

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ЗАЛОГ
БЕЗОПАСНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖИ:
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

**МАТЕРИАЛЫ
IX Международной научно-практической конференции
(г. Челябинск, 10–11 ноября 2016 г.)**

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет»

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ЗАЛОГ БЕЗОПАСНОЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

**МАТЕРИАЛЫ
IX Международной научно-практической конференции
(г. Челябинск, 10–11 ноября 2016 г.)**

Челябинск
2016

УДК 613.4 (06):371.011 (06)
ББК 51.204 я 43:74.200.555 я 43
3–46

Здоровьесберегающее образование – залог безопасной жизнедеятельности молодежи: проблемы и пути решения: материалы IX Междунар. науч.-практ. конф., г. Челябинск, 10–11 нояб. 2016 г. / под науч. ред. З.И. Тюмасевой. – Челябинск: Изд-во Юж.-Урал. гос. гуман.-пед. ун-та, 2016. – 195 с.

ISBN 978-5-906908-17-9

В сборнике представлены статьи специалистов из разных регионов России и зарубежных ученых, отражающие психолого-педагогические, социально-медицинские, экологические аспекты здоровья человека на современном этапе, отражена роль здоровьесберегающих технологий в сохранении и укреплении здоровья; вопросы тьюторского сопровождения здоровьесбережения и формирования готовности педагогов к оздоровительной работе в образовательных учреждениях; опыт экологического образования и просвещения населения; физкультурно-оздоровительная деятельность образовательных организаций, формирование культуры природолюбия у подрастающего поколения, а также профилактика потребления психоактивных веществ и пропаганда здорового образа жизни.

Материалы будут интересны преподавателям высших и средних специальных учебных заведений, общеобразовательных организаций, тьюторов, психологов и других специалистов системы здравоохранения и образования.

Научный редактор: З.И. Тюмасева, д-р пед. наук, профессор

Редакционная коллегия: А.А. Саламатов, д-р пед. наук, профессор
М.В. Потапова, д-р пед. наук, профессор
Е.Б. Быстрой, д-р пед. наук, профессор
И.Л. Орехова, канд. пед. наук, доцент
Б.А. Артеменко, канд. биол. наук, доцент
А.Н. Романова, канд. мед. наук, доцент

ISBN 978-5-906908-17-9

© Коллектив авторов, 2016
© Издательство Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Арпентьева М.Р. Психологическая помощь студентам в контексте профилактики и коррекции нарушений репродуктивного здоровья	7
Артеменко Б.А., Гетманец Е.Е. Анализ уровня сформированности представлений о здоровом образе жизни студентов педагогического вуза	10
Атаманова Г.И., Дувалина О.Н. Требования к написанию авторской программы учителя средней школы, направленной на сохранение здоровья школьников в процессе обучения	13
Афросин О.В., Мамылина Н.В. Построение тренировочного процесса боксеров массовых разрядов	16
Бахтин Ю.К., Буйнов Л.Г., Макарова Л.П., Плахов Н.Н. Валеология – наука о здоровье, основа формирования здорового образа жизни	19
Бобин С.А., Мамылина Н.В. Эффективность применения тренировочных упражнений, включающих элементы барьерного бега, при подготовке младших школьников к сдаче нормативов комплекса ГТО	28
Буркова Е.А., Данилова И.И., Ставрова К.А. Инновационный подход к реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, родившимися недоношенными	31
Буркова Е.А., Санникова Т.А. Логопедическая игра «Самый умный в детском саду»	35
Валеева Г.В. Методика «Иерархия приоритетов личного развития: моделирование и эффективное планирование жизни»	38
Велижанцева С.О. Трофические связи складчатокрылых ос (Hymenoptera, Vespidae) Южного Урала	40
Гаврилова Е.И., Артеменко Б.А. Формирование безопасного поведения учащихся в начальной школе	41
Ганченкова Г.П., Сурина-Марышева Е.Ф., Яковлева В.П., Заварухина С.А., Пирогова И.Ю., Волкова Л.Н. Капоэйра в работе с дошкольниками	44
Ганченкова Г.П., Сурина-Марышева Е.Ф., Яковлева В.П., Пирогова И.Ю., Волкова Л.Н. Модель формирования здоровьесберегающего пространства в системе дошкольных образовательных учреждений (по итогам работы экспериментальной площадки за период 2013–2016 гг.)	47
Гладкая Е.С. Возрастные особенности формирования самосохранительного поведения личности	50
Дацко А.В., Мамылина Н.В. Здоровьесбережение – неотъемлемый компонент учебно-тренировочного процесса юных дзюдоистов	52
Деревцова В.Т. Индивидуально-образовательная программа как одно из условий тьюторской поддержки по формированию основ эколого-валеологических представлений у дошкольников с ранним детским аутизмом	55
Дудченко З.Ф. Мотивация здорового образа жизни	57
Журина Т.Е., Кириенко С.Д. Использование здоровьесберегающих технологий в дошкольных образовательных организациях	60
Зеленко М.А. Развитие координационных способностей у детей в спортивной акробатике	62
Ионина А.Е. Факторы, определяющие имидж руководителя образовательного учреждения	64

Камскова Ю.Г., Павлова В.И., Сарайкин Д.А., Сегал М.С. Адаптация человека к экстремальным факторам внешней среды	66
Кастян И.Р., Меркурьев Д.А., Верхотурцева М.Н. Эффективность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у ВИЧ-инфицированных детей	69
Кафтан К.И., Тюмасева З.И. Структурная модель тьюторского сопровождения сохранения и укрепления здоровья младших школьников в условиях семьи	72
Колыванова Л.А., Носова Т.М. Принципы развития экологической культуры в инклюзивном образовании средствами зоологического музея	74
Куприна Л.Е. Здоровьесберегающие образовательные технологии – путь к формированию эколого-валеологической компетенции младших школьников	77
Ле-ван Т.Н. Здоровьесозидающие смыслы педагогического труда и их актуализация в процессе тьюторского сопровождения профессионального развития работников образования	78
Малозёмова И.И., Стрельникова А.А., Малозёмов О.Ю. Ценностное отношение к здоровью у девушек 11–14 лет, занимающихся художественной гимнастикой	82
Малярчук Н.Н. Миссия инклюзивного пропедевтического центра	84
Махиня Е.Г. Ретинопатия недоношенных. Проблемы диагностики	87
Морозова И.В., Миронова В.М. Гуманистический подход как духовно-нравственная основа здорового образа жизни и устойчивого развития личности в профилактике потребления психоактивных веществ среди молодежи	91
Москвина И.В. Особенности применения здоровьесберегающих технологий на уроках химии	92
Нерознак Т.А. Современные концепции организации тренировочного процесса в беге на средние дистанции	94
Нерознак Т.А. Аэробные способности и особенности его развития у бегунов на средние дистанции	98
Носов Д.Н. Планирование тренировочного процесса у юношей, занимающихся толканием ядра	102
Обухова К.А., Пономарева Л.И. Интегративно-содержательная модель формирования ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза	104
Орехова И.Л., Шурупова М.В. Персонифицированная модель повышения квалификации педагогов в области здоровьесбережения	109
Орехова Т.Ф. Речь учителя как фактор здоровьесбережения	113
Осинина А.А., Щелчкова Н.Н. Психофизические особенности старших дошкольников с ограниченными возможностями здоровья (умственная отсталость лёгкой степени)	118
Павлова В.И., Павлов Б.С., Сарайкин Д.А. Здоровье и физическая культура населения как основа воспроизводства человеческой общности	121
Первушина К.Г. Здоровьесберегающие технологии на занятиях по английскому языку с детьми дошкольного возраста	126
Пешин В.Е., Мамылина Н.В. Теоретические основания исследования проблемы прикладной физической подготовки учащихся общеобразовательных учреждений	128
Рогожина А.В., Минина Е.В. Здоровьесберегающая среда как системообразующий фактор формирования информационной культуры школьников	131
Романова А.Н., Богайчук Е.А., Шевченко Н.А. Неврологические особенности осложнений ветряной оспы у детей	134
Романова А.Н., Зайцева И.Н., Лопатина О.В. Динамика показателей неврологического здоровья детей, родившихся с низкой массой тела	136

Романова А.Н., Романова Е.А., Сазонова П.А. Головная боль напряжения у подростков как показатель нарушения безопасности образовательной среды	138
Романова А.Н., Сахаутдинова Н.Г., Оликова Н.Ю. Микротоковая рефлексотерапия (МТРТ) – инновационная методика при реабилитации последствий органических поражений нервной системы	141
Романова А.Н., Шепелева Е.С., Романова Е.А. Ранние неврологические осложнения сахарного диабета 1 типа у детей	144
Романова Е.А., Романова А.Н., Сигалов Д.О. Социальный портрет родителей детей с поражением центральной нервной системы как отражение уровня медицинской культуры населения	147
Салахова Н.Г., Питакова Ю.В. Опыт применения метода общей терапевтической гипотермии в неонатологии у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией	150
Салахова Н.Г., Романова А.Н., Дубровская А.М. Особенности когнитивного развития детей, перенесших неонатальную гипогликемию	153
Сафронова К.А., Миронова В.М., Казарина А.С. Реализация физкультурно-оздоровительных технологий в образовательном процессе студентов УралГУФК	157
Семёнкина Е.А., Трубина Л.Н. Использование ситуационных задач на уроках основ безопасности жизнедеятельности по различным разделам программы	159
Сибилёва Л.В. Анализ решения проблемы безопасности жизнедеятельности подрастающего поколения	160
Симонова К.С., Миронова В.М. Психофизическая рекреация женщин зрелого возраста методами восточно-оздоровительной гимнастики	163
Тимофеева А.О., Трубина Л.Н. Опорные конспекты по основам безопасности жизнедеятельности	165
Третьякова Н.В. Деятельность образовательных организаций в области охраны и укрепления здоровья обучающихся: механизмы обеспечения качества	167
Тюмасева З.И. Разнообразие насекомых как необходимый компонент устойчивости экосистем Сургутской низины	170
Тюмасева З.И., Гуськова Е.В. Эколога-фаунистический обзор кокциnellид (Coleoptera, Coccinellidae) средней тайги Среднего Приобья (Россия)	173
Тюмасева З.И., Левченко А.Б. Физическая подготовка младших школьников средствами физической культуры к сдаче норм ГТО	177
Федоткина Ю.О., Малозёмова И.И. Готовность педагогов дошкольных образовательных организаций к инклюзивному образованию	180
Хуснутдинова З.А., Кабиров Т.Р., Голубков С.А. Роль физической культуры в профилактике употребления школьниками психоактивных веществ	182
Цунский Н.В., Назарова М.В., Просекова Е.В. Вегето-висцеральные нарушения (особенности функции сердечно-сосудистой системы) у детей первого года жизни, перенесших церебральную ишемию	186
Чертюк Н.В., Мамылина Н.В. Способы восстановления движений в лучезапястном суставе травмированной конечности у женщин зрелого возраста	189
Щинова Н.А. Особенности тьюторского сопровождения в условиях открытой образовательной среды	192



Наука о здоровье должна быть интегральной, рождающейся на стыке экологии, биологии, медицины, психологии, педагогики и других наук.

И.И. Брехман

*Чтобы быть здоровым,
нужны собственные усилия,
постоянные и значительные.
Заменить их нельзя ничем!*

Н.М. Амосов



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТУДЕНТАМ В КОНТЕКСТЕ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. Статья посвящена анализу проблем психологической помощи студентам в контексте профилактики и коррекции нарушений репродуктивного здоровья и потерь репродуктивного здоровья как результата разрушений традиционных духовно-нравственных ценностей, их социальных, психологических и психосоматических следствий. Нарушения репродуктивного здоровья связаны с нежеланием и неготовностью студентов как реальных или потенциальных родителей быть родителями: обеспечивающими нравственное благополучие наставниками и воспитателями, обеспечивающими психологическое благополучие друзьями и компаньонами, а также обеспечивающими материальное благополучие опекунами детей.

Ключевые слова: семья, брак, репродуктивное здоровье, репродуктивный потенциал, бесплодие, родительство, секс, аборт, венерические заболевания, промискуитет, гражданский брак, нравственность.

Arpentieva M.R.

Kaluga State University by K.E. Tsiolkovsky, Kaluga, Russia

Psychological assistance to students in the context of prevention and correction of violations of reproductive health

Abstract. The article is devoted to a review of problems of the reproductive health and loss of reproductive health in student age as a result of the destruction of traditional moral values, their social, psychological and psychosomatic aspects. When harmony highlighted these aspects of reproductive health has long maintained and quickly restored: the man correctly relates to self and life, and his children are born healthy and highly viable. Reproductive health is associated with unwillingness and reluctance of potential parents to be parents: to ensure the moral well-being of mentors and educators, providing psychological well-being friends and companions, and provide material well-being guardians of the children. Children reflect the reluctance and unwillingness of parents increased morbidity, trauma and even deaths from the obvious to the hidden from the eyes of others children-murdered trends.

Keywords: family, marriage, reproductive health, reproductive potential, infertility, parenting, sex, abortion, venereal disease, promiscuity, marriage, morality.

Нарушения репродуктивного здоровья юношей и девушек, молодых мужчин и женщин – одна из ведущих тем сегодняшней повседневности: рост количества бесплодных пар и бездетных браков, генные и иные врожденные аномалии родов и при родах, детоцид и промискуитет и иные формы нарушений репродуктивного поведения и здоровья даже у самых молодых людей настолько распространены, что чаще вызывает удивление их отсутствие, чем наличие. Вместе с тем психологические и нравственные аспекты данной проблемы, несмотря на их роль в работе со студентами и иными молодыми людьми, остаются во многом нераскрытыми и недооцененными. Таким образом, психологические аспекты репродуктивного здоровья студенческой и рабочей молодежи женщин и мужчин – одна из наименее изученных тем как в психологических, так и в ме-

дицинских сферах исследований. Вместе с тем психологическая помощь студентам обязательным образом должна быть обращена на работу в сфере профилактики и коррекции нарушений репродуктивного здоровья: формирование и укрепление грамотного отношения к себе как к личности, к своему телу и душе, а также к партнеру, его личности, телу и душе, будущим или уже появившимся на свет детям. Правильные ориентации и понимание себя и мира помогают человеку быть здоровым во всех сферах, а правильные ориентации в сфере семейных отношений помогают быть здоровым не только человеку, но и обществу. И наоборот: деструктивные ориентации в обществе разрушают здоровье общества и человека.

Сам по себе концепт «репродуктивное здоровье» является с точки зрения психологии комплексным, включает ряд уровней и компонентов. В качестве ведущих можно назвать: 1) здоровье как нормальное функционирование организма, репродуктивной и остальных систем, гармония и зрелость человека как организма; 2) здоровье как нормальное функционирование личности, ее личностная и межличностная зрелость, включая гармонию и зрелость личностных и межличностных структур, связанных с репродуктивным аспектом жизнедеятельности и отношений; 3) здоровье как нормальное духовно-нравственное функционирование человека, гармония и зрелость его отношений с обществом и государством, с людьми и природой, с мирозданием в целом, в том числе гармония и зрелость духовно-нравственных структур, связанных с репродукцией. Очевидно также, что необходимо гармоничное взаимодействие трех выделенных уровней, а также гармоничное взаимодействие данных уровней и женщины и мужчины. Такое гармоничное и зрелое взаимодействие именуется понятием «совместимость». Данное понятие является в системе знаний о репродуктивном здоровье женщин и мужчин наиболее разработанным, однако, оно не описывает многих важных аспектов этого здоровья, а также не изучено настолько, чтобы делать какие-либо обоснованные выводы. В целом, медицина предполагает, что если нет деформаций и иных нарушений репродуктивной системы, любой человек (женщина или мужчина) способен к репродукции в паре с другим человеком. Психология этого «оптимизма» не разделяет так же, как и не разделяет пессимизма «приговоров», становящихся в практике современной медицины все более типичными («детей не будет»). В нашей собственной практике консультативно-психологической работы со студентами очных и заочных отделений в возрасте 17–45 лет показывают, что «приговоры» достаточно часто не сбываются там, где репродуктивное здоровье человека рассматривается не как отсутствие «нарушений» репродуктивной системы или «несовместимость» репродуктивных систем или организмов родителей, а как целостная система, включающая все три выделенных аспекта.

Понятие «нарушение репродуктивного здоровья» мужчины или женщины также многослойно и включает: 1) нарушения физического здоровья как отклонения от нормального функционирования организма, репродуктивной и остальных систем; 2) нарушения психологического здоровья как отклонения от нормального функционирования личности, ее личностная и межличностная незрелость и дисгармония; 3) нарушения духовного здоровья как отклонения от нормального функционирования человека, дисгармония и незрелость его отношений с мирозданием и жизнью в целом, с точки зрения медицинской психологические и духовные аспекты нарушений вторичны или фоновы, однако, с точки зрения психологов, а также целителей и священников, – они первичны. Не вдаваясь в спор о первичности, отметим те линии и аспекты их взаимодействий, нарушения которых приводит к отклонениям, и те, которые дают возможность сохранять здоровье.

Теоретический анализ проблемы вместе с данными наших наблюдений в ходе **консультативно-психологической** работы с обучающимися вузов Москвы и Калуги на протяжении 1996–2016 гг. позволяют сделать ряд выводов.

1. Ведущей структурой «репродуктивного здоровья» часто выступает не физиологическая, а духовно-нравственная гармония и зрелость человека, которая через посредство «психологической» структуры во многом позволяет гармонизировать функционирование и взаимодействие организмов будущих родителей. Ведущими аспектами духовно-нравственного здоровья человека в отношении репродукции является «репродуктивная свобода» как отсутствие нравственных запретов на процесс репродукции и иных форм интенсивного жизнеотрицания, отсутствие чрезмерной привязанности к партнеру и отношениям с ним (в том числе интимным), отсутствие чрезмерного «эгоцентризма» (гордыни и самолюбования), а также наличие таких установок, как смирение (принятие собственных и чужих недостатков и несовершенства), нравственная обоснованность репродукции (любовь и благоговение перед жизнью), любовь и уважение в отношениях с партнером, родителями и будущими детьми, людьми в целом: терпение и понимание собственного предназначения.

2. Психологическое здоровье человека есть практически непосредственное отражение здоровья духовно-нравственного, оно позволяет человеку продуктивно и эффективно находить и исправлять ошибки функционирования и развития, в том числе в сотрудничестве с партнером и со специалистами (врачами, психологами и т.д.). Так, репродуктивная свобода – следствие отсутствия родовых, родительских и общесоциальных программ – запретов репродукции («принести в подол», «плодить нищету» и т.д.), жизнеотрицание приводит к суицидальному поведению и ряду форм поведения, его заменяющему (лекарственные, пищевые и иные наркомании, включая трудоголизм и т.д.) или отражающему (депрессии и астении и т.д.). Напротив, присутствие спокойной гордости за «продолжение рода» и готовность преодолевать трудности и препятствия жизни, не впадая в отчаяние, не завися от партнера и от окружающих людей, не теряя уважения к себе и людям. Отсутствие гордыни и самолюбования позволяет интересоваться миром, другими людьми, проявлять действенную эмпатию и оказывать взаимопомощь, поддержку слабому ребенку. Весьма важным моментом является отсутствие психологической зависимости от другого человека: недифициентные, свободные отношения, способность не зависеть от настроения и состояний окружающих, их мнения, наличие собственной позиции и «собственной» жизни, отсутствие попыток заменить свою жизнь жизнью друзей, родителей, сиблингов, работой. Важно также наличие осознанного представления о том, «откуда пришел» и «куда движется» человек, гибкость перед лицом «крушения планов» и иных «обстоятельств». При наличии данных аспектов репродуктивное здоровье долго сохраняется и быстро восстанавливается: человек правильно относится к себе и к жизни. Наличие описанных характеристик позволяет оценить репродуктивный потенциал человека.

3. В целом очевидно, что нарушение репродуктивного здоровья связано с тем, что человек как целостность не хочет быть здоровым: ему не нужны дети или он использует отсутствие или наличие детей для достижения иных целей. В последние десятилетия весьма модной стала, например, точка зрения, согласно которой дети как «спиногрызы» поглощают жизненные ресурсы родителей, поэтому ни дети, ни партнер противоположного пола, также способный посягать на время и иные ресурсы человека, – «невыгоден». Распространённость примитивной «экономической модели» брачных и иных отношений как отношений взаимного или одностороннего потребления – использования, является прямым следствием деформаций духовно-нравственных отношений общества и конкретных его представителей к себе и миру, к жизни. Дополнительная модель «секс для здоровья» и «необременительные связи» позволяет игнорировать данные деформации и при возникновении «проблем» (в форме беременности) оправдывать детоцид (аборты и выкидыши) «обстоятельствами». Однако внешние оправдания не так эффективны, как кажется: по

данным современных исследований многочисленны половые связи с разными половыми партнерами негативно сказываются на телесном, психологическом и духовном состоянии человека, а также его потомков.

4. Эгоцентризм и нарушение взаимоотношений с собой и миром – один из центральных факторов бездетности самой разной «этиологии». Ребенок не рождается там, где он не нужен. Второй фактор – внешне «противоположны» связан с тем, что ребенок «очень нужен» для активного использования в целях удовлетворения потребностей родителей. Осуществленные в последние годы исследования пациентов ЭКО и иные формы суррогатно-замещающего родительства, включая популярное сейчас усыновление, опекуновство и т.д., показывают, что клиенты в массе своей не готовы и внутренне не стремятся к рождению ребенка, не представляют, что такое ребенок, в том числе в их жизни [1]. Поэтому психологическая помощь студентам не просто важна, но необходима и именно в направлении развития готовности быть супругом и родителем.

