилактические функции, регламентируются соответствующими положениями о структурных подразделениях и Уставом ОГУ.

Становление и развитие здоровьесберегающей системы в Оренбургском государственном университете проводилось в рамках реализации комплексной программы «Образование и здоровье». Целью программы являлось создание работающей комплексной модели укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни студентов и сотрудников, путем консолидации усилий всех структурных подразделений ВУЗа.

Поставленная цель была реализована путем внедрения многоуровневой системы здоровьесбережения, направленной на укрепление и сохранение здоровья всех субъектов образовательного процесса. Система состоит из четырех взаимосвязанных уровней: скринингового, информационно-аналитического, организационно-профилактического и образовательного (рисунок 3):

1 уровень скрининговый – заполнение студентами индивидуальных «Паспортов здоровья», проведение скрининговых исследований, направленных на оценку состояния физического, психического и социального здоровья, определение уровня факторов риска и диагностика неинфекционных заболеваний на донологическом уровне на кафедре профилактической медицины ОГУ.

2 уровень информационно-аналитический - заполнение компьютерной базы данных общеуниверситетской программы «Мониторинг здоровья студентов», проведение анализа и прогноза показателей здоровья студентов. Обсуждение результатов с администрацией ВУЗа, врачами поликлиники, санатория профилактория, деканатами, студенческим активом и выработка направлений профилактического вмешательства. Разработка и проведение необходимых образовательных и оздоровительных мероприятий на уровне университета.

3 уровень организационно-профилактический - передача данных в студенческую поликлинику ОГУ и формирование 3 групп студентов: 1) здоровых; 2) группы риска; 3) с хроническими неинфекционными заболеваниями с разработкой индивидуальных оздоровительных программ. Проведение ежегодной диспансеризации студентов и сотрудников на базе студенческой поликлиники ОГУ и оздоровление в условиях студенческого санатория – профилактория. Проведение комплекса мероприятий по охране зрения, оптимизации питания, профилактики дизадаптации, изменению условий обучения и медицинского обслуживания.

4 уровень образовательный включает мероприятия, направленные на обучение студентов и сотрудников основам здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Обучение студентов всех специальностей дисциплинам «Валеология» и «Основы медицинских знаний», с оценкой полученных знаний и навыков. Обучение преподавателей ОГУ основам медицинских знаний на курсах последипломной подготовки, подготовка и издание учебных пособий и методических рекомендаций. Организация и

проведение Международных и Всероссийских научно-практических конференций «Здоровьесберегающие технологии в образовании», публикация результатов научных исследований.



Рисунок 3 - Система здоровьесбережения в ОГУ

В программе «Образование и здоровье» с 2001 по 2005 годы приняло участие 11127 студентов и 3500 сотрудников Оренбургского государственного университета. В ходе реализации программы был проведен анализ состояния физического, психического и социального здоровья студентов и сотрудников университета, изучена распространенность неинфекционных заболеваний и их

факторов риска и установлены приоритетные стратегии программы «Образование и здоровье».

С 2006 года в Оренбургском государственном университете внедрена компьютерная программа «Мониторинг здоровья студентов», адаптированная к системе высших учебных заведений. Создание программы позволяет проводить комплексный анализ состояния здоровья, разрабатывать маршруты оздоровления и формировать рекомендации по улучшению здоровья на этапах: кафедра профилактической медицины – студенческая поликлиника – санаторий профилакторий ОГУ. В 2007 году компьютерная программа «Мониторинг здоровья студентов» зарегистрирована Российской Федеральной службой по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам, представлена на VII Московском международном Салоне инноваций и инвестиций и награждена бронзовой медалью лауреата. Мониторинг предусматривает динамическое наблюдение за такими параметрами, как состояние индивидуального здоровья студентов, распространенность поведенческих факторов риска (курения, употребления алкоголя, нерационального питания, избыточной массы тела и низкой двигательной активности), оценку полученных знаний, умений и навыков по сохранению здоровья, изменению ценностных ориентаций студентов и преподавателей в отношении своего здоровья. В ежегодную выборку включаются по 1500 юношей и 1500 девушек - студентов различных специальностей университета. Результаты мониторинга состояния здоровья 12000 студентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Мониторинг распространенности основных факторов риска неинфекционных заболеваний среди студентов ОГУ в %

Год наблюдения	Курение	Алкоголизация	Стресс	Низкая двигательная активность	Избыточная масса тела	Артериальная гипертензия
2003	30,9±0,94	20,6± 0,53	11,8±0,89	50± 0,87	12,9± 0,68	6,7± 0,94
2006	19,49±0,46	9,05± 0,41	6,2±3,2	30,64± 0,34	8,0± 0,30	2,43± 1,2
2007	20,83±0,41	11,16± 0,68	2,2±1,2	20,97± 0,51	6,3± 0,18	3,42± 1,2
2008	19,56±0,78	11,01± 0,67	4,5±2,2	20,96± 0,51	5,2± 0,29	1,2± 1,2

Примечание: значком * отмечены достоверные различия между 2003 и 2008 гг. ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$.

Полученные результаты свидетельствуют о достоверном стабильном снижении среди студентов распространенности всех факторов риска в 2006-2008 гг., по сравнению с 2003 годом – началом внедрения программы в ОГУ. Наиболее значимыми результатами программы «Образование и здоровье»

является снижение распространенности в студенческой среде курения - на 10%, алкоголизации на 9 %, уровня стресса в 2 раза, избыточной массы тела в 2 раза, артериальной гипертензии в 5,5 раза. Низкая двигательная активность (по данным ВОЗ, за низкую двигательную активность принимается частота занятий спортом менее 3 раз неделю, т.е. только в рамках учебной программы) регистрируется среди 21% студентов, которые занимаются физкультурой 2 раза в неделю, что свидетельствует о том, 80% постоянно занимается спортом.

Для оценки эффективности программы «Образование и здоровье» в 2009 году было проведено анкетирование 3560 студентов. В ходе анкетирования установлено, что все студенты (100%), завершившие изучение дисциплин «Валеология» и «Основы медицинских знаний», повысили уровень знаний по вопросам сохранения и укрепления здоровья; 64% - стали более бережно относиться к своему здоровью и здоровью своих близких, 10 % бросили курить, 30% студентов увеличили свою двигательную активность и начали заниматься спортом, 21% - научились справляться со стрессом, 43% - оказывать первую помощь при травмах и несчастных случаях. Данный факт свидетельствует об эффективности здоровьесберегающей деятельности Оренбургского государственного университета.

Четырехуровневая система здоровьесбережения позволила сформировать ценностную ориентацию студентов на здоровье, снизить уровень поведенческих факторов риска и повысить уровень знаний студентов в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

Итогом здоровьесберегающей деятельности Оренбургского государственного университета стало создание единой организационной структуры, осуществляющей руководство и взаимодействие всех участников образовательного пространства ВУЗа.