Библиографический список

1. Арпентьева, М.Р. Проблемы жизнеустройства и адаптации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / М.Р. Арпентьева, А.В. Головашкина, Н.Г. Рожкова // Социальная адаптация и благополучие детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: кол. моногр. / под общ. ред. М.Р. Арпентьевой // Профессиональная библиотека работника социальной службы. – М.: ООО Изд-во «Социальное обслуживание», 2015. – № 12. – С. 6–131.

Артеменко Б.А., Гетманец Е.Е.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

АНАЛИЗ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА

Аннотация. В статье проведен анализ уровня сформированности представлений о здоровом образе жизни (ЗОЖ) студентов педагогического университета. С целью оценки уровня сформированности представлений о ЗОЖ предложены следующие критерии: оценка морфофункциональных показателей здоровья, оценка состояния иммунитета респондентов, оценка адаптации к социально-экономическим условиям жизни и оценка уровня валеологических показателей. По результатам полученных эмпирических данных дана общая оценка уровня сформированности представлений о ЗОЖ у студентов.

Ключевые слова: валеологические показатели, здоровый образ жизни, иммунитет, морфофункциональные показатели здоровья, социально-экономические условия жизни, студенты вуза.

Artemenko B.A., Getmanetc E.E.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

The analysis of the level formedness' of representations about a healthy lifestyle of students of pedagogical high school

Abstract. The article analyzes the level of formation of representations about a healthy lifestyle (HLS) students of pedagogical university. In order to assess the level of formation of ideas about healthy lifestyles, offered the following criteria: morphological and functional assessment of health indicators, assessment of the state of immunity of the respondents, the assessment of adaptation to the socio-economic conditions and the assessment of the level valeological indicators. According to the results of

the empirical data gives a general assessment of the level formations' of concepts of healthy lifestyle among students.

Keywords: valeological indicators, healthy lifestyle, immunity, morpho-functional indicators of health, social and economic conditions of life, students of high school.

По данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека, примерно на 50% зависит от образа его жизни, фактор наследственности составляет 20–25%, настолько же значимым является и показатель состояния окружающей среды. Помимо этих критериев, около 10% специалисты ВОЗ отводят на долю национальной системы здравоохранения. Таким образом, мы видим, что значительную роль в здоровье человека играет сформированность у него представлений о здоровом образе жизни.

Опираясь на взгляды З.И. Тюмасевой и др. (2004) о здоровом образе жизни, мы для себя определяем ЗОЖ как поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах и направленное на сохранение и укрепление здоровья [1, с. 158].

Однако в основе здорового образа жизни лежат биологические и социальные принципы. К биологическим принципам относят соответствие образа жизни возрасту, энергетическим потребностям организма, адекватной физической и психической нагрузке; социальные принципы включают нравственное и эстетичное поведение индивида, наличие у него волевых качеств, способности к рефлексии и др. Таким образом, мы можем говорить о единстве индивидуального и общего, то есть о единстве организма и среды. В связи с этим мы можем рассматривать здоровый образ жизни как рациональную организацию жизнедеятельности индивида на базе ключевых биологических и социальных форм поведения – поведенческие факторы. К ним будут относиться:

- культивация положительных эмоций, способствующих психическому благополучию – основа всех аспектов жизнедеятельности и здоровья;
- оптимальная двигательная активность – ведущий врожденный механизм биопрогресса и здоровья;
- рациональное питание – базисный фактор биопрогресса и здоровья;
- ритмический образ жизни, соответствующий биоритмам, – основной принцип жизнедеятельности организма;
- эффективная организация трудовой деятельности – основная форма самореализации, формирования и отражения человеческой сущности;
- сексуальная культура – ключевой фактор жизнедеятельности как адекватная и прогрессивная форма воспроизведения вида;
- здоровое старение – естественный процесс плодотворного долголетия;
- отказ от пагубных привычек (алкоголизм, наркомания, табакокурение и т.п.) – решающий фактор сохранения здоровья [2].

На практике реализация перечисленных форм поведения вызывает ряд проблем, и одна из главных – это отсутствие мотивации положительного отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни у индивидов. Связано это в первую очередь с тем, что в иерархии потребностей здоровый образ жизни находится не на первом месте, а во вторую – с низкой индивидуальной и общей культурой общества, где ценность здоровья не ставится во главенство. Отсюда следует, что формирование культуры здорового образа жизни – это проблема как отдельно взятого индивида, так и общества в целом. И начинать его следует с воспитания мотивации здорового образа жизни как системообразующего фактора поведения. С целью выявления уровня сформированности

представлений о здоровом образе жизни нами было проведено исследование среди студентов 1–2 курсов факультета дошкольного образования Челябинского государственного педагогического университета. В исследовании, которое включало ряд биосоциальных критериев, приняли участие 89 человек:

– оценка морфофункциональных показателей здоровья (уровень физического развития и уровень физической подготовленности). Оценка данного критерия проводилась по результатам спортивных достижений студентов, успеваемости по дисциплине «физическая культура», собственной оценке своего физического здоровья студентами и антропометрическим данным;

– оценка состояния иммунитета (учитывалось количество простудных и инфекционных заболеваний в течение года, а также наличие хронических заболеваний и динамика их течения). Оценка данного критерия проводилась по количеству пропусков студентами занятий по болезни и диагнозам, указанным в справках, а также просто со слов студентов;

– оценка адаптации к социально-экономическим условиям жизни (эффективность учебной деятельности, активность исполнения бытовых обязанностей, широта и степень проявления социальных и личностных интересов). Данный критерий проверялся по результатам промежуточных аттестаций студентов (анализ ведомостей и зачетных книжек), а также по опросу студентов об их представлениях по выполнению бытовых обязанностей, социально-личностным интересам и т.д.

– оценка уровня валеологических показателей (степень сформированности установки на здоровый образ жизни, уровень валеологических знаний, уровень усвоения практических знаний и навыков, связанных с поддержанием и укреплением здоровья и умение самостоятельно построить индивидуальную траекторию здоровья и программу здорового образа жизни). С целью получения результатов по данному критерию было проведено анкетирование студентов, включающее отмеченные показатели.

По результатам проведенного исследования нами были получены следующие данные: 76,4% (68 чел.) респондентов имеют четкое представление о том, что такое культура здорового образа жизни, что включает в себя здоровый образ жизни, и как его формировать и развивать не только в себе, но и в подопечных им детях, но не всецело его реализуют на практике (имеют вредные привычки, не занимаются регулярно спортом, злоупотребляют «нездоровой» пищей и т.д.); 13,5% (12 чел.) стараются вести здоровый образ жизни (активно занимаются спортом, придерживаются принципов рационального и сбалансированного питания, успешно учатся, ведут нравственный образ жизни, следят за своим здоровьем в целом, раз в год проходят медицинский осмотр); 10,1% (9 чел.) студентов, участвующих в исследовании, считают необязательным придерживаться принципов здорового образа жизни. Главной целью их обучения в вузе они считают получение высшего образования, формирование культуры здоровья или навыков здорового образа жизни – личным выбором каждого человека. К таким явлениям, как ежегодный медицинский осмотр, сдача норм ГТО на занятиях по физической культуре, наличие или отсутствие вредных привычек, сбалансированное и рациональное питание, психоэмоциональное благополучие и др. относятся неоднозначно. Причиной такого отношения к ЗОЖ чаще всего называют отсутствие культуры здорового образа жизни в семье и отсутствие формирования мотивации к здоровому образу жизни в процессе обучения в школе.

В целом, полученные нами результаты можно оценить как положительные, так как почти 90% респондентов имеют четкие представления о здоровом образе жизни, и пытаются его придерживаться, а 13,5% из них полностью выполняют критерии, заложенные в принципах здорового образа жизни. Для оставшихся 10,1% респондентов отметим, что формирование установки на здоровый образ жизни лежит в основе любой профилактической деятельности, многочисленных

программ, направленных на повышение здоровья общества. У каждого человека должна быть своя система здоровья как совокупность обстоятельств образа жизни, которые он реализует. Отсутствие системы здоровья рано или поздно приведет к формированию хронических заболеваний. Создание своей системы ЗОЖ представляет собой исключительно длительный процесс и может продолжаться всю жизнь. Естественно, что путь каждого человека к ЗОЖ отличается своими особенностями как во времени, так и по траектории, но это не имеет принципиального значения – важен конечный результат.

Библиографический список

1. Тюмасева, З.И. Словарь-справочник современного общего образования: акмеологические, валеологические и экологические тайны / З.И. Тюмасева, Е.Н. Богданов, Н.П. Щербак. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.
2. Формирование здорового образа жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.grandars.ru/college/medicina/formirovanie-zozh.html.

Атаманова Г.И.* , Дувалина О.Н. **

*Кызылский педагогический институт Тувинского государственного университета
г. Кызыл, Республика Тыва, Россия

**Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского
г. Калуга, Россия

ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ АВТОРСКОЙ ПРОГРАММЫ УЧИТЕЛЯ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ, НАПРАВЛЕННОЙ НА СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Аннотация. В статье дана краткая информация актуальности написания авторской программы, направленной на сохранение здоровья школьников в процессе обучения, которая базируется на требованиях к этой программе и кратком пояснении этих требований, основанных на анализе литературы и собственном опыте.

Ключевые слова: требования, авторская программа, здоровье, обучение, учащиеся.

Atamanova G.I.* , Duvalina O.N.**

*Kyzyl State Pedagogical Institute of the Tuvan State University, Tuva, Russia

**Kaluga State University by K.E.Tsiolkovsky, Kaluga, Russia

Requirements for a written program author middle school teachers, aimed at preserving the health of schoolchildren in the learning process

Abstract. A brief review of the relevance of writing the author's program aimed at the preservation of health of pupils in the learning process, which is based on the requirements for this program and a brief explanation of these requirements, based on the analysis of literature and own experience.

Keywords: requirements authoring program, health, training, students.

Кардинальные изменения во всех областях социальной жизни, прогресс в науке и культуре, новые потребности в сфере педагогической деятельности привели к необходимости модернизации системы образования. Одним из возможных путей дальнейшего развития этой области являются авторские программы. Научная и политическая мысль пришла к тому, что снижение уровня образования становится угрозой безопасности – не только экологической и экономической, но, более того, военной и национальной в целом [10].

Нельзя обучить нынешнее подрастающее поколение основам здоровья только на уроках основ жизнедеятельности. В связи с этим, как отмечает З.И. Тюмасева, при анализе «основоположений», принятых Я.А. Коменским в приложении к современной жизни, что фактор приспособления «искусства духовного наслаждения ... приспособлять к нормам действий природы» становится опасным и разрушительным для духовности, а, следовательно, и здоровья подрастающего человека. По словам автора, это обстоятельство и обуславливает здоровьезатратность и здоровьеразрушительность современного российского общего образования, которое органически взаимосвязано со здоровьем человека [10].

Проблема развития здоровой личности при обучении в образовательном заведении выходит за рамки медицинской науки, практики и является ведущей проблемой в педагогике здоровья, социальном развитии общества. Повышенная чувствительность организма к интеллектуальным, физическим и эмоциональным перегрузкам в школьном возрасте в сочетании со стрессовой тактикой педагога, несоответствием методик и технологий обучения возрастным возможностям школьников создают «идеальные» условия для нарушения физического и психического здоровья учащихся. В связи с этим перед общеобразовательной школой встает задача сохранить здоровье школьников в рамках учебного заведения (в целом), в том числе на отдельных уроках [1; 7; 9; 10].

Инновационные изменения, направленные на сохранение здоровья учащихся в образовательном заведении, так или иначе охватывают в последние годы всю систему образования, в том числе ее методики и технологии. Однако нововведения, призванные обеспечить здоровье и обучение своим внедрением и последствиями часто вызывают разногласия. Но исключительная актуальность здоровьесбережения школьников в процессе обучения делает его устойчивым, что, в свою очередь, требует разработки оптимальных условий для деятельности участников образовательного процесса по совершенствованию установления связи обучения и здоровья.

В рамках данной статьи не представляется возможным рассматривать теоретический аспект выбранной темы, в связи с этим далее будут даны требования к написанию авторской программы, направленной на сохранение здоровья школьников. Возможно, она поможет учителю при разработке своей программы, в которой будет основа – здоровье школьников. Смысл здоровьесберегающей деятельности учителя состоит в том, чтобы учитывать неизбежные факторы учебно-воспитательного процесса, ослаблять вредное воздействие на уроке, корректировать и избавляться от устранимых факторов, нарушающих здоровье школьников в процессе обучения предмету.

Сегодня все ученые единодушно отмечают, что знания даются учащимся ценой здоровья. Перед общеобразовательной школой встает задача сохранить здоровье школьников в рамках учебно-воспитательного процесса. Для решения ее придется сформировать новое мировоззрение у учителей, чтобы изменить его у учащихся. Поэтому авторская программа со здоровьесберегающим содержанием будет продуктом измененного мировоззрения учителя для изменения мировоззрения учащихся к своему здоровью через изучаемый предмет.

При составлении программы основным положением является медицинский принцип «No posere!» («Не навреди!»). Авторская программа, составленная учителем, должна отвечать требованиям дидактики, направленной на сохранение здоровья школьников. Сформулируем кратко требования, которые мы считаем необходимыми и рекомендуем предъявлять к авторской программе, направленной на сохранение здоровья школьников средствами изучаемого предмета. В процессе составления авторской программы учитель может сформулировать свои требования на основе предложенных, которые будут отражать уже цели и задачи его авторской программы. Требования, которые предлагаем для рассмотрения при составлении программы, сформули-

рованы нами в процессе исследования и имеют практическое использование [3; 5; 7; 8; 11]. На наш взгляд, программа должна быть:

1. Научно обоснована и адекватна этапам развития. В этом случае обучение учащихся предмету должно быть направлено на правильное понимание закономерностей окружающего мира, вести к научному представлению мира и его сторон для диагностики здоровья и влияния физической природы на здоровье человека.

2. Обеспечивать новое качество подготовки ученика, в основе которого лежит здоровьесберегающее образование в процессе обучения предмету. Это требование в большей степени отражает психолого-педагогические, дидактические условия, которые учитель создает для учащихся и которые направлены на формирование познавательных интересов, мотивов, чувства убеждения, взглядов на принятие здорового образа жизни средствами изучаемой дисциплины и методами дидактики, сохраняющими здоровье [2; 8; 9].

3. Способствовать формированию, укреплению и развитию природных характеристик человека. Это требование мы предлагаем разрешить через потенциал науки изучаемого предмета, например, физики по диагностике заболеваний, изучения влияния физической природы на здоровье человека. Также через безопасные условия проведения урока, которые включают санитарно-гигиенические, психогигиенические, психолого-педагогические, дидактические требования, и обеспечение условий безопасного ведения эксперимента (по физике, химии, биологии и др. предметам) [4; 6; 7; 9; 10].

4. Быть интегративной, то есть объединять все образовательные предметы и все виды воспитательной работы, в том числе и национальный компонент. Такое объединение, на наш взгляд, уменьшит дублирование, объем изучаемого материала, поможет установить логику изучаемого предмета в сравнении с другими дисциплинами, а также сблизит содержание учебного материала с особенностями региона, что позволит сохранить психическое и духовное здоровье школьников [4; 8; 10].

5. С опорой на достигнутый уровень развития, на сформированные механизмы познания и свойства личности для уменьшения стресса, напряженности. В этом случае учитель рассматривает наряду с условиями для обеспечения выполнения требования и конкретные методы, формы организации обучения, которые ему доступны с большей результативностью [2; 3; 6–10].

6. С опорой на личностно ориентированные технологии обучения. Под выполнением этого требования мы подразумеваем творческую организацию учителем учебного процесса. Под творческой организацией мы понимаем такую деятельность учителя, в результате которой обе стороны достигают определенного успеха. Кроме этого, такая деятельность позволит изменять и корректировать отношение учеников и учителей к здоровью. Также в достижении успеха поможет уважение национальных традиций коренного народа, его этикет, особенности, рассмотренные через призму изучаемых тем в процессе обучения определенной дисциплины.

7. В основе иметь деятельностно-технологический подход, который существенным образом меняет функции учителя и ученика в учебном процессе. Выполнение такого требования даст возможность ученику самому отвечать за качество знаний и умений. Роль учителя в этом случае заключается в режиссуре построения учебно-воспитательного процесса обучения предмету, а его деятельность направлена на создание ситуации успеха, как для ученика, так и для учителя. Так как это одна из приоритетных задач современной школы, то решение ее даст не только удовлетворение эмоциональных потребностей школьников в процессе обучения, профилактику неврозов и личностных расстройств, но и улучшение успеваемости и активности учеников. Все это и есть здо-

ровьесбережение методами дидактики, сохраняющими здоровье школьников средствами изучаемого предмета.

8. С опорой на развитие самостоятельной исследовательской, поисковой деятельности учащихся. Выполнение этого требования, на наш взгляд, будет способствовать саморазвитию и самообразованию всех участников образовательного процесса.

Библиографический список

1. Аношкина, В.Л. Образование. Инновация. Будущее (Методологические и социокультурные проблемы) / В.Л. Аношкина, С.В. Резванов. – Ростов н/Д: Изд-во РО ИПК и ПРО, 2001. – 176 с.

2. Атаманова, Г.И. Анализ мотивационной сферы школьника после применения здоровьесберегающих технологий (на примере уроков по физике) / Г.И. Атаманова // Успехи современной науки и образования. – Белгород, 2016. – № 2. – С. 49–52.

3. Атаманова, Г.И. Анализ состояния проблемы здоровья школьников в процессе обучения / Г.И. Атаманова // MateriałyVII międzynarodowej konferencji «Wykształcenieinaukabezgranic – 2011» Volume 21.-S. 52-54 Pedagogicznauki.: Przemysl.Naukaistudia – 88 str. (Польша)

4. Атаманова, Г.И. Здоровьесберегающие технологии в образовании / Г.И. Атаманова // Матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием преподавателей, сотрудников и аспирантов «Тувинского государственного университета». Кызыл, 18 ноября 2011 года. – Кызыл: Изд-во ТувГУ. – С. 323–324.

5. Базарный, В.Ф. Нервно-психическое утомление учащихся в традиционной школе: презид. прог. «Дети России» / В.Ф. Базарный. – Сергиев Посад: Изд-во Загорск. типогр. Моск. обл., 1995. – 42 с.

6. Басалаева, Н.М. Здоровье нации: стратегия и тактика (о проблемах здравоохранения в регионах России) / Н.М. Басалаева, В.М. Савкин // Валеология. – 1996. – № 2. – С. 35–37.

7. Безруких, М.М. Методические рекомендации: Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин. – М.: Изд-во Триада-фарм, 2002. – 114 с.

8. Дувалина, О.Н. Формирование положительных мотивационных установок на профессиональное совершенствование учителя средней школы. Приоритетные научные направления: от теории к практике: сб. матер. XI Междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: ЦРНС, 2014. – 99 с.

9. Дувалина, О.Н. Методика изучения и развития мотивации профессионального совершенствования как условие инновационной деятельности учителя. Инновационный вектор развития науки. Сборник статей 3-й Междунар. науч.-практ. конф. (25 сентября 2014 г., г. Уфа), 2014. – 206 с.

10. Тюмасева, З.И. Метатеория образования: монография / З.И. Тюмасева, Б.Ф. Кваша. – СПб.: Изд-во АПНЭБ, МИНПИ, ИЗИЭЧ, 2004. – 414 с.

Афросин О.В., Мамылина Н.В.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ПОСТРОЕНИЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА БОКСЕРОВ МАССОВЫХ РАЗЯДОВ

Аннотация. Современный бокс постоянно развивается: изменяется методика тренировки, совершенствуется техническое мастерство, возрастает уровень развития тактического мышления боксеров, повышается уровень развития физических и психических качеств. Бокс становится более динамичным и универсальным, что предъявляет новые требования к организации тренировочно-

го процесса и обучению. Вместе с тем значительно растет массовый интерес молодежи к занятиям боксом, много молодых людей хочет изучать этот вид спорта для повышения уровня своего физического развития, приобретения навыков самообороны и уверенности в себе. В данной статье проведен краткий обзор построения тренировочного процесса боксеров массовых разрядов.

Ключевые слова: современный бокс, тренировочный процесс, юноши-боксеры, спортивные достижения.

Afrosin A.V, Mamylna N.V.

South Ural state humanitarian-pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Construction of training process of boxers of mass categories

Abstract. Modern Boxing is constantly evolving: changing methods of training, improving technical skills, increasing the level of development of tactical thinking boxers, the level of development of physical and mental qualities. Boxing is becoming more dynamic and versatile, which makes new demands to the organization of training process and training. However, significantly increasing the mass young people's interest in Boxing, a lot of young people want to learn this sport is to raise the level of their physical development, acquisition of skills of self-defense and confidence. This article gives a brief overview of the training process of boxers of mass categories.

Keywords: modern boxing, the training process, boys boxers, sporting achievements.

В настоящее время планирование тренировочного процесса выглядит прежде всего как создание системы планов, рассчитанных на различные периоды, в которых должен быть реализован комплекс взаимосвязанных целей. Главная задача планирования подготовки боксеров массовых разрядов заключается в достижении хорошего здоровья и высоких спортивных результатов. С этой целью необходимо определить цели и задачи спортивной подготовки, включающие определение необходимого объема теоретических знаний, тактической, технической, морально-волевой подготовленности, далее следует переходить к определению содержания учебно-тренировочного процесса [2, с. 88].

Все параметры тренировочных нагрузок подразделяются на следующие основные группы: а) параметры величин (объем и интенсивность); б) параметры специализированности (специфические и неспецифические); в) параметры направленности (аэробные, смешанные, анаэробно-гликолитические, анаэробно-алактатные, анаболические); г) параметры координационной сложности.

В процессе выполнения запланированных параметров нагрузок, сопровождающихся эмоционально-болевым стрессом, необходимо уделять самое пристальное внимание врачебному контролю за состоянием здоровья занимающихся [1, с. 207; 3, с. 17–19; 5, с. 112]. В зависимости от продолжительности периодов и этапов, на которые составляются планы, выделяют перспективное (многолетнее), текущее (годовое, на предсоревновательную подготовку), оперативное (на занятие, день, микроцикл).

В спортивной тренировке основным документом планирования является перспективный план подготовки боксеров массовых разрядов на ряд лет (обычно на 4 года). При его составлении намечают как структуру (количество циклов, этапов, их возрастные границы, продолжительность), так и основную направленность занятий на отдельных этапах [4, с. 151].

В многолетней подготовке боксеров выделяют следующие этапы. Первый – этап предварительной подготовки продолжительностью в один год. Главные задачи этого этапа – отбор и формирование у занимающихся устойчивого интереса к занятиям боксом.

Второй этап многолетней подготовки – этап специальной подготовки – охватывает два года и посвящен обеспечению разносторонней физической подготовленности и освоению боксёрами широкого круга техники и тактики бокса.

Третий этап – спортивного совершенствования (длится 4 года). Главная задача этого этапа заключается в поиске и формировании индивидуальной манеры ведения боя на базе разносторонней общей и специальной подготовленности и индивидуальных особенностей занимающихся.

Годичный период тренировки начинается после активного отдыха (переходящий период), который продолжается не менее одного месяца. Затем следует подготовительный период, занимающий не менее двух месяцев. Он состоит из общеподготовительного и специально-подготовительного этапов. После окончания этого периода боксер достигает «первичной» спортивной формы и участвует в первом соревновании после отдыха и прошедшего подготовительного периода. Так начинается соревновательный период, который длится примерно около девяти месяцев. В ходе этого периода участие в соревнованиях чередуется с активным отдыхом и подготовкой к следующим соревнованиям. Интервал времени между соревнованиями включает в себя микро-этапы: переходный (активный отдых) и подготовительный. Длительность этапа активного отдыха зависит от трудности и напряженности соревнований, а продолжительность подготовительного этапа и его частей – от масштаба и трудности предстоящих соревнований [4, с. 156].

Основная задача подготовительного периода – всесторонняя и хорошо организованная подготовка к успешному выступлению в предстоящих соревнованиях. В ходе тренировочных занятий отрабатываются и совершенствуются новые методические приемы и средства общей и специальной физической подготовки, усваиваются новые приемы и совершенствуются ранее приобретенные технико-тактические действия.

Для более четкого планирования учебно-тренировочной и воспитательной работы подготовительный период целесообразно разделить на два этапа (мезоцикла): общеподготовительный и специально-подготовительный.

Главное внимание на общеподготовительном этапе (мезоцикле) должно уделяться разносторонней общей физической подготовке, на которую отводится 40–50% тренировочного времени, технической (30–40%) и тактической (20–25%) подготовке. Одновременно с воспитанием основных физических качеств (быстроты, силы, выносливости, ловкости и гибкости) совершенствуются техника боевых приемов и тактических действий, развиваются волевые качества, значительное внимание уделяется психической подготовке боксеров [6, с. 122].

Теоретическая подготовка боксёров направлена на приобретение и углубление знаний, составляющих основу спортивной деятельности.

Важнейшей задачей специально-подготовительного этапа (мезоцикла) является повышение уровня тренированности, непосредственное становление спортивной формы, развитие специальных качеств и навыков, специфичных для боксера, подведение спортсменов к специализированной соревновательной работе. Физическая подготовка занимает 25–30% общего времени и в основном способствует дальнейшему воспитанию физических качеств. Повышается удельный вес специальной физической подготовки. В психической подготовке основное внимание уделяется развитию умения переносить тренировочные нагрузки, применять индивидуальные средства тренировки, в которых требуется мобилизация и напряжение всех сил боксера. На наш взгляд, спортсмены массовых разрядов должны выступать на теоретических занятиях с сообщениями о различных сторонах технической и тактической подготовки боксеров. Использование перечисленных средств приводит к повышению уровня общей и специальной подготовленности, создает базу

для приобретения высокого уровня специальной тренированности боксеров массовых разрядов в основном (соревновательном) периоде.

Библиографический список

1. Белоусова, Н.А. Здоровьесбережение – необходимый компонент безопасности образовательного процесса / Н.А. Белоусова, Н.В. Мамылина // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Безопасность социальной сферы в условиях современной поликультурной России». – Челябинск, 2012. – С. 206–211.
2. Бутенко, Б.И. Тактическая подготовка боксера перед соревнованиями / Б.И. Бутенко // В кн.: Бокс. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – С. 87–97.
3. Валеева, Г.В. Психологическая готовность студентов к оздоровлению и условия её развития / Г.В. Валеева, З.И. Тюмасева // Вестник Челябинского педагогического университета. – 2012. – № 10. – С. 17–28.
4. Киселев, В.В. Планирование спортивного совершенствования боксеров высокой квалификации / В.В. Киселев. – М., 2009. – 200 с.
5. Мамылина, Н.В. Анализ поведенческой активности у экспериментальных животных, перенесших эмоционально-болевого стресс / Н.В. Мамылина // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – №5; URL: www.science-education.ru/99-4922
6. Медведев, В.В. Психологические основы физической подготовленности спортсмена / В.В. Медведев. – М.: ГЦОЛИФК, 2003. – 150 с.

Бахтин Ю.К., Буйнов Л.Г., Макарова Л.П., Плахов Н.Н.

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
г. Санкт-Петербург, Россия

ВАЛЕОЛОГИЯ – НАУКА О ЗДОРОВЬЕ, ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Аннотация. В статье содержится краткий обзор современной отечественной литературы по истории становления и развития науки о здоровье здорового человека – валеологии. Обосновывается её значение, роль и место среди других наук, имеющих отношение к изучению здоровья человека. Обсуждаются вопросы, касающиеся роли валеологии в деле воспитания здорового молодого поколения. Рассматривается её значения для решения проблем формирования, укрепления и сохранения здоровья населения нашей страны путём воспитания у учащейся молодёжи приверженности нормам и правилам здорового, активного и трезвого образа жизни.

Ключевые слова: валеология, индивидуальное здоровье человека, здоровый образ жизни, формирование культуры здоровья, общественное здоровье, демографические показатели и их динамика, «Русский Крест» и устранённая угроза депопуляции в России.

Bakhtin Yu.K., Buiynov L.G., Makarova L.P., Plakhov N.N.

The Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia

Valeology as a science in human health, is a basis For formation of healthy lifestyle

Abstract. The article provides a brief overview of contemporary Russian literature on the history of establishment and development of the science of vigorous person's health – valeology. That paper substantiates its importance, role and place among other sciences related to the study of human health. It discusses the issues relating to the role of valeology for raising a healthy young generation. The importance of valeological education for solving the problems of formation, strengthening and preserva-

tion of health of Russia's population is considered through cultivation of commitment to the norms and rules of healthy, active and sober lifestyle in young people – students and scholars.

Keywords: the Valeology as a science in human health, – Its formation, strengthening and preservation, the role of Valeology for raising a healthy young generation, the importance of valeological education in young generation for solving the problems of health of whole Russian population.

Валеология как идея нового направления научно-исследовательской и практической деятельности была сформулирована и обоснована выдающимся отечественным учёным, профессором И.И. Брехманом в 1980–82 годах XX века, в качестве учения о здоровье здоровых людей – о методах формирования, укрепления и сохранения здоровья человека [10–12].

Воспитанник научной школы Военно-медицинской академии, военно-морской врач, фармаколог, полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор И.И. Брехман впервые обратил внимание на то, что здоровье человека, как самостоятельный предмет изучения, – оказалось вне поля деятельности медицины и системы здравоохранения. Последние, как оказывается на самом деле, больше заняты борьбой с болезнями и их последствиями, решением задач по снижению заболеваемости населения, чем изысканием возможностей укрепления здоровья человека.

Перу Израиля Исаевича (Ицковича) Брехмана принадлежат и первые монографии по валеологии, и первые сборники научных трудов по теории и практике формирования и укрепления здоровья человека, подготовленные при его непосредственном участии [13–16; 22; 23]. Эти работы были встречены с большим интересом представителями различных направлений научно-практической деятельности, в частности, медиками – клиницистами, гигиенистами, организаторами здравоохранения, а также социологами, физиологами, психологами, педагогами, курортологами, диетологами, специалистами по физической культуре и спорту. Отмечая большое значение возникновения валеологии в качестве нового и перспективного междисциплинарного научного направления, академик В.П. Казначеев назвал это новое направление прорывом российского интеллекта в науках о человеке [26; 27].

Становление и развитие учения об индивидуальном здоровье человека с самого начала было отмечено высокой активностью большого числа энергичных энтузиастов – учёных и практиков, выдвигавших в новом направлении оригинальные идеи и предлагавших разнообразные пути их реализации. С начала 90-х годов был подготовлен целый ряд обстоятельных монографий и учебных пособий по валеологии [3; 13; 14; 17; 18; 21; 24–28; 32; 38–41; 44]. При этом, наряду с исследованием медико-биологических основ учения о здоровье, стали особенно интенсивно разрабатываться психолого-педагогические аспекты решения проблем формирования и укрепления здоровья человека – как посредством воспитания приверженности ценностям здоровья и принципам здорового образа жизни, так и путём оздоровления самой системы обучения учащейся молодёжи в образовательных учреждениях. У истоков становления учения о здоровье стояли такие известные учёные, как Н.М. Амосов, Б.Г. Ананьев, В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицын, В.П. Петленко, А.И. Субетто, Ф.Г. Углов и ряд других исследователей.

Значительный вклад в развитие валеологической науки и практики внесли такие видные деятели образования, общественного здравоохранения, гигиены, медицины и физического воспитания, как Р.И. Айзман, В.А. Ананьев, Г.Л. Апанасенко, Р.М. Баевский, Э.Н. Вайнер, В.Ю. Волков, П.П. Горбенко, Д.Н. Давиденко, Г.К. Зайцев, Э.М. Казин, Б.Ф. Кваша, В.В. Колбанов, Г.А. Кураев, Е.А. Овчаров, В.П. Соломин, Л.Г. Татарникова, С.Б. Тихвинский, З.И. Тюмасева, З.А. Хуснутдинова и многие другие.

Уже в начале 90-х годов в различных регионах страны стали систематически проводиться научно-практические валеологические конференции с опубликованием оригинальных и содержательных сборников работ их участников. С этого же времени начали подготавливаться кандидатские и докторские диссертации по различным аспектам валеологии, которые успешно проходили процедуру защиты. Эти работы оформлялись по смежным с валеологией научным направлениям, поскольку валеологии еще не был предоставлен статус самостоятельного научного направления.

В 1996 году, по инициативе профессора Г.А. Кураева и при участии руководимых им сотрудников Южного федерального университета, в Ростове на Дону был основан в течение двадцати лет и до настоящего времени продолжает выпускаться единственный в Российской Федерации специализированный научно-практический журнал «Валеология». В начале 90-х годов были образованы кафедры и лаборатории валеологии в высших учебных заведениях Российской Федерации, а также и в вузах суверенных государств, образовавшихся на постсоветском пространстве. На базе кафедры валеологии Липецкого государственного педагогического университета был организован Межвузовский научно-методический центр валеологии, который возглавил профессор Э.Н. Вайнер – автор известного фундаментального вузовского учебника «Валеология», выдержавшего за период с 2001 года до 2013 года уже 10 изданий [18].

С 1996 года валеология была официально утверждена как учебная дисциплина и включена в Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования. Были утверждены специальности «Врач-валеолог» и «Педагог-валеолог», и целый ряд вузов вскоре получили лицензию на подготовку специалиста – валеолога. Таким образом, открывались хорошие перспективы для плодотворной работы по реализации новых возможностей на пути укрепления здоровья населения и, прежде всего, для решения задач по оздоровлению молодого поколения. Однако отношение к валеологии в обществе, заинтересованное и поддерживающее её в самом начале, сменилось к концу 90-х годов критическим, отрицательным отношением к ней, что было принято связывать с наплывом недостаточно обоснованных рекомендаций различного рода «целителей», выдававших себя за профессионалов-валеологов и практиковавших свои особенные, собственные «методы исцеления». Несомненно, могли сыграть свою негативную роль и некоторые методические недоработки, в частности, – недостаточная разработанность вопросов теории и методики полового воспитания учащейся молодёжи, что в дальнейшем потребовало внесения определённых изменений в практику учебно-воспитательной работы по данному направлению. Но это никак не могло послужить основанием для отказа от такой работы в принципе и, тем более, при явно возрастающей актуальности данной проблемы [29].

Возникшая в обществе и поддержанная средствами массовой информации волна недоверия к валеологии побудила Министерство здравоохранения и Министерство образования изменить отношение к этой учебной дисциплине: специализация по данному предмету вскоре была закрыта, а учебная дисциплина «Валеология» через некоторое время стала уже именоваться как «Здоровый образ жизни», «Основы ЗОЖ», «Культура здоровья» [8; 19; 28; 30; 31; 37]. Само понятие «Валеология» с 2000-го года стало постепенно исключаться из профессионального учебно-методического и научно-методического оборота, из теории и практики образовательной, научно-исследовательской и оздоровительной деятельности. Одновременно были внесены изменения в наименование соответствующих учебных дисциплин и отдельных курсов, так же как в их программы и содержание. Были отменены и специализации: «Врач-валеолог» и «Педагог-валеолог». Такие понятия, как «Валеология», «Валеологическое образование», «Валеологическая подготовка», «Валеологическое сопровождение образовательного процесса» и т.п. были постепенно упразднены. Соответствующие изменения были внесены также и в Государственные образовательные стандарты различных уровней образования. Конечно, такое необоснованно негативное отношение к валеологии, как к учению об индивидуальном здоровье человека, не один раз вызы-

вало серьёзные возражения авторитетных учёных [49; 50]. Однако это уже не в состоянии было изменить сложившейся к началу 2000-х годов ситуации, отличавшейся вытеснением валеологии из теории и практики оздоровительной деятельности, как по линии образования и воспитания молодого поколения, так и по линии здравоохранения, гигиены и профилактической медицины, хотя это и происходило на фоне постоянно декларируемой государственной заинтересованности в решении проблем укрепления здоровья населения [30; 31; 37; 42]. При этом не может не вызывать удивления то, как быстро, легко и просто были закрыты возможности дальнейшего развития зарождавшегося учения о здоровье человека, вместе с ограничением перспектив использования его результатов в интересах оздоровления общества. Приходится удивляться и тому, что всё это происходило в стране, незадолго до этого пережившей демографическую трагедию «Русского креста» (в период с 1987 года по 1994 год), когда за 7–8 лет показатели рождаемости и смертности населения практически поменялись местами, а с 1995 года, на протяжении 10 последующих лет, коэффициент смертности населения оставался в полтора раза более высоким, чем коэффициент рождаемости. И это обуславливало ежегодное сокращение численности населения России, в среднем, по 750–850 тысяч человек, а иногда даже более 1 миллиона человек за год. Столь значительное преобладание смертности населения над рождаемостью обуславливало большие ежегодные потери численности населения Российской Федерации.

Становится очевидным, что в обстановке формирующейся депопуляции, создававшей в перспективе реальную угрозу национальной безопасности России, отказываться от разработки и применения теории и практики созидания и сбережения здоровья населения страны, чему призвана была служить валеология, было совершенно нецелесообразно. В дальнейшем ценой значительных материальных затрат, в результате проведения необходимых социальных реформ, к 2012 году удалось постепенно поднять показатель рождаемости до уровня стабильно высокого показателя смертности населения, а затем, преодолев его, получить, впервые за много лет, – естественный прирост численности населения России в 2013 году – (на 15 тысяч человек за год), и даже ещё несколько больший результат (прирост на 37 тысяч человек за 2014 год и на 32 тысячи человек за 2015 год). Однако при этом обращала на себя внимание стабильность высокого показателя смертности населения при явно недостаточной средней продолжительности жизни человека в нашей стране. Только решив эти проблемы, можно было рассчитывать на стабилизацию положительной динамики демографических показателей современной России и на обеспечение благополучного, прогрессивного социального развития нашей страны в будущем.

Зная причины и условия возникновения отмеченных негативных явлений (а это, в основном, нездоровый образ жизни, недостаточная материальная обеспеченность значительной части населения, социальные стрессы и плохая экология), самым доступным и наиболее эффективным путём подхода к решению демографических проблем в наших реальных условиях представляется именно обучение здоровью и здоровому образу жизни, то есть возвращение к обучению основам валеологии, начиная с раннего детского возраста, как это рекомендовал основатель учения о здоровье профессор И.И. Брехман.

Но, как это было уже указано выше, валеология ещё изначально не была утверждена в качестве самостоятельного научного направления. Как это ни покажется странным, но валеология не утверждена официально в данном статусе и до настоящего времени – валеология как наука. И это также не может не вызывать возражений, поскольку имеется у валеологии и свой конкретный предмет исследования, и свой объект изучения; она располагает также свойственными ей методами исследования и имеет вполне конкретный социальный заказ – назревшую необходимость выработки и распространения научно обоснованных рекомендаций, как по укреплению здоровья каждого человека в отдельности, так и по оздоровлению населения страны в целом. Именно эти

позиции выделяют валеологию среди других направлений научно-практической деятельности, занимающихся исследованием путей и возможностей укрепления здоровья населения.

В таблице 1 приводится опубликованное нами ранее сопоставление валеологии с наиболее близкими к ней направлениями научно-практической деятельности (медициной и гигиеной) по некоторым основным, характеризующим их признакам [9].

Таблица 1

Сопоставление наук о здоровье человека по основным их признакам

1. Признаки	Направления научно-практической деятельности		
	Медицина:	Гигиена:	Валеология:
2. Разветвление направлений научно-практической деятельности	Теоретическая, экспериментальная, клиническая, реабилитационная, профилактическая, социальная, и др.	Общая, коммунальная, профессиональная, радиационная; возрастная – гигиена детей и подростков, гигиена пожилых людей; гигиена питания, и др.	Биологическая, экологическая, педагогическая, психологическая, культурно-оздоровительная, и др.
3. Критерии научного направления:	Избавление человека от заболеваний, их диагностика, лечение и предупреждение, как заболеваний, так и их последствий	Исследование и поддержание здоровых условий жизнедеятельности людей и среды обитания, в целях предупреждения нарушений здоровья	Воспитание у человека заинтересованности в своём здоровье; изыскание путей и методов формирования, укрепления и сохранения здоровья индивида
3.1. Основное направление науки и практики оздоровления	Человек и его болезни, их распознавание, лечение и предупреждение	Человек в оптимальных условиях жизнедеятельности и среды обитания	Человек и его здоровье; формирование активной жизненной позиции и здорового образа жизни (ЗОЖ) как основы здоровья
3.2. Основная концепция, доктрина научно-практической деятельности	Человек, подверженный заболеваниям	Среда обитания и оптимальные условия для жизнедеятельности людей	Практически здоровый (не больной) человек
3.3. Предмет изучения	Болезни человека: их причины, механизмы развития заболеваний и закономерности их распространения	Здоровые условия жизнедеятельности людей и оптимальные для здоровья людей характеристики среды обитания	Здоровье человека и его резервы; факторы формирования здоровья человека и методы распространения ЗОЖ
3.4. Предмет изучения	Методы изучения причин, механизмов и закономерностей возникновения и распространения заболеваний, их диагностики, лечения и профилактики	Методы исследования, создания и поддержания оптимальных для здоровья условий жизнедеятельности людей и среды их обитания	Методы исследования резервов здоровья, изучения возможностей их углубления и сохранения; методы воспитания человека, приверженного ценностям ЗОЖ, принципам укрепления и сбережения своего здоровья
4. Методы исследования и практика их применения	Снижение уровня заболеваемости, инвалидности и смертности населения вследствие заболеваний, травм и отравлений	Уменьшение уровня профессиональной заболеваемости, производственного травматизма, инвалидности и смертности, связанных с трудовой деятельностью	Укрепление здоровья человека путём привития ему заинтересованности в следовании правилам ЗОЖ и в их распространении среди окружающих людей
5. Цели научно-практической деятельности	Повышение качества жизни, улучшение демографических показателей, рост социальной активности граждан, устранение риска депопуляции. Обеспечение социального прогресса и устойчивого прогрессивного развития страны как основы благополучия каждого человека. Формирование здорового общества		
6. Ожидаемые результаты			

Исходя из вышеизложенного, в настоящих условиях валеология должна рассматриваться и развиваться как наука, безусловно, достойная общественного признания и вполне заслуживающая внедрения в практику, с широким использованием её результатов [16; 20].

Валеология должна развиваться не только как социально востребованное и перспективное научное направление, но также и как социально значимая учебная дисциплина, ориентирующая на оздоровление населения через систему образования, на формирование культуры здоровья, и направленная на воспитание у человека осознанной, настоящей приверженности идеалам здоровья и ценностям здорового, активного и трезвого образа жизни.

Особенно большое значение имеет обучение валеологии студентов педагогических университетов, – этих наиболее широко образованных молодых специалистов, подготавливаемых для профессионального воспитания, обучения и развития учащейся молодёжи, – детей и подростков. Валеологическое образование необходимо для формирования у детей, подростков и молодёжи определённого уровня знаний, для воспитания приверженности принципам морали и нравственности, а также для осознания ими основных жизненных ценностей человека, среди которых одной из наиболее важных ценностей является здоровье.

Изучение студентами педагогического университета основ науки о здоровье и освоение практических методов укрепления здоровья, наряду с самооценкой своего образа жизни, способствуют формированию глубокого понимания ими значения здорового образа жизни для обеспечения собственного здоровья. Это способствует также пониманию пагубного влияния на организм и личность человека вредных привычек – курения табака и курительных смесей, злоупотребления алкоголем и наркотиками, что приводит к формированию прогрессирующей зависимости, разрушающей организм и личность человека.

Валеологические знания способствуют осознанному отношению учащейся молодёжи к ценностям здоровья и здорового образа жизни. Они ведут к пониманию того, что реальное следование нормам и правилам здорового образа жизни, наряду с соблюдением гигиенических рекомендаций и принципов профилактической медицины – всё это не только способствует укреплению здоровья каждого человека, но это направлено на формирование в будущем здорового населения нашей страны [42–45].

Хорошо известно, что основные причины смертности населения (сердечно-сосудистые заболевания, онкологическая патология, несчастные случаи, травмы и отравления), тесно связаны с нездоровым образом жизни и нередко сопровождающимися его такими асоциальными проявлениями, как пьянство, алкоголизм и наркомания [34–37].

Отсюда введение правил и норм здорового образа жизни в сознание каждого человека, как через средства массовой информации, образование, культуру, науку и искусство, так и при поддержке социально ориентированной государственной политики, – всё это нам представляется делом первостепенной важности [8; 45].

Именно поэтому так необходимо заниматься формированием культуры здоровья, и одним из наиболее эффективных путей в данном направлении является изучение основ валеологии в учебных заведениях, обучение здоровью учащейся молодёжи, воспитание у учащихся твёрдой приверженности здоровому, активному и трезвому образу жизни.

Педагог, по своему профессиональному предназначению и по своей социальной роли, призван решать задачи формирования здоровой личности учащегося, чтобы воспитательными методами создавать у каждого ребёнка, подростка, юноши, девушки положительные ценностные ориентиры, чтобы закладывать в сознание учащихся созидательный творческий потенциал, достойные нравственные качества и прочные моральные принципы. При этом, реализуя большие воспи-

тательные возможности педагогического процесса, немаловажно формировать у подростка прочные установки на высокую ценность здоровья (как своего здоровья, так и здоровья окружающих), на неизмеримую ценность самой человеческой жизни. И этому должно служить широкое использование больших возможностей валеологической составляющей учебно-воспитательного процесса – на всех уровнях реализации образовательных программ в учебных заведениях нашей страны.

Целью образования, как справедливо утверждает в своих работах активный подвижник валеологии профессор Э.Н. Вайнер, является формирование Гражданина – патриота, созидателя, защитника и семьянина, наделённого честью и достоинством, моралью и нравственностью. И всеми этими качествами подрастающего человека должна наделять школа (независимо от её уровня – начальная, средняя, высшая), отбирая в свои учебные планы и программы обучения, прежде всего те предметы, которые способствуют формированию этих качеств [19].

Исходя из поставленной цели, задачами валеологического образования учащихся является формирование:

- мотивации быть здоровым;
- осознанной мотивации вести здоровый, активный и трезвый образ жизни;
- иммунитета (прочной устойчивости) к негативным влияниям окружающей социальной среды;
- широкого круга интересов, увлечений, устремлений; интереса к познанию нового;
- интереса к занятиям физической культурой и спортом;
- стремления к своему развитию, к максимальной реализации своих способностей;
- активной жизненной позиции, нацеленной на саморазвитие и самореализацию личности;
- широкого кругозора и стройного научного мировоззрения, характеризующегося осмысленной оценкой реальных жизненных ценностей и приоритетов, с осознанием своего места в жизни, своих возможностей, задач и перспектив;
- прочных морально-нравственных основ личности, таких как активность, альтруизм, коллективизм, коммуникабельность, честность, ответственность, чуткость, отзывчивость и неравнодушное отношение к окружающему, наряду с воспитанием патриотизма, гражданственности, интеллигентности.

В этой связи необходима разработка современной концепции образования, построенной на принципах гуманизации и развивающего обучения, что помогло бы каждому человеку максимально полно реализовать свой личностный потенциал и что может способствовать превращению нашей страны в социально здоровое и преуспевающее государство [8; 19; 20].

В решении этой ответственной социальной задачи валеологическое образование студентов педагогических университетов имеет, несомненно, основополагающее значение. Так, например, исходя из подобных принципиальных позиций, в Республике Казахстан признали необходимость включения валеологии не только в классификатор специальностей высшего профессионального образования, но также и в планы учебных заведений всех уровней образования [1]. Такое, без сомнения, правильное решение следует приветствовать и рекомендовать к применению также и в нашей стране, тем более, что о целесообразности такого подхода неоднократно указывалось в рекомендациях научных конференций и конгрессов по современным проблемам валеологии, проводившихся у нас в стране за последние годы.

Библиографический список

1. Абишева, З.С. Валеологическое образование в Казахском национальном медицинском университете / З.С. Абишева, У.Б. Исакова, М.Т. Айхожаева и др. // Валеология: науч.-практ. журнал. – 2014. – № 4. – С. 23–25.
2. Айзман, Р.И. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учеб. пособие / Р.И. Айзман, В.Б. Рубанович, М.А. Суботялов. – Новосибирск: Сибирское университетское изд-во, 2009. – 214 с.
3. Апанасенко, Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека: монография / Г.Л. Апанасенко. – СПб.: Петрополис, 1992. – 138 с.
4. Апанасенко, Г.Л. Медицинская валеология: учеб. для студентов вузов / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова. – Киев: Здоровье; Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 248 с.
5. Апанасенко, Г.Л. Валеология: теоретико-методологические основы / Г.Л. Апанасенко // Здоровье человека – 7: Матер. VII Междунар. науч. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: Изд-во Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2014. – С. 13–18.
6. Апанасенко, Г.Л. Социальная эволюция и здоровье человека / Г.Л. Апанасенко // Здоровье человека – 7: Матер. VII Междунар. науч. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: Изд-во Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2014. – С. 195–200.
7. Бахтин, Ю.К. Факторы, оказывающие влияние на здоровье человека, и их значение / Ю.К. Бахтин // Здоровье человека – 7: Матер. VII Междунар. науч. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: Изд-во Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2014. – С. 18–24.
8. Бахтин, Ю.К. Валеологическая составляющая образовательного процесса, её роль и значение в педагогическом университете / Ю.К. Бахтин, Г.А. Корчагина, Л.А. Михайлов и др. // Основы собриологии, профилактики, социальной педагогики и алкологии: Матер. Междунар. семинара. Выпуск 13 / под общей редакцией проф. А.Н. Маюрова. – Н. Новгород – Севастополь: Междунар. Академия трезвости, 2004. – С. 118–122.
9. Бахтин, Ю.К. Валеология в системе наук о здоровье человека / Ю.К. Бахтин, Л.П. Макарова, В.П. Соломин и др. // Матер. 2-й Всерос. науч.-практ. конф.: «Здоровье и образование. Педагогические проблемы валеологии». – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет педагогического мастерства, 1997. – 19 с.
10. Брехман, И.И. Валеология. Начало пути / И.И. Брехман // Советская Россия. – 1980. – № 122. – 4 с.
11. Брехман, И.И. Человек и биологически активные вещества: монография / И.И. Брехман. – М.: Наука, 1980. – 20 с.
12. Брехман, И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека / И.И. Брехман // Вопросы философии. – 1982. – № 2. – С. 48–53.
13. Брехман, И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье: монография / И.И. Брехман. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
14. Брехман, И.И. Валеология – наука о здоровье: монография / И.И. Брехман. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
15. Брехман, И.И. Валеология в настоящем и будущем / И.И. Брехман // Тезисы докладов Первого национального конгресса по профилактической медицине. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1994. – Т. 1. – С. 22–23.
16. Брехман, И.И. Проблемы обучения человека здоровью: монография / И.И. Брехман. – Владивосток: Дальнаука, 1995. – 136 с.
17. Вайнер, Э.Н. Общая валеология: учеб. / Э.Н. Вайнер. – Липецк: Липецкое изд-во, 1998. – 183 с.
18. Вайнер, Э.Н. Валеология: учеб. для вузов / Э.Н. Вайнер. – М.: ФЛИНТА: Наука, 2013. – 448 с.

19. Вайнер, Э.Н. «Культура здоровья» как правопреемница специальности «Валеология» в профессиональном педагогическом образовании / Э.Н. Вайнер // Матер. 3-го Междунар. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: Санкт-Петербургская Академия постдипломного педагогического образования, 2002. – С. 36–37.
20. Вайнер, Э.Н. Жизнь и здоровье детей как приоритет образования / Э.Н. Вайнер // 6-е Пикалёвские чтения: гуманизация и гуманитаризация образования: матер. межвузовской науч.-практ. конф. – СПб. – Пикалёво, 2004. – Ч. 2. – С. 3–6.
21. Вайнер, Э.Н. Валеология: учеб. практикум / Э.Н. Вайнер, Е.В. Волынская. – М.: Флинта: Наука, 2002. – 312 с.
22. Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья: сб. науч. работ / под ред. И.И. Брехмана. – СПб.: Наука, 1993. – 269 с.
23. Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья: сб. науч. работ / под ред. И.И. Брехмана. – Владивосток: Дальнаука, 1995. – В. 2. – 240 с.
24. Голицына, И.И. Основы валеологии: учеб.-методич. пособие для студентов педагогических вузов и слушателей ФППК / И.И. Голицына, Т.В. Карасёва. – Шуя: ШГПУ, 1997. – 140 с.
25. Казин, Э.М. Основы индивидуального здоровья человека: введение в общую и прикладную валеологию: учеб. пособие для студентов вузов / Э.М. Казин, Н.Г. Блинова, Н.А. Литвинова. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 192 с.
26. Казначеев, В.П. Основы общей валеологии: учеб. пособие / В.П. Казначеев. – М.: Институт практической психологии, 1997. – 48 с.
27. Казначеев, В.П. Проблемы человековедения / В.П. Казначеев / Научная редакция и послесловие А.И. Субетто. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 1997. – С. 180–200.
28. Колбанов, В.В. Валеология: основные понятия, термины, определения: монография / В.В. Колбанов. – СПб.: ДЕАН, 1998. – 232 с.
29. Колбанов, В.В. Как решается проблема полового воспитания детей в Санкт-Петербурге? / В.В. Колбанов // Здоровье человека – 4: Матер. IV Междунар. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: Санкт-Петербургская Академия постдипломного педагогического образования (СПБАППО), 2005. – С. 173–175.
30. Колбанов, В.В. Парадоксы валеологии и пути их преодоления / В.В. Колбанов // Здоровье человека – 5: Матер. V Междунар. науч. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: СПБАППО, 2007. – С. 3–9.
31. Колбанов, В.В. Учение о здоровье и валеология: от замыслов до реалий / В.В. Колбанов // Здоровье человека – 7: Матер. VII Междунар. науч. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: Изд-во Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2014. – С. 3–7.
32. Колбанов, В.В. Валеологический практикум: учеб. пособие / В.В. Колбанов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2011. – 224 с.
33. Комаров, Г. Зловещие клещи / Г. Комаров // Медицинская газета, 1997. – № 36. – 3 с.
34. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учеб. для студентов вузов / Ю.П. Лисицын. – Казань, 1998. – 698 с.
35. Лисицын, Ю.П. Здравоохранение в XX веке: монография / Ю.П. Лисицын. – М.: Медицина, 2002. – 216 с.
36. Лисицын, Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: проблемная статья / Ю.П. Лисицын // Медицинская газета, 2010. – № 19. – 12 с.
37. Макарова, Л.П. О необходимости системного подхода к профилактике социальных отклонений у подростков и молодёжи / Л.П. Макарова, М.С. Матусевич, Ю.К. Бахтин, А.В. Соловьёв // Молодой учёный. – 2014. – № 3 (62). – С. 941–943.

38. Насонкин, О.С. К вопросу о валеологическом образовании в России / О.С. Насонкин // Здоровье человека – 6: Матер. VI Междунар. науч. конгресса валеологов / под ред. проф. В.В. Колбанова. – СПб.: Изд-во Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2011. – С. 68–71.
39. Овчаров, Е.А. Здоровье населения РФ: анализ и оценка: учеб. пособие для студентов педагогических вузов / Е.А. Овчаров. – Нижневартовск: Изд-во Нижневартовского педагогического ин-та, 1997. – 237 с.
40. Петленко, В.П. Валеология человека. Здоровье – любовь – красота (в пяти томах) / В.П. Петленко // Валеология и мудрость здоровья. – СПб.: Изд-во «Петроградский и К», 1996. – Т. 1. – 304 с.
41. Петленко, В.П. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность / В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко. – СПб.: Балтийская педагогическая академия, 1998. – 120 с.
42. Попов, С.В. Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников) / С.В. Попов. – СПб.: Союз, 1997. – 256 с.
43. Скворцова, В.И. Минздрав России: удалось удержать позитивные тенденции (по итогам рабочей встречи с В.В. Путиным) / В.И. Скворцова // Медицинская газета. – 2016. – № 18. – 4 с.
44. Скворцова, В.И. Итоги года: выводы и решения (по материалам коллегии Минздрава России) / В.И. Скворцова // Медицинская газета. – 2016. – № 27. – 14 с.
45. Соломин, В.П. Значение валеологии как учебной дисциплины в педагогическом университете / В.П. Соломин, Г.А. Корчагина, Ю.К. Бахтин и др. // Оздоровление средствами образования: матер. Всероссийской науч.-практ. конф. по оздоровлению подрастающего поколения, 2–4 февраля 2005 г. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2005. – С. 31–33.
46. Соломин, В.П. О мотивации к здоровому образу жизни студентов педагогического университета / В.П. Соломин, Ю.К. Бахтин, Л.Г. Буйнов, Л.П. Макарова // Молодой учёный. – 2013. – № 6. – С. 730–732.
47. Сыромятникова, Л.И. Коррекция профилактики наркомании в старших классах / Л.И. Сыромятникова, М.С. Матусевич // Педагогика высшей школы. – 2015. – № 3.1. – С. 137–141.
48. Татарникова, Л.Г. Педагогическая валеология: Генезис. Тенденции развития / Л.Г. Татарникова. – СПб.: РЕТРОС, 1995. – 352 с.
49. Тюмасева, З.И. Невалеологические проблемы валеологии / З.И. Тюмасева // Народное образование. – 2002. – № 7. – С. 73–79.
50. Тюмасева, З.И. Валеология и образование / З.И. Тюмасева, Б.Ф. Кваша. – СПб.: Изд-во МАНЭБ, 2002. – 380 с.

Бобин С.А., Мамылина Н.В.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРЕНИРОВОЧНЫХ УПРАЖНЕНИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИХ
ЭЛЕМЕНТЫ БАРЬЕРНОГО БЕГА, ПРИ ПОДГОТОВКЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ К СДАЧЕ
НОРМАТИВОВ КОМПЛЕКСА ГТО**

Аннотация. Основным назначением данного исследования явилось экспериментальное обоснование эффективности внедрения тренировочных упражнений, включающих элементы барьерного бега, в процесс подготовки детей 7–8 лет к сдаче норм комплекса ГТО.

Ключевые слова: барьерные упражнения, комплекс ГТО, младшие школьники.

Bobin S.A., Mamylna N.V.

South Ural state humanitarian-pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

The effectiveness of training exercises, including elements of barrier run, in preparation of younger schoolchildren for the delivery of complex norms GTO

Abstract. The main purpose of this study was to study the effectiveness of the experimental implementation of training exercises, including elements of the barrier running, the preparatory process for children 7-8 years to pass the GTO set of rules.

Keywords: barrier exercise, complex GTO, junior high school students.

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года указывается, что высшим приоритетом в деятельности государства является здоровье нации, которое немыслимо без систематической работы по оздоровлению граждан России, прежде всего детей и молодежи, без организации эффективной системы школьного физического воспитания и физкультурно-спортивной работы [1, с. 206–208].

В стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации в главе «Основные целевые ориентиры и этапы их реализации» это положение конкретизируется – требуется «увеличение доли обучающихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности населения ... с 34,5% до 80%» [6, с. 170–171]. Для решения поставленных государственных задач в 2014 году разработан и принят новый комплекс ГТО, как программно-нормативный документ сферы физической культуры и спорта, как система объективных показателей (ориентиров) физического развития, физического состояния, физической подготовленности, повышение уровня которых является одной из важных задач системы физического воспитания [5, с. 20–22].

В настоящее время значительное количество исследователей заняты исследованием проблемы применения нестандартных подходов к построению системы подготовки школьников к сдаче норм ГТО [4, с. 239]. Кроме того, низкая двигательная активность современных школьников на фоне психоэмоциональных нагрузок приводит к дезадаптации организма и нарушению функционирования органов и систем [2, с. 53–54; 3, с. 321–323].

Таким образом, актуальность нашего исследования определяется необходимостью внедрения тренировочных упражнений с элементами барьерного бега как инновационного инструмента направленного развития двигательных способностей в процесс подготовки детей младшего школьного возраста к сдаче норм комплекса ГТО.

Для проведения исследования, на базе МБОУ СОШ № 129 г. Челябинска, нами было сформировано две группы – экспериментальная и контрольная, по 15 мальчиков 7–8 лет в каждой группе. Все учащиеся относились к основной группе здоровья. В экспериментальной группе при подготовке к сдаче норм комплекса ГТО использовались тренировочные упражнения с элементами барьерного бега («гимнастика барьериста», отработка маховых движений барьериста; «атака барьера»; имитационные упражнения [7]). Контрольная группа занималась по типовой программе. Результаты входного и итогового тестирования были внесены в специальные протоколы и подвергнуты математико-статистической обработке [8, с. 240] (табл. 1).

Таблица 1

Показатели результативности выполнения нормативов комплекса ГТО мальчиками 7–8 лет

Этап	Кол-во учеников, выполнивших нормативы ГТО	
	ЭГ (n=15)	КГ (n=15)
Начало исследования	36,2%	35,9%
Конец исследования	56,6%**	45,5%*

Примечание: ЭГ – экспериментальная группа, КГ – контрольная группа; * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ – степень статистически значимых различий между начальным и контрольным измерением.

Анализ результатов тестирования физической подготовленности учащихся в контрольной и экспериментальной группе показал, что в среднем выполнить нормативы комплекса ГТО на начало исследования могла только треть испытуемых.

К концу нашего исследования количество мальчиков с низким уровнем физической подготовленности по результатам сдачи норм ГТО достоверно сократилось на 20,1% ($p < 0,01$) в экспериментальной группе и на 9,6% ($p < 0,05$) – в контрольной.

Следует отметить, что на начало исследования в обеих группах особые трудности вызывали испытания в беге на 30 м, челночном беге и метании мяча. Однако после проведенных занятий по предложенной методике в экспериментальной группе произошли существенные изменения данной ситуации и затруднения в выполнении этих нормативов испытывали отдельные учащиеся, которые по ряду причин пропускали занятия. В контрольной группе и к концу исследования выполнение этих нормативов вызывало определенные трудности.

На основании проведенного сравнительного анализа 2-х групп учащихся 1-го класса общеобразовательной школы можно утверждать, что при практически равных показателях уровня физической подготовленности на начало исследования физическая подготовленность детей экспериментальной группы характеризуется более высоким уровнем по результатам итогового тестирования, что свидетельствует о существующей эффективности внедрения тренировочных упражнений, включающих элементы барьерного бега, в процесс подготовки детей 7-8 лет к сдаче норм комплекса ГТО.

Библиографический список

1. Белоусова, Н.А. Здоровьесбережение – необходимый компонент безопасности образовательного процесса / Н.А. Белоусова, Н.В. Мамылина // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Безопасность социальной сферы в условиях современной поликультурной России». – Челябинск, 2012. – С. 206–211.
2. Латюшин, Я.В. Взаимодействие провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в процессе адаптации организма к 30-суточной гипокинезии / Я.В. Латюшин, Ю.Г. Камскова, Н.В. Мамылина, Л.П. Щетинкина // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2008. – № 1 (19). – С. 53–54.
3. Латюшин, Я.В. Динамика антиоксидантных ферментов в костном мозге животных на фоне коррекции церулоплазмином при действии эмоционально-болевого и гипокинетического стресса / Я.В. Латюшин, В.И. Павлова, Н.В. Мамылина // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2009. – № 12. – С. 319–326.
4. Маркина, Т.А. Инновационный подход к построению педагогической технологии физического воспитания младших школьников / Т.А. Маркина, Е.В. Шишкова // Всероссийская НПК с международным участием «Методологические проблемы общей и спортивной педагогики», 28–30 окт. 2009 г. – М., 2009. – С. 239–241.
5. Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО): постановление Правительства РФ от 11 июня 2014 г. № 540 // Сб. официальных документов и материалов. – 2014. – № 6. – С. 20–24.
6. Семченко, А.А. Оценка гармоничности физического развития современных подростков, проживающих в крупном промышленном городе, на этапе начальной спортивной специализации в легкой атлетике / А.А. Семченко, А.В. Ненашева, В.И. Павлова // Экологическая безопасность, здоровье и образование: сборник научных трудов. – Челябинск: ЗАО «Цицеро», 2015. – С. 170–173.

7. Семченко, А.А. Роль интегральной оценки морфофункциональных параметров тела у ба-
рьеристов в системе тренировочно-соревновательной подготовки [Электронный ресурс] /
А.А. Семченко, А.В. Ненашева // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2. –
Режим доступа: www.science-education.ru/ru/article/view?id=24262.

8. Шестаков, М.П. Статистика. Обработка спортивных данных на компьютере: учеб. пособие
для студентов вузов физ. культуры, направление 521900, спец. 022300 / М.П. Шестаков. – М.:
ТВТ Дивизион, 2009. – 247 с.

Буркова Е.А., Данилова И.И., Ставрова К.А.

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
«Детский сад № 181 г. Челябинска», Россия

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, РОДИВШИМИСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Аннотация. Детский сад специализируется на оказании реабилитационно-развивающих
услуг детям с патологией центральной нервной системы, синдромом детского церебрального па-
ралича, нарушением опорно-двигательного аппарата, задержкой речевого и психического разви-
тия. Предметом пристального внимания оказались вопросы использования инновационных ре-
абилитационно-образовательных технологий для детей с ограниченными возможностями здоро-
вья, родившихся недоношенными.

Ключевые слова: синдром детского церебрального паралича, дети с ограниченными воз-
можностями здоровья, дети с патологией центральной нервной системы, дети, родившихся недо-
ношенными.

Burkova E.A., Danilova I.I., Stavrova K.A.

Municipal budget preschool educational institution «Kindergarten № 181 city of Chelyabinsk»

**Innovative approach to the of rehabilitation of children with limited health abilities who were
born prematurely**

Abstract. Kindergarten is specializes in the provision of rehabilitation and developmental assisting
children with disorders of the central nervous system syndrome, infantile cerebral paralysis, a violation
of the musculoskeletal system, delayed speech and mental development. The object of attention were
questions about the use of innovative rehabilitation and educational technology for children with pre-
term disabilities. The object of close attention were questions about the use of innovative rehabilitation
and educational technology for children with preterm disabilities.

Keywords: syndrome of infantile cerebral paralysis, children with limited health abilities, children
with disorders of the central nervous system, children born prematurely.

Возраст контингента детей образовательного учреждения: от двух до семи лет. Таким обра-
зом, мы продолжаем процесс реабилитации недоношенных детей, начатый ранее. Особенностью
деятельности учреждения является *комплексное сопровождение* ребенка, включающее взаимо-
действие ряда специалистов: педагогов, дефектологов, логопедов, психолога, врачей, службы ле-
чебной физкультуры и массажа [1; 5].

Нередко дети с ограниченными возможностями здоровья, родившиеся недоношенными,
попадают в категорию детей, посещающих учреждение *в сопровождении*, поскольку не обладают

двигательными навыками и умениями, соответствующими возрастным критериям, и не способны к самообслуживанию. Основной задачей специалистов учреждения в данном случае является включение родителей в реабилитационно-образовательный процесс, обучение их приемам и методам коррекции и сопровождения детей в повседневной жизни.

Оптимальное качество реабилитационно-образовательного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья в специализированном образовательном учреждении обеспечивается путем использования современных здоровьесберегающих технологий и оборудования [2; 4]. Многокомпонентная модель интеграции разных форм двигательной деятельности детей в воспитательный процесс детского сада состоит из:

- оснащения техническими средствами реабилитационного пространства для самостоятельного беспрепятственного доступа ребенка в коррекционно-развивающие зоны;
- обеспечения ранней и интенсивной двигательной коррекции с использованием специализированного современного оборудования;
- использования сенсомоторного оборудования и технологий в коррекционно-развивающей работе и психологической коррекции.

Кинезотерапия (лечебная физкультура – ЛФК) является одним из центральных звеньев восстановительного лечения детей с ограниченными возможностями здоровья на всех этапах его развития.

Блок дифференцированного дыхания включается в каждое занятие ЛФК, включает совместную деятельность детей с учителем-логопедом, музыкальным руководителем, инструктором по плаванию и проводится в начале вводной части.

В основе двигательной реабилитации детей лежит принцип активной вертикализации. Для реализации этого принципа используются различные методики и приспособления: лечебно-нагрузочные костюмы «Адели», «Гравистат», «Атлант»; стато-кинетический тренажер Гросса, параподиум, вертикализаторы, различные опоры для стояния и ходьбы, тренажеры, балансиры и т.д. Лечебно-нагрузочный костюм «Адели» способствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и схемы движений, благодаря созданию правильных взаимоотношений между частями тела, и устранению порочной установки, является основой для формирования моторики. Заключается в воздействии на антигравитационную систему с помощью специальных тяг, направляя при этом афферентный поток импульсации, поступающий от мышц, суставов, связок, что и оказывает соответствующее нормализующее действие на структуры ЦНС, контролирующие движения и речь.

Устройство «Гравистат» состоит из установочно-базовых элементов крепления и дополнительных ротационно-корректирующих тяг. Устройство обеспечивает дозированную осевую нагрузку, имитирующую действие увеличенной силы земного притяжения, и коррекцию положения отдельных сегментов локомоторного аппарата. Кроме того, применение конструктивного элемента – реклинатора – достигает снижения тонуса больших грудных мышц.

Нейро-ортопедический реабилитационный пневмо-костюм «Атлант» (РПК) выполнен в виде комбинезона из плотной специальной ткани с эластичными камерами, в которые нагнетается воздух. Камеры расположены по ходу мышц-антагонистов туловища и конечностей. Под воздействием накаченного воздуха встроенные в костюм камеры расширяются, натягивают ткань, что обеспечивает своеобразное корсетирование туловища и конечностей. Механическое обжатие туловища и конечностей вызывает растяжение мышц, связочного и суставного аппарата, при этом усиливается проприоцептивное раздражение и создаются нейрофизиологические предпосылки для

восстановления нарушенного позотонического контроля. РПК «Атлант» используется в комплексе как самостоятельное реабилитационное средство.

Принимая во внимание то, что двигательное развитие детей оказывает мощное влияние на формирование речи, психики, интеллекта и анализаторных систем и, учитывая активационный эффект, оказываемый усиленным афферентным притоком на центральные мозговые структуры, обращается внимание на развитие речи посредством движения, формируются пространственные и временные представления [3].

Активная вертикализация осуществляется либо изолированно с использованием лечебно-нагрузочных костюмов «Адели», «Гравистат», либо в сочетании с другими приспособлениями: тренажером Гросса, опорами и дорожками для стояния и ходьбы, велотренажерами, балансирами и т.д.

Первоначально ребенка необходимо научить навыкам стояния и ходьбы с поддержкой. Тренировке реакций равновесия уделяется особое внимание, поскольку без них невозможно принять устойчивое вертикальное положение и начать ходьбу.

Вначале отрабатывают правильную позу при стоянии с опорой, затем добавляют повороты туловища, сгибание ноги в тазобедренном и коленном суставах, отведение прямой ноги вперед, назад и в сторону, выполнение ее наружной и внутренней ротации, выполнение различных движений одной рукой (другая держится за опору). Затем те же самые движения тренируют при самостоятельном стоянии без опоры. Поддерживающие приспособления используются лишь в течение короткого периода времени, при переходе из положения стоя к ходьбе. Особое внимание уделяется формированию правильной походки. Для достижения этого тщательно отрабатываются элементы шага, перенос нагрузки на пятку, затем на всю стопу, затем на носок, и, наконец, на подъем ноги.

После того, как ребенок научился ходить самостоятельно, навыки передвижения усовершенствуются путем отработки длины шага, ходьбы в разном ритме, быстрого старта и остановки по заданию, ходьбы с поворотами и других упражнений.

При грубых нарушениях двигательной активности занятия в костюме «Адели» и «Гравистат» проводятся в положениях лежа, сидя и стоя.

В положении лежа обращается особое внимание на положение головы и гашение порочных синкинезий и синергий. Тренировку начинают с контроля головы, с тем чтобы управлять реакциями выпрямления. В положении на спине учат поднимать голову и поворачивать ее в стороны. На дальнейшей стадии ребенок учится делать повороты, сидеть без посторонней помощи и активно взаимодействовать с окружающим миром. В положении на животе вырабатывается способность к удержанию головы и разгибанию грудного отдела позвоночного столба. Чтобы избавиться от порочного двигательного стереотипа при усилении шейно-тонических рефлексов, важно обучить ребенка способности изолированных, самостоятельных движений головой и конечностями, без посторонней помощи (обучение движениям головой при фиксации конечностей и наоборот).

При разгибании головы и верхней части туловища уменьшается флексорная (сгибательная) спастичность рук вследствие торможения тонических шейного и лабиринтного рефлексов. Так, осуществляя тренировку способности опереться на предплечья, стимулируются движения в ногах. При выработке опорной реакции рук параллельно стимулируется установочная реакция на плечи, а также тренируются реакции равновесия. Далее идет восстановление движений в тазобедренном суставе. Из разгибателей бедра больше других страдает большая ягодичная мышца. Когда она длительное время находится в растянутом состоянии, это пагубно влияет на ее сократительную функцию.

В положении сидя основная задача заключается в сохранении правильной осанки с симметричной постановкой головы, плеч и таза. Чтобы пациент мог сидеть, реакция равновесия и защитная реакция рук должны действовать хорошо. При тренировке этих навыков обращается особое внимание на коррекцию любых патологических поз. Параллельно проводятся тренировки двигательных навыков и коррекция неправильных установок туловища и конечностей. После того, как ребенок научился сидеть, сохраняя равновесие с опорой на руки, он должен начать тренировать реакцию равновесия без поддержки руками, а на следующей стадии продолжать так же, выполняя различные движения при неожиданных толчках и т.п. Осуществление свободных движений рук помогает сохранять стабильность тела в положении сидя. Поэтому начинается тренировка различных манипуляторных навыков рук и тонких координационных движений.

Стато-кинетическая коррекция проводится с использованием тренажера Гросса. Это оригинальный тренажер, который может быть установлен в любом месте или помещении. Тренажер состоит из натянутого троса с подвижным блоком, эластичных тяг, рычажно-карабинного механизма, страховочного пояса и колец для рук. Дозирование нагрузки создает благоприятные условия для постепенной реабилитации опорно-двигательного аппарата, что особенно важно при отсутствии навыков стояния и самостоятельной ходьбы. Метод биологически обратной связи (БОС) по электромиографии (ЭМГ) – это современный метод реабилитации, направленный на активизацию внутренних резервов организма с целью восстановления или совершенствования физиологических навыков. Метод БОС представляет собой комплекс процедур, при проведении которых человеку посредством специальных технических устройств (цепи внешней обратной связи) передается информация о состоянии той или иной функции его собственного организма. На основе полученной информации пациент под руководством инструктора с помощью специальных приемов и аппаратуры развивает навыки самоконтроля и саморегуляции. Метод БОС является оптимальным для восстановления и тренировки мышечного чувства, повышения сократительной способности мышц, релаксации гиперактивных мышц, восстановления реципрокной мышцы, коррекции патологических синергий и синкинезий, формирования манипуляционной функции кисти, правильной осанки, и походки.

Заключение

1. Выбор методов реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья основывается на оценке степени тяжести двигательных нарушений и возраста, с учетом реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза ребенка, которые отражаются в индивидуальной программе реабилитации.

2. Развитие ребенка и физическое, и интеллектуальное происходит последовательно и непрерывно. Поэтому очень важно, чтобы процесс реабилитации не ограничивался отдельными занятиями и процедурами, а сопровождал ребенка на протяжении всей его деятельности: развивающей, игровой, бытовой.

Библиографический список

1. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Киев: «Здоровья», 1988. – 328 с.

2. Белоусова, Е.Д. Факторы риска формирования и прогноз детского церебрального паралича и эпилептических синдромов у недоношенных детей с перивентрикулярной лейкомаляцией / Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никанорова, Е.С. Кешишян // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 3. – С. 84–120.

3. Гузева, В.И. Клинические рекомендации по диагностике и лечению детского церебрального паралича / В.И. Гузева, А.Л. Куренков, К.А. Семенова и др. // В кн. «Детская неврология. Клинические рекомендации» / под ред. А.И. Гузевой. – М.: ООО «МК», 2015. – В. 1. – С. 74–101.

4. Лильин, Е.Т. Пособие для родителей, имеющих детей с церебральным параличом. Особый ребенок, знайте и умеете / Е.Т. Лильин. – М., 2007. – 27 с.

5. Романова, А.Н. Применение аппарата ЭСИ-032-1 «Протон» при детском церебральном параличе / А.Н. Романова, И.И. Данилова, Е.А. Романова. // ДЭНС-факультет. Архив науч.-практ. трудов. Применение ДЭНС-терапии в педиатрии. – Екатеринбург, 2005. – Т. II. – С. 18–19.

Буркова Е.А., Санникова Т.А.

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
«Детский сад № 181 г. Челябинска», Россия

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ИГРА «САМЫЙ УМНЫЙ В ДЕТСКОМ САДУ»

Аннотация. В статье предлагается авторская логопедическая игра «Самый умный» для детей от пяти лет. Данная игра составлена по разделам, для работы с определённым звуком. Игра развивает лексико-грамматическую сторону речи ребенка, а также мышление, память, внимание, воображение.

Ключевые слова: речь, речевые нарушения, логопедическая работа, усвоение звуков, мышление, память, внимание, воображение.

Burkova E.A., Sannikova T.A.

Municipal budget preschool educational institution «Kindergarten № 181 city of Chelyabinsk»

Logopedic game «The cleverest in kindergarten»

Abstract. Author's working-out – logopedic game «most intelligent», for children aged five years was represented. This game is made by thematic sections designed to work with the formulation of a particular sound. The game is intended to form the lexical and grammatical structure of the oral language of the child, as well as develops thinking, memory, attention and imagination.

Keywords: speech, speech disorders, logopedic work, learning sounds, thinking, memory, attention, imagination.

«Усваивая родной язык, ребенок усваивает не одни только слова, но бесконечное множество понятий, воззрений на предметы, множество мыслей, чувств, художественных образов, логику и философию языка – и усваивает легко и скоро, в два-три года столько, что и половины того не может в 20лет прилежного и методического учения. Таков этот великий народный педагог – родное слово».

К.Д. Ушинский

Родной язык – это язык, усваиваемый человеком в раннем детстве путем подражания окружающим его взрослым. Между речью и языком сложные диалектические взаимоотношения: речь осуществляется по правилам языка и под влиянием ряда факторов, она изменяет и совершенствует язык [1; 5].

Речь возникает при наличии определенных биологических предпосылок и прежде всего нормального созревания и функционирования центральной нервной системы. Также речь являет-

ся важнейшей социальной функцией, поэтому для ее развития одних биологических предпосылок недостаточно, она возникает только при условии общения ребенка с взрослым [3; 4].

Специфика контингента детей нашего специализированного образовательного учреждения – это патология центральной нервной системы, синдром детского церебрального паралича, нарушение опорно-двигательного аппарата, задержка психического развития, сложные речевые нарушения, такие как дизартрия и общее недоразвитие речи.

Учитель-логопед специализированного дошкольного учреждения выстраивает систему работы в зависимости от особенностей и возможностей каждого ребёнка, организует целенаправленный коррекционно-образовательный процесс, использует в работе разнообразные формы, методы и приемы.

Важной частью логопедической работы является автоматизация поставленных звуков. Автоматизация звука – это этап при коррекции неправильного звукопроизношения, следующий после постановки звука, направлен на формирование правильного произношения звука в связной речи, заключается в постепенном, последовательном введении поставленного звука в слоги, слова, предложения и в самостоятельную речь.

Многoletний опыт педагогической работы показывает, что автоматизация звуков для детей с общим недоразвитием речи – сложный и порой длительный процесс, требующий концентрации внимания и самоконтроля ребёнка [4; 5].

Игра выступает как самая важная деятельность ребенка дошкольного возраста, через которую педагог может решить образовательные и коррекционные задачи. Наибольших результатов можно достичь во взаимодействии педагогов с детьми и родителями, педагоги нашего учреждения успешно выстраивают это взаимодействие [2; 6; 7].

Предлагаем авторскую игру «Самый умный», которая рассчитана на детей от пяти лет. Речевой материал состоит из частей, содержащих ответы на вопросы с определённым звуком, что облегчает автоматизацию конкретного звука в словах. Помимо усвоения звуков, игра развивает лексико-грамматическую сторону речи ребенка, а также мышление, память, внимание, воображение, то есть психологическую базу устной речи.

В нашем детском саду игра с успехом проводится на индивидуальных, подгрупповых занятиях с учителем-логопедом и в совместной деятельности с воспитателями в течение дня.

Особой популярностью у детей старшей и подготовительных групп пользуется эта игра, организованная в виде игры-соревнования на сообразительность по типу телевизионной игры «Самый умный». Ребенку в качестве задания предъявляется речевой материал и оценивается скорость и точность самостоятельного ответа. При этом отдельно оценивается правильность звукопроизношения, лексико-грамматическое построение ответа.

Примерный речевой материал к игре «Самый умный» для автоматизации звуков речи

Звук С	Звук З
<p>Где растут фруктовые деревья? Что выжимают из апельсина? На чём взвешивают продукты? Что нам показывает время? Волосы заплетают в ... Что повар варит в кастрюле? Кто пасёт коров? Коровы пасутся в одном ... Когда много птиц – это... Что в песочнице? На чём Саня едет с горы? Какая птица спит днём?</p>	<p>Что раскрывают, чтобы укрыться от дождя? Длинноухий трусишка из сказки. Чем мы смотрим? Чем пережевываем пищу? Во что ставят цветы? Потолок вверху, а пол ... Когда бывает гром и молния? Самый красивый цветок с шипами – это ... У какого дерева белый ствол? Дети ждут подарков на Новый годот ... Лети-лети, лепесток, через ...</p>

Звук Р	Звук Л
Кто ловит рыбу? Чем ты рисуешь? Кто нас лечит? Из чего бежит вода? В небе коромыслом повисла... Из чего солдат варил кашу? А повар из чего варит кашу? Чем закрывают коробку или банку? На чём летают в космос? Из чего стреляет охотник? Им строгоют доску. Кто играет в театре? Где спит медведь?	Чем едят суп? Чем едят котлету? Чем подметают двор? В комнате вверху ..., а внизу ... В небе ночью светит ... Чем пилят дрова? Кто собирает мёд? Чем катают тесто? Где живет волк? Дети идут 1 сентября в ... С чем любят играть девочки? Где стоят книги? Скачет всадник на ...
Звук Ч	Звук Ж
Кто порхает над цветами? Чем ловят бабочек? Скажи наоборот: грязный ... Мой весёлый звонкий ... Встретил ёжика бычок и лизнул его в ... Чем ловят рыбу? Назови ласково: утка – ..., палец – ... По небу плывёт чёрная ... Чем разжигают костёр? Что делает доктор Айболит? После чего наступает ночь?	У семи сороконожек было много тонких ... Поля выше, а Оля – ... Что у пчелы ядовитое? В болоте жила старая ... Что растёт на дубе? Где загорают? Весело бегать после дождя по ... Зимой холодно, а летом ... Когда собираются спать, надевают ... Осенью собирают богатый ...
Звук Ш	
Что носят на голове для тепла? Что повязывают на шею, чтобы не простудиться? Куда ходят ученики? Что делают на кондитерской фабрике из какао? Что варят из манки? пляжная одежда: майка и ... Чем моют голову? Папа под пиджак надевает ... Чем завешивают окна? Что у дома вверху? Зимняя одежда из меха	

Также используется родителями для занятий с ребёнком дома, что помогает разнообразить утомительное повторение слов и увлекательно автоматизировать звук, развивая и обогащая речь в целом.

Применение вышеуказанной игры, как формы коррекционной работы с детьми с ОВЗ, дает положительный результат в динамике развития речи и усвоении родного языка, развитии фонетической и лексико-грамматической сторон речи ребенка, а также развитию мышления, памяти, внимания, воображения, то есть психологической базы устной речи.

Мы надеемся, что данная игра читателю понравилась, и будет использоваться в работе практикующими логопедами, другими специалистами, воспитателями и родителями. Желаем успехов в нашем общем труде!

Библиографический список

1. Беляева, О.А. Клинико-логопедическое обследование детей группы риска по речевым нарушениям / О.А. Беляева, Е.А. Никитина, А.Н. Романова // Оздоровление средствами образования и экологии: матер. V Междунар. науч.-практ. конф., 24–27 сентября 2008 г. – Челябинск – СПб.: Изд-во ЧГПУ; Изд-во ЦНИТ «АСТЕРИОН», 2008. – С. 41–45.

2. Коноваленко, В.В. Индивидуально-подгрупповая работа по коррекции звукопроизношения / В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко, М.И. Кременицкая. – М.: Гном, 2012. – 216 с.
3. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманитарный изд-кий центр «ВЛАДОС», 1997. – 400 с.
4. Руденко, В.И. Логопедия: практ. пособие / В.И. Руденко. – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2004. – 288 с.
5. Филичева, Т.Б. Основы логопедии / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: «Просвещение», 1989. – 223 с.
6. Филичева, Т.Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: практ. пособие / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина. – М.: Айрис-пресс, 2008. – 224 с.
7. «Шпаргалка» для учителя-логопеда дошкольного образовательного учреждения: справочное пособие для логопеда-практика / автор-составитель Р.А. Кирьянова // Серия «Мастер-класс логопеда». – СПб.: «Изд-во КАРО», 2008. – 384 с.

Валева Г.В.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

МЕТОДИКА «ИЕРАРХИЯ ПРИОРИТЕТОВ ЛИЧНОГО РАЗВИТИЯ: МОДЕЛИРОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ЖИЗНИ»

Аннотация. В статье предлагается методика, которая позволяет повышать внутреннюю целостность субъекта и моделировать желаемое будущее.

Ключевые слова: иерархия, приоритеты, развитие, моделирование, прогнозирование

Valeeva G.V.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

The method of «Hierarchy of priorities for personal development: modeling and efficient planning of life»

Abstract. The paper proposes a method, which improves the internal integrity of the subject and to model the desired future.

Keywords: hierarchy, priorities, development, modeling, forecasting.

В современных исследованиях здоровье рассматривается как система, состоящая из трех взаимосвязанных благополучий: физического, психологического и социального [4; 6], а проблемы здоровья – как нарушение процесса развития человека [1; 5]. Критерий протекания этого процесса – психофизическое самочувствие и психоэмоциональные состояния, исследования которых проводятся нами с 2008г. при помощи программы «Гармония» (авт. св-во № 2014661107, 2014 г.) [2]. Выраженность этих состояний отражает уровень целостности субъекта, то есть его здоровье. Исследования показали: более трети студентов и половины педагогов (общая численность выборки 2000 человек) не удовлетворены своим психофизическим самочувствием и психоэмоциональным состоянием [2; 3], то есть их целостность как субъекта нарушена, что проявляется в проблемах со здоровьем.

Решая задачу повышения внутренней целостности субъекта, мы разработали и используем методику «Иерархия приоритетов развития», которая состоит из четырех стадий.

Первая стадия этой методики «Хочу» позволяет человеку осознать экзистенциальный смысл его желаний и реальных действий, испытать и осознать переживание истинной исполненности либо отсутствия. Исполненность – это результат воплощения в жизнь ценностей, которые человек ощущает как свои собственные, поэтому, тратя время и силы своей жизни, он в ответ получает нечто важное, что воспринимается им как равное вложенному или превосходящее его. Истинная исполненность выступает как лучшая профилактика нарушения целостности субъекта.

Клиенты записывают указанные ниже неоконченные предложения. Стратегическое планирование: «Я хочу через 28 лет...», «Я хочу через 7 лет...», «Я хочу через n-количество лет до следующего возрастного кризиса...». Тактическое планирование: «Я хочу каждый год...», «Я хочу каждые полгода...», «Я хочу каждый месяц...», затем каждое из них прорабатывается в медитации (текст медитации подстроен под клиента, короткий и обязательно связан с процессом дыхания). Перед каждой из фраз повторяется текст медитации с указанием конкретного временного цикла. Критерием истинности желаний служат приятные ощущения в теле участников при создании формулировки своего желания, кроме того, желания должны быть окрашены в приятные для участника цвета. Затем все «хочу» согласовываются по «принципу матрешки»: каждое последующее желание должно опираться на предыдущее, предыдущее желание работать на последующее. Если данный принцип нарушается, то последующее желание не будет реализовано и превратится в проблему.

Вторая стадия «Делаю»: анализируется, сколько времени тратится на реализацию своего «хочу» каждый день. Если на желания тратится меньше 51% времени, то они реализованы не будут, следовательно, удовлетворенность не будет достигнута. Часто происходит осознание бессмысленности потраченного в течение дня времени. В этом случае человек ощущает неудовлетворенность, что приводит к нарушению здоровья, либо люди осознают свои приоритеты и тот факт, что их развитие идет в желаемом направлении.

На третьей стадии «Могу» решается вопрос «что мне еще нужно сделать для реализации своих желаний?» и поэтому осознается необходимость и возможность изменения всей системы его жизни.

Вновь осознанная и сформированная человеком система отношения с миром – четвертая стадия методики, которая является переходом к конкретному моделированию здорового образа жизни.

Использование методики в индивидуальном и групповом консультировании клиентов, среди которых преобладали девушки 17–19 лет и женщины 30–50 лет дало следующие результаты: 85%, осознав, что развиваются в желаемом направлении, оптимизировали управление своей жизнью; 12%, осмыслив причины возникающих проблем, пока не предприняли каких-либо действий по их устранению; 13% осознали необходимость глубинной психологической работы и прошли консультирование: выстраивание желаемой иерархии приоритетов, моделирование их реализации в жизни.

Библиографический список

1. Богданов, Е.Н. Психология развития: учеб. пособие для студентов / Е.Н. Богданов. – М.: Высш. шк. психологии, 2011. – 174 с.
2. Валеева, Г.В. Комплексное изучение субъективной составляющей здоровья / Г.В. Валеева, З.И. Тюмасева, И.Л. Орехова // «Ученые записки СПбГИПСР» / под. ред. проф. Ю.П. Платонова. – СПб.: СПбГИПСР, 2015. – С. 53–59.

3. Мамылина, Н.В. Вероятностное прогнозирование поведения студентов в условиях экзаменационного стресса / Н.В. Мамылина, В.И. Павлова, Ю.Г. Камскова // Вестник Челябинской государственной академии культуры и искусств. – 2004. – Вып. 13 (№ 2). – С. 30–38.

4. Здоровая личность: монография / под ред. проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2013. – 950 с.

5. Тюмасева, З.И. Эколого-валеологические тайны модернизации «современного образования»: словарь-справочник / З.И. Тюмасева, В.П. Старикова. – Сургут, 2003. – 250 с.

Велижанцева С.О.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ТРОФИЧЕСКИЕ СВЯЗИ СКЛАДЧАТОКРЫЛЫХ ОС (HYMENOPTERA, VESPIDAE) ЮЖНОГО УРАЛА

Аннотация. В статье представлен видовой состав складчатокрылых ос, обитающих на Южном Урале. Показаны трофические связи имаго и личинок складчатокрылых ос и дана их характеристика.

Ключевые слова: трофические связи, имаго, личинки, складчатокрылые осы.

Velizhantseva S.O.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Trophic communications skladchatokrylykh of wasps (Hymenoptera, Vespidae) South Ural

Abstract. The specific structure the skladchatokrylykh of the wasps living in South Ural is presented in article. trophic communications of an imago and larvae the skladchatokrylykh of wasps are shown and their characteristic is given.

Keywords: trophic communications, imago, larvae, skladchatokryly wasps.

Распределение, приуроченность к биотопам, обилие, численность, трофические адаптации насекомых в первую очередь обусловлены природными условиями среды обитания.

В этом отношении Южный Урал, регион нашего исследования, характеризуется уникальным положением на стыке горно-лесной, лесостепной и степной зон.

За пять лет (с 2012 года) изучения складчатокрылых ос на территории Южного Урала нами зарегистрировано 13 видов этих насекомых, относящихся к четырем родам.

Под *Vespula* (Thomson, 1869)

1. *Vespula austriaca* (Panzer, 1799)
2. *Vespula rufa* (Linnaeus, 1758)
3. *Vespula germanica* (Fabricius, 1793)
4. *Vespula vulgaris* (Linnaeus, 1758)

Под *Polistes* (Latreille, 1802)

5. *Polistes nimpha* (Christ, 1791)
6. *Polistes gallicus* (Linnaeus, 1767)

Под *Dolichovespula* (Rohwer, 1916)

7. *Dolichovespula saxonica* (Fabricius, 1793)
8. *Dolichovespula media* (Retzius, 1783)
9. *Dolichovespula norwegica* (Fabricius, 1781)
10. *Dolichovespula sylvestris* (Scopoli, 1763)
11. *Dolichovespula omissa* (Bischoff, 1931)
12. *Dolichovespula adulterina* (du Buysson, 1905)

Под Vespa (Linnaeus, 1758)

13. *Vespa crabro* (Linnaeus, 1758)

Складчатокрылые осы – это общественные насекомые, которые являются эффективными опылителями. Имаго питаются нектаром, веществами, содержащими большое количество сахара, например, сок фруктов и выделения тли. Для них характерен пищевой обмен трофаллакс, который отмечен у общественных насекомых: муравьев и термитов. Они способны слизывать секреторные капли, выделяемые личинками.

Несмотря на политрофность взрослых особей, они явно отдают предпочтение зонтичным, бобовым, губоцветным, сложноцветным и кипрейным растениям.

По данным А.В. Антропова (2008), самка-основательница питается только личиночным секретом, а в непогоду он становится единственным источником пищи не только для нее, но и для рабочих особей.

Однако складчатокрылые осы кормят своих личинок насекомыми, которых перед кормлением тщательно пережевывают. Каждое кормление личинки длится около 10 секунд, после чего порция приготовленной пищи передается следующей. Одной порции хватает на четыре личинки. Кормом для личинок служат гусеницы чешуекрылых (Rabb 1957, 1960). В 2016 году наблюдалось массовое размножение на капусте капустной белянки. В этой связи отмечалась, что в конце августа – начале сентября зарегистрирована большая численность веспид на опавших яблоках в садах.

Таким образом, по трофическим связям имаго и личинки складчатокрылых ос резко отличается. Имаго складчатокрылых ос питается нектаром и круг растений, опылителей осами, очень велик. Однако для развития личинок необходима белковая пища. Складчатокрылые осы для этого предпочитают собирать гусениц бабочек, личинок этих насекомых можно отнести к энтомофагам.

Библиографический список

1. Абашеев, Р.Ю. Экология общественных складчатокрылых ос (Hymenoptera, Vespidae: Vespinae, Polistinae) в Селенгинском среднегорье: автореф. дис. ... канд. биол. наук / Р.Ю. Абашеев. – Улан-Удэ, 2009. – 19 с.
2. Велижанцева, С.О. Биология массовых видов складчатокрылых ос (Hymenoptera, Vespidae) Южного Урала / С.О. Велижанцева, З.И. Тюмасева // Вестник ЧГПУ. – Челябинск, 2015. – № 2. – С. 298–305.

Гаврилова Е.И., Артеменко Б.А.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ БЕЗОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Аннотация. В статье проведен анализ проблемы формирования основ безопасного поведения у учащихся начальной школы в соответствии с ФГОС начального общего образования. Рассмотрены основные направления организации педагогического процесса по формированию основ безопасного поведения учащихся младшей школы.

Ключевые слова: безопасность жизнедеятельности, безопасное поведение, безопасное пространство, начальная школа, учащиеся начальных классов, Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования.

Gavrilova E.I., Artemenko B.A.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, *Chelyabinsk, Russia*

The Formation of safe behavior of pupils in the primary school

Abstract. The article analyzes of the problems formation of bases safe behavior among primary school pupils in accordance with the FSES primary education. The main directions of the organization educational process on the formation of foundations safe behavior of primary school pupils.

Keywords: life safety, safe behavior, safe environment, primary school, primary school pupils, the Federal state educational standard primary education.

Современная школа должна быть безопасным пространством, где должны быть созданы условия личной безопасности учащихся на основе как нормативно-правовой базы, так и использования современных достижений науки и техники в этой области. Особенно это актуально в начальной школе, поскольку дети 7–10 лет в большей степени могут оказаться в ситуации опасности, особенно психологической.

С введением ФГОС начального общего образования ответственность педагога возросла. В соответствии со стандартом при получении начального общего образования осуществляется укрепление физического и духовного здоровья обучающихся. Стандарт ориентирован на становление личностных характеристик выпускника, в том числе о выполнении им правил здорового и безопасного для себя и окружающих образа жизни [6]. Ответственность за формирование этих навыков возложена на педагога. При этом педагогический процесс строится на сотрудничестве – совместной работе учащихся и педагога в ходе овладения знаниями.

Формирование навыков организации безопасного поведения учащихся может реализовываться в нескольких предметных областях:

1. Обществознание и естествознание, когда ребенок знакомится с целостностью окружающего мира, осваивает основы экологической грамотности, элементарных правил нравственного поведения в мире природы и людей, норм здоровьесберегающего поведения в природной и социальной среде.

2. Физическая культура, где формируется система знаний об основах здорового и безопасного образа жизни.

Учитель в процессе формирования навыков безопасного поведения учащихся должен осуществлять деятельность, в результате которой развиваются и формируются варианты их поведения: деструктивное поведение (делинквентное, девиантное, суицидальное т.д.); безопасная жизнедеятельность, направленная на профилактику и минимизацию ущерба от вредных и опасных факторов (социальная среда, информационное поле и т.д.) [3].

В учебном процессе совместные действия педагога и учащихся приводят к различным изменениям деятельности, способностей и личностных качеств школьников, в том числе к формированию опыта «неправильного поведения», который является причиной возникновения опасных ситуаций или потерь в опасных ситуациях; формирование опыта неуспешного поведения в опасных ситуациях; формирование опыта успешных действий по профилактике, минимизации последствий, преодолению опасных ситуаций; психотравмирующее влияние деятельности учащихся в опасных ситуациях, развитие черт тревожности, формирование склонности к неадекватным эмоциональным реакциям на факторы риска; сохранение личности учащихся от внутренних и внешних влияний с использованием различных видов психологической защиты [5].

Приведенные результаты учебного процесса проявляются в случае, если формирование безопасного поведения учащихся сводят к теоретическому изучению возможных источников опасности и поведению в опасных ситуациях. Однако в действительности подготовка к безопасной жизнедеятельности, по нашему убеждению, должна осуществляться в процессе деятельности, в которую вовлечены различные элементы культуры безопасности и контркультуры деструктивности.

Как считает Т.Ю. Давыдова (2001), в процессе обучения навыкам безопасного поведения учащиеся должны взаимодействовать с элементами культуры безопасности, суть которых в том, что они содержат правила, нормы, традиции безопасной жизнедеятельности, но не содержат информации об опасности и тем более реальных опасных ситуаций [2].

Что касается формирования безопасного поведения, то этот процесс, как отмечает ряд авторов (Т.Ю. Давыдова, 2001, Э.Я. Егорова, 2004, Н.Н. Авдеева, О.Л. Князева, Р.Б. Стеркина, 2007, Л.А. Акимова, Е.Е. Лутовина, 2008 и др.), включает: общую теоретическую подготовку к безопасной жизнедеятельности, формирование предметных умений и навыков, психологическую подготовку к безопасной жизнедеятельности, а также развитие качеств личности, необходимых для безопасной жизнедеятельности [1; 2; 4]. Таким образом, в составе формирования безопасного поведения присутствуют составляющие: формирование предметных действий предстоящей деятельности и специальная подготовка к безопасности жизнедеятельности.

Разделяя точку зрения специалистов, отметим, что формирование безопасного поведения – это компонент педагогического процесса, способствующий формированию личности, готовой действовать в непредсказуемых условиях, стремящейся к постоянному самосовершенствованию и реализации новых возможностей. В качестве такого компонента в учебном процессе выступает учебный курс основ безопасности жизнедеятельности, поскольку его содержание направлено на формирование культуры безопасности, осуществляет профилактику вредных и опасных факторов жизнедеятельности. Кроме того, процесс формирования безопасного поведения школьников является важным этапом педагогического процесса, на котором осуществляется воплощение культуры безопасного поведения в личности учащегося.

Библиографический список

1. Авдеева, Н.Н. Безопасность: учеб.-метод. пособ. по основам безопасности жизнедеятельности детей младшего школьного возраста / Н.Н. Авдеева, О.Л. Князева, Р.Б. Стеркина. – М.: Детство-Пресс, 2007. – 144 с.
2. Давыдова, Т.Ю. Педагогические основы управления процессом формирования знаний и умений по безопасности жизнедеятельности: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Т.Ю. Давыдова. – Тула, 2001. – 208 с.
3. Иовенко, И.В. Теория и практика формирования у учащихся общеобразовательной школы культуры безопасности жизнедеятельности в чрезвычайных ситуациях: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.01 / И.В. Иовенко. – М., 2003. – 408 с.
4. Теория и методика обучения ОБЖ в школе: учеб. пособие / сост. Л.А. Акимова, Е.Е. Лутовина. – Оренбург: ОГПУ, 2008. – 268 с.
5. Топоров, И.К. Основы безопасности жизнедеятельности: учеб. для учащихся 5–9 кл. / И.К. Топоров. – М.: Просвещение, 1996. – 158 с.
6. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования, утвержден приказом Минобрнауки РФ № 373 от 06.10.2009 г.

Ганченкова Г.П.* , Сурина-Марышева Е.Ф. , Яковлева В.П.***

Заварухина С.А.* , Пирогова И.Ю.* , Волкова Л.Н.*****

*Уральский государственный университет физической культуры

г. Челябинск, Россия

**Институт спорта, туризма и сервиса ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский
государственный университет» (научно-исследовательский университет)

г. Челябинск, Россия

***Частное дошкольное образовательное учреждение

«Детский сад № 152 открытого акционерного общества «Российские железные дороги»

г. Челябинск, Россия

КАПОЭЙРА В РАБОТЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ

Аннотация. В работе представлен результат формирования здоровьесберегающего пространства в системе дошкольного образовательного учреждения средствами капоэйры.

Ключевые слова: капоэйра, здоровьесберегающее пространство, дошкольное образовательное учреждение.

Ganchenkova G.P.* , Surina-Marysheva E.F. , Yakovleva V.P.* , Zavarukhina S.A.* , Pirogova I.U.*** , Volkova L.N.*****

*The Ural State University of Physical Education, Chelyabinsk, Russia

**Institute of Sport, Tourism and Services Federal State State-Financed Educational Institution of High Education «South Ural State University» (national research university) Chelyabinsk, Russia

***Non-state pre-school educational establishment kindergarten # 152 OJSC (Open joint stock company) «Russian Railways (RR)», Chelyabinsk, Russia

The capoeira in the working with preschool children

Abstract. In article described the resultants of health technology space creation in the pre-school educational system using the capoeira technics.

Keywords: the capoeira, health technology space, pre-school educational establishment kindergarten.

Капоэйра – бразильский танец – боевое единоборство, на современном этапе исторического развития представлена в различных видах:

- 1) как вид спорта;
- 2) как вид оздоровительной физической культуры (используется в фитнес-индустрии).

Капоэйра – бразильское боевое единоборство с элементами танца и акробатики, которое ведет свое происхождение от субкультуры африканского национального танца. Участники формируют круг, в который входят поочередно и показывают свое умение, либо играют на музыкальных инструментах, поют, либо демонстрируют свои боевые навыки в спарринге. Танец-схватка насыщена быстрыми и ловкими акробатическими движениями, прыжками, финтами (обманными движениями), ударами ногой, рукой и даже головой.

В Россию капоэйра пришла в 1998 году, когда бразильские мастера провели первые семинары в Москве. В России средства капоэйры широко применяются в фитнес-клубах, так как оказывают всесторонне действие на физическое состояние занимающихся.

Для движений капоэйриста характерны:

– переменная мощность работы, сопряженная с постоянными изменениями структуры двигательных действий и направления движений;

- изменчивость ситуации, сочетаемая с дефицитом времени;
- ритмичность движений.

Нестандартные упражнения характеризуются смешанной структурой движений, преобладанием динамической скоростно-силовой работы, высокой эмоциональностью.

В отношении центральной нервной системы предъявляются высокие требования к «творческой» функции мозга из-за отсутствия стандартных программ двигательной деятельности. Особое значение имеют процессы восприятия и переработки информации в крайне ограниченные интервалы времени, что требует повышенного уровня пропускной способности мозга. Капэйристу необходима не только оценка текущей ситуации, но и предвосхищение возможных ее будущих изменений, то есть развитая способность к экстраполяции.

При выполнении ударных действий и бросков основная рабочая фаза движений занимает десятые и сотые доли секунды. Это исключает внесение сенсорных коррекций в текущий двигательный акт, следовательно, все движение должно быть заранее и очень точно запрограммировано и быть отработано до автоматизма. При этом сама программа действия и имеющиеся двигательные навыки спортсмена должны постоянно варьировать в зависимости от изменений условий их выполнения. Все эти условия ситуационной деятельности требуют высокой возбудимости и лабильности нервных центров, силы и подвижности нервных процессов, помехоустойчивости к значительной нервно-эмоциональной напряженности, а также специфических черт умственной работоспособности – развитого оперативного мышления, большого объема и концентрации внимания, распределения внимания, способности к правильному принятию решений и быстрой мобилизации из памяти технических комбинаций, двигательных навыков и умений для эффективного решения тактических задач [2].

Роль сенсорных систем исключительно велика, особенно дистантных – зрительной и слуховой. В ситуационной деятельности имеют значение, как центральное зрение, так и периферическое. Для ориентации в пространстве и времени важное значение имеет слуховая сенсорная система. Резкие изменения направления и формы движений, повороты, падения, броски вызывают сильное раздражение отолитового и ампулярного аппаратов вестибулярной сенсорной системы. Требуется высокая вестибулярная устойчивость, чтобы не происходили при этом нарушения координации движений и негативные вегетативные реакции. В двигательной сенсорной системе занятия ситуационными видами спорта вызывают повышение проприоцептивной чувствительности в тех суставах, которые имеют основное значение в данном виде спорта.

Занятия ситуационными упражнениями развивают в двигательном аппарате высокую возбудимость и лабильность скелетных мышц, хорошую синхронизацию скоростных возможностей разных мышечных групп. Развитие силы и скоростно-силовых способностей помогает осуществлению точных и резких бросков и ударов. Требуется также хорошая гибкость и выносливость.

Энергетические затраты в ситуационных упражнениях сравнительно ниже, чем в циклических. В связи с большими различиями в размерах площадок, темпе движений соотношения аэробных и анаэробных процессов энергообразования заметно различается. Переменная мощность физических нагрузок позволяет во многом удовлетворять кислородный запрос уже во время работы и снижает величину кислородного долга [2].

В процессе занятий наряду с улучшением координационных способностей, скорости движений, формируется чувство ритма. Возраст 5–6 лет является сенситивным периодом развития всех данных качеств [1]. Двигательная активность, реализуемая в игровой форме, способствует гармоничному развитию организма дошкольника, а также, по-видимому, улучшает психоэмоциональное состояние детей.

Организация и методика исследования. Исследование проводилось на базе Частного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 152 ОАО «РЖД» в период с октября 2015 года по июнь 2016 года. Всего в исследовании принимали участие 62 ребенка старшего дошкольного возраста (5–6 лет). Предварительно было получено в письменной форме согласие родителей на доступ к индивидуальной информации ребенка и использованию данных, полученных в ходе научно-исследовательской работы только в научных целях. Экспериментальная работа заключалась в коррекции психофункционального состояния детей на основе технологий бразильского вида единоборств, широко применяемых в фитнес-индустрии (в том числе детской).

В экспериментальной работе участвовали дети только первой и второй групп здоровья, которым можно заниматься физической культурой. В контрольной группе проводились занятия физической культурой по традиционной программе.

Дети экспериментальной группы занимались по разработанной методике коррекции психофункционального состояния средствами капозйры, реализованными на основе индивидуально- и личностно-ориентированного подхода с учетом психофизиологических особенностей занимающихся.

Для оценки эффективности разработанной нами методики были применены следующие методы исследования:

– психологические методы (цветовой тест Люшера, оценка устойчивости и концентрации внимания);

– психофизиологические методы (скорость и точность простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР), скорость реакции на движущийся объект (РДО), помехоустойчивость; определение уровня функционального состояния по критериям Т.Д. Лоскутовой);

– физиологические методы (оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы и уровня адаптивных резервов по данным спектрального анализа вариабельности сердечного ритма) [3].

Анализ полученных экспериментальных данных позволил сделать вывод, что занятия с детьми 5–6 лет капозйра способствует нормализации психо-эмоционального состояния, уменьшению случаев психической напряженности и психологического стресса, улучшению сенсомоторной интеграции в функциональных системах организма ребенка за счет оптимизации процессов возбуждения и торможения.

Анализ динамики психологического состояния в течение учебного года у детей контрольной группы выявил увеличение детей с психологическим стрессом и психической напряженностью. В исследуемой выборке дошкольников можно отметить ухудшение устойчивости внимания к концу учебного года (на правах тенденции).

Библиографический список

1. Безруких, М.М. Возрастная фитология. Физиология развития ребенка: учеб. пособие / М.М. Безруких. – М.: Академия, 2003. – 416 с.

2. Детские тренировки на основе бразильского боевого искусства Капозйра [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://capoeira4family.com/>

3. Сурина-Марышева, Е.Ф. Организация науч.-исследовательской работы в вузе физической культуры / Е.Ф. Сурина-Марышева, Г.П. Ганченкова, // Система менеджмента качества в вузе: здоровье, образованность, конкурентоспособность. – 2015. – С. 275–278.

Ганченкова Г.П.* , Сурина-Марышева Е.Ф.**

Яковлева В.П.* , Пирогова И.Ю.*, Волкова Л.Н.*****

*Уральский государственный университет физической культуры
г. Челябинск, Россия

**Институт спорта, туризма и сервиса ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский
государственный университет» (научно-исследовательский университет)
г. Челябинск, Россия

***Частное дошкольное образовательное учреждение
«Детский сад № 152 открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
г. Челябинск, Россия

**МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО
ПРОСТРАНСТВА В СИСТЕМЕ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
(ПО ИТОГАМ РАБОТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ЗА ПЕРИОД 2013–2016 ГГ.)**

Аннотация. В работе описана модель формирования здоровьесберегающего пространства в системе дошкольного образовательного учреждения.

Ключевые слова: модель, здоровьесберегающее пространство, дошкольное образовательное учреждение.

Ganchenkova G.P.* , Surina-Marysheva E.F. , Yakovleva V.P.* , Pirogova I.U.*** , Volkova L.N.*****

*The Ural State University of Physical Education, Chelyabinsk, Russia

**Institute of Sport, Tourism and Services Federal State State-Financed Educational Institution of High Education «South Ural State University» (national research university) Chelyabinsk, Russia

***Non-state pre-school educational establishment kindergarten № 152 OJSC (Open joint stock company) «Russian Railways (RR)», Chelyabinsk, Russia

The model of health technology space creation in the system of preschool educational institutions (in the end of the experimental area for the period 2013–2016)

Abstract. In article described the model of health technology space creation in the pre-school educational system.

Keywords: model, health technology space, pre-school educational establishment kindergarten.

Известно, что здоровье человека закладывается в раннем детстве и определяется как возрастными особенностями растущего организма, так и влиянием на него окружающей среды (Безруких М.М., 2003; Лазутова М.Н., 2000; Яковлева Т.В., 2011, Сурина-Марышева Е.Ф., 2015). Проблема создания здоровьесберегающего пространства на современном этапе развития дошкольного образования еще больше актуализируется в условиях реализации новых стандартов, закрепляющих образовательную функцию дошкольного образовательного учреждения (ДОУ). В решении данной проблемы возможно консолидировать усилия не только администрации и специалистов ДОУ, но и высших учебных заведений в рамках различных проектов научно-экспериментальной работы.

Этапы реализации и содержание

I этап – организационно-методический

1. Определение основных проблем, которые должен решать проект «Здоровьесберегающее пространство в дошкольном образовательном учреждении в условиях реализации Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».

2. Выбор участников проекта, учитывая предполагаемые проблемы, которые должен решать данный проект.

3. Создание на базе ДОО экспериментальной площадки (разработка положения об экспериментальной площадке).

4. Получение согласия родителей на участие в научно-исследовательской работе на базе ДОО, в том числе использования персональных данных детей.

Этап проводится в течение сентября текущего учебного года.

II этап – основной

1. На этом этапе организуется первоначальное исследование особенностей состояния здоровья, психофункционального состояния, типа физического развития, физической подготовленности детей. Обследование рекомендуется проводить в октябре текущего учебного года.

Рекомендуемая программа:

– состояние здоровья (используются данные медицинских карт); дополнительно рекомендуется проводить обследование состояния стопы методом плантографии;

– тип физического развития (по параметрам физического развития: роста, массы тела (с использованием центильных таблиц), окружности грудной клетки; ЖЕЛ, силы кисти);

– психо-эмоциональное состояние детей; психолог ДОО может тестировать параметры умственного развития ребенка;

– психофункциональное состояние детей (по параметрам скорости и точности простой и сложной зрительно-моторных реакций, включая использование критериев Т.Д. Лоскутовой);

– функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и уровня ее адаптивных резервов;

– физическая подготовленность (по результатам тестирования параметров развития различных физических качеств – силы, ловкости, скоростно-силовых качеств, быстроты и выносливости).

С учетом особенностей, специфики и уровня материально-технической базы, как самого дошкольного учреждения, так и вуза возможно расширение, дополнение и вариации используемых методов и методик исследования.

В случае отсутствия возможности привлечения сторонних специалистов все исследования проводят специалисты ДОО (врач, медицинская сестра, психолог, инструктор по физическому воспитанию) с привлечением воспитателей.

2. Обработка и анализ, как общегрупповых, так и индивидуальных параметров состояния здоровья, психофункционального состояния и типа физического развития, на основе которых разрабатываются поэтапные превентивные меры профилактики и коррекции состояния здоровья детей выбранного возрастного контингента с учетом условий, особенностей, специфики, уровня материально-технической базы, как самого дошкольного учреждения, так и вуза.

Рекомендуемые сроки: ноябрь текущего учебного года.

3. Определение педагогических условий работы по созданию здоровьесберегающего пространства. Например, в рамках проекта научно-экспериментальной работы на базе ЧДОУ ОАО «РЖД» д/с № 152 были созданы следующие педагогические условия:

– учёт индивидуальных особенностей детей старшего дошкольного возраста, как при планировании, так и при реализации программ коррекции их психофункционального состояния;

– использование инновационных технологий коррекции психофункционального состояния детей средствами физической культуры, в том числе нетрадиционных видов спортивно-оздоровительной направленности;

– соответствие средств и методов занятий по программе коррекции психофункционального состояния индивидуальным и возрастным особенностям занимающихся, состоянию их здоровья;

– использование индивидуального и личностноориентированного подхода с учетом психологических, психофизиологических и функциональных особенностей детей старшего дошкольного возраста;

– учет и своевременная коррекция гигиенических условий формирования здоровьесберегающего пространства не только в условиях ДОО, но и вне его (условия жизнедеятельности ребенка, обеспеченные социально-экономическим и культурным потенциалом родителей);

– создание системы группового и индивидуального консультирования родителей по проблеме сохранения и укрепления здоровья ребенка, осуществляемое специалистами вуза.

Рекомендуемые сроки: ноябрь текущего учебного года.

4. Проведение консультаций специалистов вуза и ДОО с родителями детей в процессе реализации проекта. Консультации должны осуществляться на постоянной основе (не реже 1–2-х раз в месяц) под контролем администрации ДОО. Консультации должны иметь как групповой, так и индивидуальный характер. Также по результатам индивидуальной диагностики психофункционального состояния и состояния здоровья (составляется индивидуальный отчет с рекомендациями) родители детей должны иметь возможность обратиться за консультацией к специалистам ДОО (психологу, врачу, воспитателю, инструктору по физическому воспитанию). В целях улучшения гигиенических условий жизнедеятельности детей до родителей должна быть доведена информация рекомендательного характера специалистом по гигиеническим аспектам формирования навыков здорового образа жизни (в виде буклетов и т.п.).

Рекомендуемые сроки: ноябрь–декабрь текущего учебного года.

5. Осуществление работы по коррекции психофункционального состояния детей с учетом того учебно-методического и научно-методического потенциала, которым обладает руководство экспериментальной площадки. В работе, проведенной за период 2013/2016 уч.г. были использованы возможности ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры» и Института спорта, туризма и сервиса ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный университет» (научно-исследовательский университет) по обеспечению занятий нетрадиционными видами физической культуры, а именно, оздоровительной гимнастики ушу и бразильского единоборства-танца капозэйры.

Проведение занятий по нетрадиционным видам физической культуры спортивно-оздоровительной направленности проводится под контролем инструктора по физическому воспитанию, психолога, воспитателей и администрации ДОО.

При обучении, развитии физических качеств должен использоваться преимущественно игровой метод, как наиболее эффективный на данном этапе развития ребенка. В подборе задач, средств и методов необходимо учитывать сенситивные периоды развития физических качеств. В старшем дошкольном возрасте особенно значительного прироста можно добиться в координационных способностях и гибкости. Также в этом возрасте у детей формируется чувство ритма.

Рекомендуемые сроки: ноябрь–апрель текущего учебного года.

III этап – итоговый

1. Проведение повторного исследования в конце учебного года. Должна быть использована программа, аналогичная первоначальной.

Рекомендуемые сроки обследования – конец апреля – начало мая.

2. Обработка и анализ как общегрупповых, так и индивидуальных параметров.

3. Подведение итогов в виде отчета о проделанной работе.

Рекомендуемые сроки: июнь–июль текущего учебного года.

Таким образом, использование предложенной модели формирования здоровьесберегающего пространства в системе дошкольных образовательных учреждений позволяет:

- структурировать работу экспериментальной площадки;
- определить сферу ответственности участников процесса;
- обозначить режим взаимодействия между всеми участниками (включая родителей);
- выбрать наиболее информативные методики оценки эффективности реализации проекта;
- своевременно подвести итоги реализации годового этапа проекта;
- реализовывать проект, как с участием только собственных специалистов, так и с привлечением компетентных специалистов сторонних организаций (вузов).

Реализация модели должна способствовать улучшению качества образовательного процесса при одновременном сохранении и укреплении здоровья детей.

Библиографический список

1. Безруких, М.М. Возрастная фитология. Физиология развития ребенка: учеб. пособие / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. – М.: Академия, 2003. – 416 с.
2. Лазутова, М.Н. Образование. Личность. Здоровье: монография / под ред. М.Н. Лазутовой, Э.М. Козина. – Кемерово, 2000. – 214 с.
3. Сурина-Марышева, Е.Ф. Организация научно-исследовательской работы в вузе физической культуры / Е.Ф. Сурина-Марышева, Г.П. Ганченкова, Л.М. Кудрявцева, И.Ю. Пирогова // Система менеджмента качества в вузе: здоровье, образованность, конкурентоспособность. – 2015. – С. 275–278.
4. Федеральный образовательный стандарт дошкольного образования [Электронный ресурс]: приказ Минобрнауки России от 17 октября 2013 г. № 1155, зарегистрирован Минюстом России 14 ноября 2013 г. № 30384. – Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154637.
5. Яковлева, Т.В. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России / Т.В. Яковлева, А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10. – № 2. – С. 7–10.

Гладкая Е.С.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Аннотация. Статья посвящена проблеме учета возрастных особенностей формирования навыков самосохранительного поведения в аспекте индивидуализации личности. Взаимосвязь природной и социальной индивидуализации проявляется в своеобразии самосознания и «Я-концепции». Представления человека о себе самом на всех возрастных этапах должно быть согласованным и непротиворечивым, иначе утрачивается значимость жизненно важных ценностей, влияющих на его самосохранительное поведение.

Ключевые слова: индивидуальное здоровье, индивидуализация личности, Я-концепция, самосохранительное поведение, субъектное развитие.

Gladkaya E.S.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Age peculiarities of the formation of self-protecting behavior of the individual

Abstract. The article deals with the problem of taking into account age peculiarities of formation of skills of self-preservation behavior in the aspects of individualization of personality. The relationship between natural and social individualization is manifested in the uniqueness of identity and «self-concept». Representations of a person about himself at all age levels should be matched and consistent, otherwise you lose the vital importance of values influencing health behavior.

Keywords: individual health, individualization of personality, self - concept, health behavior, subjective development.

Одной из приоритетных задач образования на современном этапе модернизации является оптимизация оздоровительной деятельности. Современный образовательный процесс ориентирован на идеи субъектности, диалогичности и гуманитарности, на принципы здоровьесбережения, культуросообразности, природосообразности и индивидуализации, реализация которых не возможна без учета возрастных особенностей субъектов образования. Обозначенные идеи в первую очередь влияют на формирование ценностного отношения субъектов образования к индивидуальному и коллективному здоровью. Индивидуальное здоровье зависит в большей степени от самого человека. Поэтому в процессе формирования навыков самосохранительного поведения необходимо учитывать психологические особенности субъектов, ориентированные прежде всего на индивидуализацию личности.

Понятие индивидуализации рассматривается в психологии как сложный процесс проявления личностных качеств во взаимосвязи с жизненным опытом. Свойства человеческой психики проявляются при определенных условиях, которые и определяют его уникальные особенности. Индивидуальность человека отражена в его поступках и выступает инструментом саморазвития. Взаимосвязь природной и социальной индивидуализации проявляется в своеобразии самосознания и «Я-концепции», которая является ядром индивидуализации личности.

Образ Я складывается постепенно в течение жизни под воздействием социума в процессе онтогенеза. В младенческом возрасте дети приобретают знания о себе, какими физическими особенностями они обладают. Вместе с тем происходит осознание собственных чувств, которые проявляются в реакции на такие социально-психологические состояния, как фрустрация и обида. В этом возрасте ребенок должен уметь определять, насколько его поведение отвечает установленным культурой нормам и стандартам. И от того, какие нормы здорового образа жизни заложены в детстве, будет зависеть самосохранительное поведение личности в дальнейшем.

В возрасте раннего детства у ребенка формируется оценочное отношение к себе на невербальном уровне. По мере самоосознания ребенок начинает расценивать себя как активную силу в своем личностном пространстве и интегрировать свои представления в поведенческих реакциях. В этот период на развитие Я-концепции наиболее сильное влияние оказывают родители, так как являются образцом поведения и поступков ребенка в процессе интернализации, в ходе которого социальные правила и нормы поведения становятся собственностью ребенка и принимаются как собственные ценности.

В возрасте среднего детства у детей формируются более точные представления о своих физических, интеллектуальных и личностных качествах и качествах людей, окружающих его. Происходит выявление все более значимых индивидуальных особенностей, влияющих на усложнение Я-образа. В частности самооценка, которая подвергается усложнению в связи с оцениванием своего социального поведения и поведения окружающих.

Самоуважение – еще одно важное качество, которое претерпевает изменения в среднем детстве. Самоуважение определяется как степень, в которой человек ценит сам себя как обладателя положительными качествами, способного достигать успеха в том, что является для него важным.

Подростковый возраст – достаточно сложный и неоднозначный период в формировании самооценки и ценностей личности. Стремление постичь себя и окружающих людей, анализируя собственные мысли и учитывая мысли других в сочетании с повышенным вниманием к собственным метаморфозам, ведет к эгоцентризму личности подростка. Эгоцентризм подростков проявляется в непонимании, что возможно существование других, противоположных точек зрения, что психологическая организация других людей тождественна его собственной. В результате они склонны делать поспешные выводы о реакциях окружающих людей. Преодоление эгоцентризма происходит в последовательном развитии способности к децентрации, которая проявляется в изменении точки зрения на определенные процессы и явления, связанные с образом жизни, позиции субъекта в результате сопоставления и интеграции её с позициями других людей. В результате самосохранительное поведение подростков основывается на формировании навыков децентрации, определяющей коммуникативность личности, её способность принимать различные роли. Поэтому очень важно в данном возрасте наличие у подростка авторитетного примера для подражания.

Период взрослости характеризуется улаживанием внутренних и внешних конфликтов, интеграцией понимания себя с пониманием других людей. В условиях социального функционирования взрослость увеличивает влияние на Я-концепцию и ценностные ориентиры личности. Индивидуальные особенности личности, основанные на потребности в позитивном отношении со стороны значимых людей, влияют на эмпатическое понимание и конгруэнтность.

Таким образом, Я-концепция играет важнейшую роль в формировании целостной личности. Ценностное отношение к собственному здоровью человека должно формироваться с детства с учетом всех возрастных психофизиологических изменений в организме и реализовываться в самосохранительном поведении человека. Представления человека о себе самом на всех возрастных этапах должно быть согласованным и непротиворечивым, иначе личность теряется в смешении социальных ролей и утрачивается значимость жизненно важных ценностей, влияющих на его самосохранительное поведение.

Библиографический список

1. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум. – СПб.: Питер, 2005. – 940 с.
2. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Академия, 2001. – 352 с.

Дацко А.В., Мамылина Н.В.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ – НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ КОМПОНЕНТ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА ЮНЫХ ДЗЮДОИСТОВ

Аннотация. В статье рассматриваются особенности планирования учебно-тренировочного процесса дзюдоистов младшего школьного возраста на спортивно-оздоровительном этапе подго-

товки. Акцентируется внимание на здоровьесберегающей составляющей подготовки юных дзюдоистов с учетом их возрастных особенностей.

Ключевые слова: здоровьесбережение, младший школьный возраст, спортивно-оздоровительный этап, дзюдо.

Datsko A.V., Mamylna N.V.

South Ural state humanitarian-pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Health protection is an integrated part of training process for young judoists

Abstract. The planning peculiarities of training process for primary school-aged judoists at the sport and health stage of the preparation are regarded in the article. It is pointed up the health saving component in the preparation of young judoists taking into account their age peculiarities.

Keywords: health protection, primary school-aged, sport and health stage, judo.

Дзюдо является популярным видом восточных единоборств, который характеризуется постоянным повышением требований к уровню мастерства спортсменов. В связи с этим наблюдается уменьшение возраста вовлечения детей в учебно-тренировочный процесс по дзюдо (с шести лет) на спортивно-оздоровительный этап подготовки [1, с. 45; 5, с. 460; 7, с. 380]. Необходимо отметить, что на данном этапе учебно-тренировочного процесса имеет место эмоциональный стресс, поэтому следует обращать внимание не только на технико-тактическую составляющую подготовки юных дзюдоистов, но и на здоровьесберегающую [2, с. 206–208; 3]. Целью нашего исследования является приобщение младших школьников к физкультурно-оздоровительной деятельности средствами дзюдо в дополнительном образовании.

Исследование проводится на базе муниципального учреждения дополнительного образования детско-юношеской спортивной школы единоборств «Инхело» в городе Кыштым. В нём принимают участие две группы по двадцать мальчиков восьми лет, занимающихся дзюдо в спортивно-оздоровительных группах (СОГ). Дети контрольной группы проходят обучение по учебной программе, которая базируется на нормативно-правовых документах, принятых в законодательном порядке соответствующими государственными органами, и конкретизирует возможности реализации личности при занятиях дзюдо.

Планирование тренировочного процесса в спортивной школе осуществляется путём создания системы планов, рассчитанных на различные возрастные периоды, в каждом из которых реализуется комплекс взаимосвязанных целей.

План тренировочного года, рассчитанного на двенадцать месяцев, включает в себя три макроцикла по 4 месяца, два мезоцикла по два месяца и четыре микроцикла по две недели. По направленности занятия классифицируют на общеподготовительные, специально-подготовительные и комбинированные; по содержанию учебного материала – теоретические и практические; по цели – учебные, учебно-тренировочные, тренировочные, контрольные и соревновательные; по количественному составу – индивидуальные, групповые и индивидуально-групповые; по степени разнообразия задач – избирательная и комплексная направленность; по типу организации – урочные и неурочные формы.

Мы выделяем следующие задачи и направленность учебно-тренировочного процесса на спортивно-оздоровительном этапе подготовки юных дзюдоистов:

- укрепление здоровья и физического развития, формирование интереса к здоровому образу жизни;

- выявление задатков и способностей детей, овладение навыками безопасного падения;
- воспитание спортивного характера, моральных и волевых качеств.

На наш взгляд, спортивно-оздоровительный этап учебно-тренировочного процесса существует довольно формально и направлен на определение минимального возраста зачисления детей в группы для занятий дзюдо, не отражая вышеперечисленные задачи. Намечившаяся тенденция к снижению возраста занимающихся в спортивно-оздоровительных группах требует совершенствования программ учебно-тренировочной деятельности по дзюдо. Мы предлагаем условно разделить спортивно-оздоровительный этап на подготовительный период с шести до восьми лет и период базовой подготовки с восьми до десяти лет.

На подготовительном этапе тренировочного процесса основной акцент делается на общую физическую подготовку, занятия проводятся не более двух часов в неделю. В период базовой подготовки увеличивается время занятий на один час, составной частью учебно-тренировочного процесса дзюдоистов является общая и специальная физические подготовки. Кроме того, мы предлагаем акцентировать внимание на технико-тактической и теоретической подготовке юных дзюдоистов [4, с. 170–171; 6, с. 168].

Таким образом, для осуществления грамотного педагогического процесса возникает необходимость подготовки высококвалифицированных тренеров, владеющих современными научно обоснованными методиками тренировочного процесса.

Библиографический список

1. Акопян, А.О. Дзюдо: примерная программа для системы дополнительного образования детей, детско-юношеских спортивных школ, специализированных детско-юношеских школ олимпийского резерва / А.О. Акопян, В.В. Кашавцев, Т.П. Клименко. – М.: Советский спорт, 2003. – 96 с.
2. Белоусова, Н.А. Здоровьесбережение – необходимый компонент безопасности образовательного процесса / Н.А. Белоусова, Н.В. Мамылина / Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Безопасность социальной сферы в условиях современной поликультурной России». – Челябинск, 2012. – С. 206–211.
3. Мамылина, Н.В. Анализ поведенческой активности у экспериментальных животных, перенесших эмоционально-болевой стресс / Н.В. Мамылина // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 5.
4. Семченко, А.А. Оценка гармоничности физического развития современных подростков, проживающих в крупном промышленном городе, на этапе начальной спортивной специализации в легкой атлетике / А.А. Семченко, А.В. Ненашева, В.И. Павлова // Экологическая безопасность, здоровье и образование: сборник научных трудов. – Челябинск: ЗАО «Цицеро», 2015. – С. 170–173.
5. Теория, методика обучения спортивной тренировке в дзюдо / под ред. А.В. Еганова. – Челябинск: «Уральская Академия», 2014. – 522 с.
6. Шадриков, В.Д. Развитие младших школьников в различных образовательных системах: монография / В.Д. Шадриков, Н.А. Зиновьева, М.Д. Кузнецова. – М.: Логос, 2011. – 232 с.
7. Шестаков, В.Б. Теория и практика дзюдо / В.Б. Шестаков, С.В. Ерегина. – М.: Советский спорт, 2011. – 448 с.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА КАК ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ТЬЮТОРСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ОСНОВ ЭКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Аннотация. Формирование основ эколого-валеологических представлений у дошкольников с ограниченными возможностями здоровья, а именно, дошкольников с ранним детским аутизмом, является особой проблемой для дошкольного образования. Обусловлено это такими факторами, как: поиск путей оказания педагогической поддержки детям с ранним детским аутизмом; доступность содержания эколого-валеологического образования таким детям; оптимальный выбор форм, методов и средств педагогической поддержки. Наиболее результативным средством является организация тьюторской поддержки, а именно разработка тьютором индивидуальной образовательной программы для тьюторанта с ранним детским аутизмом.

Ключевые слова: тьютор, тьюторант, тьюторская поддержка, индивидуально-образовательная программа, эколого-валеологические представления, дошкольник с ранним детским аутизмом.

Derevtsova V.T.

MOU SHKOLA-internat № 8 of the Kopeysk urban district Chelyabinsk region, Russia

Individually educational program, as one of the conditions of tutor support to build the Foundation of the environmental and health representations in preschool children with early infantile autism

Abstract. Forming the basis of the environmental and health concepts among preschoolers with disabilities, namely, preschool children with early infantile autism is a special challenge for preschool education. This is due to such factors, as: finding ways of providing educational support to children with early infantile autism; availability of ecological-valeological education of such children; the optimal choice of forms, methods and means of pedagogical support. The most effective tool is the organization of tutor support, namely development tutor individual educational programs for tutorat early infantile autism.

Keywords: tutor, tutorat, tutor support, individually educational program, the environmental and health performance, child with early infantile autism.

Любая образовательная система, в частности система тьюторской поддержки, может успешно функционировать и развиваться лишь при соблюдении определенных условий.

В качестве одного из условий тьюторской поддержки по формированию основ эколого-валеологических представлений у тьюторанта с ранним детским аутизмом является разработка индивидуальной образовательной программы, учитывающая субъектный опыт ребенка и основанная на принципе индивидуализации и дифференциации содержания. В индивидуальной программе подробно описывается использование совокупности эффективных методов и приемов в работе тьютора с тьюторантом, что позволяет тьютору учесть в своей работе запросы, потребности и возможности тьюторанта с ранним детским аутизмом и дает возможность разнообразить, оптимизировать виды и формы тьюторской деятельности [1; 2; 5].

Как и любая программа, данная индивидуальная образовательная программа по формированию основ эколого-валеологических представлений у тьюторанта с ранним детским аутизмом имеет свою структуру:

1. Актуальность программы. 2. Семейный заказ к тьюторской программе. 3. Цели и задачи реализации программы. 4. Принципы и подходы реализации программы. 5. Особенности психофизического развития тьюторанта. 6. Диагностическая карта сформированности основ эколого-валеологических представлений у тьюторанта. 7. Тематическое содержание. 8. Комплекс методик, приемов, технологии, средств формирования основ эколого-валеологических представлений. 9. Взаимодействие участников реализации программы. 10. Планируемые результаты освоения программы.

Важный принцип, который лежит в основе отбора содержания эколого-валеологических представлений – это принцип доступности. Согласно данному принципу, в программу тьютор отбирает знания, доступные освоению тьюторантом в соответствии с его особенностями и возможностями, не зависимо от возраста ребенка.

Программа построена на реализации взаимодействия всей команды участников образовательного процесса (тьютор, специалисты, родители, медицинские работники). От скоординированности действий и усилий всех специалистов образовательного учреждения зависит благополучие тьюторанта и результативное усвоение основ эколого-валеологических представлений у тьюторанта с ранним детским аутизмом. Поэтому для каждого участника образовательного процесса тьютор определяет направления работы.

Тьютор: изучает состояния исследуемой проблемы в теории и практике; подготавливает методическую, материально-техническую и диагностическую базу; проводит динамический мониторинг сформированности эколого-валеологических представлений, и по необходимости вносит изменения в программу; определяет интересы, склонности и способности тьюторанта; определяет комплекс необходимых методов и приемов; разрабатывает образовательный маршрут; *подбирает картотеку разнообразных игр экологической и валеологической направленности, картотеку экспериментов, опытов, наблюдений за объектами окружающей действительности и т.д.*; систематизирует полученные данные с формулировкой выводов и практических рекомендаций; оформляет и обрабатывает отчетную документацию.

Учитель-дефектолог проводит дифференциальную педагогическую диагностику определения интеллектуального развития тьюторанта, уточнения уровня познавательной активности. Затем совместно с тьютором составляет индивидуальную программу развития ребенка.

Педагог-психолог проводит дифференциальную психологическую диагностику развития эмоционально-волевой сферы тьюторанта с целью охраны психического здоровья тьюторанта от отрицательных воздействий, обеспечения контроля над соблюдением прав ребенка в полноценном, эмоционально комфортном обучающем воздействии.

Учитель-логопед проводит логопедическую диагностику для определения коррекционной логопедической работы над развитием понимания обращенной речи и формированием коммуникативной стороны речи.

Воспитатель организует предметно-развивающую среду, ориентированную на обеспечение комфортности, надежности, безопасности.

Медицинский работник осуществляет контроль за состоянием здоровья и физическим развитием тьюторанта.

На долю родителей, имеющих детей с расстройствами аутистического спектра, выпадает наиболее трудная социальная роль по развитию и подготовке своего ребенка к жизни. Особенность дошкольников данной категории состоит в том, что дети чаще всего не обращают никакого

внимания даже на своих родных. Поэтому тьютор, работая с таким ребенком, выступает не только в роли консультанта и учителя по формированию основ эколого-валеологических представлений у тьюторанта, но он еще выступает и в роли психолога для снижения стрессовой ситуации у родителей. Тьютор помогает родителям такого ребенка пройти этот сложный, но крайне необходимый путь социализации ребенка в общество.

В разделе программы «Тематическое содержание» помимо примерного перспективно-тематического плана работы по формированию основ эколого-валеологических представлений у тьюторанта с ранним детским аутизмом прописывается последовательность действий тьютора с тьюторантом при проведении тьюториалов. Последовательность тематики и ее глубина может меняться в зависимости от психофизических особенностей и интеллектуального развития тьюторанта с ранним детским аутизмом.

В программе обязательно прописывается создание необходимых и достаточных условий, при которых у тьюторанта будет формироваться интерес к миру людей, природы и своему здоровью. Вся практическая работа тьюторанта осуществляется под наблюдением тьютора.

В процессе реализации индивидуальной образовательной программы по формированию основ эколого-валеологических представлений у тьюторанта с ранним детским аутизмом формируются элементарные (предметными) понятия: «я – человек», «мое окружение», «мы – люди», «животные», «растения», «живой организм», «неживая природа», «среда», «сезон как время года», «природа» и др., что позволяет ребенку с ранним детским аутизмом легче пройти адаптацию к социуму, что является главной целью тьюторской поддержки такого ребенка.

Библиографический список

1. Дмитриева, О.И. Тьюторское сопровождение эколого-валеологического образования школьников: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / О.И. Дмитриева. – Самара, 2013. – 223 с.
2. Орехова, И.Л. На пути к природолюбию / З.И. Тюмасева, И.Л. Орехова. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2006. – 65 с.
3. Тьюторское сопровождение индивидуальных образовательных программ на разных ступенях обучения: матер. Междунар. науч.-практ. конф. / под общ. ред. Л.А. Косолаповой. – Пермь: ПГГПУ, 2012. – 205 с.
4. Тюмасева, З.И. Экологическое строительство детской души / З.И. Тюмасева, А.Ф. Аманд. – Челябинск, 1995. – 239 с.
5. Янушко, Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия / Е.А. Янушко. – М.: Теревинф, 2004.

Дудченко З.Ф.

Санкт-Петербургский университет

Россия

МОТИВАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Аннотация. В статье рассматриваются актуальные вопросы здорового образа жизни (ЗОЖ), в частности вопросы мотивации здорового образа жизни. Подчеркивается, что важным компонентом формирования ЗОЖ является повышение мотивированности лиц на ведение здорового образа жизни. Приводятся данные изучения отношения к здоровью и мотивации здорового образа жизни среди лиц 18–30 лет, занимающихся физкультурно-оздоровительной деятельностью. Получены данные, свидетельствующие о том, что для лиц, занимающихся физкультурно-оздоровительной дея-

тельностью, характерны такие мотивы, как самосовершенствование (процесс осознанного управления личностным ростом и развитием), возможность для маневров (готовность к изменениям), гедонистические мотивы (получение удовольствия от состояния здоровья).

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, мотивация здорового образа жизни

Dudchenko Z.F.

St. Petersburg State University, Russia

The motivation of a healthy lifestyle

Abstract. The article deals with current issues of healthy lifestyle (HLS), motivation of a healthy lifestyle. An important component of the formation of healthy way of life is to increase the motivation of individuals to maintain a healthy lifestyle. Presented research data on motivation for a healthy lifestyle among young people. Individuals 18–30 years involved in sports activities. For persons engaged in physical activities specific motives: self-improvement, the ability to maneuver, hedonistic motives.

Keywords: health, healthy lifestyle, motivation

В России активно развивается психология здоровья. Психология здоровья понимается как научное направление о психологическом обеспечении здоровья на всем протяжении жизненного пути. Как научная область знания она ставит перед собой наряду с такими научными задачами, как систематизация критериев психического и социального здоровья; разработка концепции здоровой личности; изучение профессионального здоровья, также задачи, касающиеся здорового образа жизни, а именно: разработка современной концепции ЗОЖ; рассмотрение факторов (составляющих) ЗОЖ; изучение мотивации здорового образа жизни [4, с. 24–28].

В ряде научных работ рассматриваются психологические аспекты здорового образа жизни, в частности, субъективно-психологическая детерминация здорового образа жизни и активности в области физической культуры; значимость личной ответственности в деле формирования здорового образа жизни. Данные исследования показывают высокий уровень потребности в занятиях отдельными видами спорта (плавание, закаливание, массаж) и низкую частоту занятий этими видами физической культуры. Изучение мотивов, ценностей и убеждений, занимающихся физической культурой и спортом, свидетельствует о разнообразии мотивов здорового поведения, однако мотив укрепления здоровья отмечают примерно 68% опрошенных. Желающие заниматься физической культурой среди причин, препятствующих занятиям, называют: отсутствие свободного времени или подходящих условий для занятий, плохую переносимость физических нагрузок, нелюбовь к физической культуре, опасения усугубить имеющуюся болезнь [5, с. 181–191].

Следует отметить, что недостаточно анализируется ценностное отношение к здоровью, мало уделяется внимания изучению мотивации, как определяющего фактора поведенческих паттернов здорового образа жизни. Многими здоровье рассматривается как доступный ресурс, который можно эксплуатировать бесконечно. Несомненно, важным компонентом формирования здорового образа жизни является повышение мотивированности лиц на ведение здорового образа жизни [1, с. 68–72; 2, с. 80–83; 3, с. 139–143].

В нашем исследовании было проведено изучение отношения к здоровью и мотивации здорового образа жизни. Объектом выступили лица в возрасте 18–30 лет (76% – девушки, 36% из них состоят в браке, 12% имеют одного ребенка, 64% вовлечены в трудовую активность), занимающиеся на базе спортивно-оздоровительного клуба (25 чел.) – экспериментальная группа. Контрольную группу составили лица в возрасте 18–30 лет, 80% – девушки, 44% состоят в браке, 8% имеют одного ребенка, 52% вовлечены в трудовую активность. Изучение физической актив-

ности, динамичности, здорового поведения показало, что в экспериментальной группе изучаемые показатели были достоверно ($p < 0,001$) выше по сравнению с показателями контрольной группы (лица, не занимающиеся оздоровительной деятельностью), то есть были получены вполне ожидаемые результаты. Сравнительный анализ ценностных ориентаций (методика М. Рокича «Ценностные ориентации») в экспериментальной и контрольной группе по терминальным ценностям не дал существенных различий. В обеих группах на первое место было вынесено здоровье, затем на 2-ю и 3-ю позиции в экспериментальной группе была поставлена счастливая семейная жизнь и материально обеспеченная жизнь, в контрольной группе наоборот – материально обеспеченная жизнь, а затем счастливая семейная жизнь. Можно предположить, что лица экспериментальной группы, понимая важность здоровья, предпринимают усилия по его поддержанию. Лица контрольной группы также считают здоровье важнейшей ценностью, однако в силу молодого возраста, имея определенный ресурс здоровья, просто его эксплуатируют. Среди инструментальных ценностей в экспериментальной группе были выделены такие ценности, как образованность, жизнерадостность, независимость, то есть лица, занимающиеся физкультурно-оздоровительной деятельностью, среди ценностей, связанных с образом действий и достижением целей, выделяют просвещенность и глубину проникновения в реальность жизни, жизнелюбие и жизнеутверждение, а также отсутствие подчиненности. В контрольной группе среди инструментальных ценностей были выделены: образованность, ответственность, твердая воля, то есть лица, не уделяющие внимания поддержанию здоровья, для достижения своих целей наряду с образованностью выделяют умение прогнозировать последствия своих действий или бездействий, способность принимать решения и готовность принимать последствия своих действий. Сравнительный анализ мотивов здорового образа жизни (авторская анкета по изучению мотивов ЗОЖ) свидетельствует, что в экспериментальной и контрольной группах отмечены достоверные различия по следующим мотивам: самосовершенствование (процесс осознанного управления личностным ростом и развитием), возможность для маневров (готовность к изменениям), гедонистический мотив (получение удовольствия от состояния здоровья) ($p < 0,001$). Мотив самосовершенствования определяет жизненный стиль человека, способствует самовыражению индивидуальности с учетом социальных возможностей, гедонистический мотив позволяет получать удовольствие от жизни. При формировании ЗОЖ необходимо, чтобы сохранение и укрепление здоровья стало ценностным мотивом. Важно, чтобы была осознанная мотивация здорового образа жизни.

Библиографический список

1. Дудченко, З.Ф. Представления студентов о здоровом образе жизни / З.Ф. Дудченко // Ученые записки СПбГИПСР. – 2010. – № 1 (13). – С. 68–72.
2. Дудченко, З.Ф. Психология здорового образа жизни: актуальные вопросы / З.Ф. Дудченко // Вестник СПбГИПСР. – 2004. – № 4. – С. 80–83.
3. Дудченко, З.Ф. Современные аспекты здорового образа жизни / З.Ф. Дудченко // 3 Международный конгресс «Человек, спорт, здоровье» 19–21 апреля 2007 г., СПб., Россия: сб. статей конгресса / под ред. В.А. Таймазова. – СПб.: Изд-во Олимп-СПб, 2007. – С. 139–143.
4. Никифоров, Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. – СПб.: Изд-во «Речь», 2002. – 256 с.
5. Шустер, О.С. Психология здорового образа жизни и средства массовой информации / О.С. Шустер / под ред. С.Г. Антонова. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2003. – 328 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Аннотация. В статье рассмотрены применяющиеся в практике дошкольных образовательных организаций здоровьесберегающие педагогические технологии.

Ключевые слова: здоровье, здоровьесберегающая среда, здоровьесберегающие технологии, валеология.

Zhurina T.E., Kirienko S.D.

South Ural Humanities Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

The use of health saving technologies in preschool educational organizations

Abstract. In the article used in practice of preschool educational institutions of health saving pedagogical technologies.

Keywords: health, health saving technologies, children of preschool age.

Необходимость сохранения здоровья детей в дошкольном возрасте как условие их успешной жизни и формирования целостного отношения к своему здоровью является первостепенной задачей работы педагогов дошкольной образовательной организации. Формирование культуры здоровья дошкольников обуславливает поиск эффективных способов ее решения. Задачи сохранения здоровья субъектов образовательного процесса в детском саду помогают реализовать здоровьесберегающие технологии.

Понятие «здоровьесберегающие педагогические технологии» у разных авторов трактуются по-разному. Н.К. Смирнов предлагал понятие «здоровьесберегающие образовательные технологии» рассматривать как технологическую основу здоровьесберегающей педагогики, как совокупность форм и методов организации обучения детей без ущерба для их здоровья, как качественную характеристику любой педагогической технологии по критерию ее воздействия на здоровье ребенка и педагога [3, с. 240].

Здоровьесберегающие технологии в дошкольном образовании – это технологии, направленные на решение приоритетной задачи современного дошкольного образования – задачи сохранения и поддержания здоровья субъектов педагогического процесса в детском саду: детей, педагогов и родителей. Физическое здоровье детей неразрывно связано с их психическим здоровьем, эмоциональным благополучием [4].

Выбор здоровьесберегающих педагогических технологий зависит от программы, по которой работают педагоги, от конкретных условий дошкольного образовательного учреждения, профессиональной компетентности педагогов, а также показаний заболеваемости детей. Как и у всех составляющих аспектов здоровьесбережения, у технологий также есть свои цели. Так, например, применительно к детям дошкольного возраста, это поддержка и сохранение его здоровья, обучение дошкольников самостоятельно и эффективно решать задачи, связанные с оказанием элементарной медицинской, психологической, самопомощи и помощи [1].

Каждая технология должна выполняться поэтапно. Этапы внедрения здоровьесберегающих технологий включают:

– анализ исходного состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности дошкольников, а также здоровьесберегающей среды дошкольной образовательной организации;

– организацию здоровьесберегающего образовательного пространства в дошкольной образовательной организации;

– установление контактов с социальными партнерами дошкольного образовательного учреждения по вопросам здоровьесбережения;

– освоение педагогами методик и приемов здоровьесбережения детей и взрослых;

– внедрение разнообразных форм работы по сохранению и укреплению здоровья для разных категорий детей и взрослых;

– работа валеологической направленности с родителями [2, с. 36].

Выделяются также три группы **здоровьесберегающих технологий**:

1. **Технологии** сохранения и стимулирования **здоровья**: стретчинг, ритмопластика, динамические паузы, подвижные и спортивные игры, релаксация, **технологии** эстетической направленности, гимнастика пальчиковая, гимнастика для глаз, гимнастика дыхательная, гимнастика бодрящая, гимнастика корригирующая, гимнастика ортопедическая.

2. **Технологии обучения здоровому образу жизни**: физкультурное занятие, проблемно-игровые (игротренинги и игротерапия, коммуникативные игры, беседы из серии «**Здоровье**», самомассаж, точечный самомассаж, биологическая обратная связь.

3. Коррекционные **технологии**: арттерапия, **технологии** музыкального воздействия, сказкотерапия, **технологии воздействия цветом**, **технологии коррекции поведения**, психогимнастика, фонетическая и логопедическая ритмика [4].

Классификация здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании: ритмопластика, динамические паузы (физкультминутки), подвижные и спортивные игры, релаксация, технологии эстетической направленности, гимнастика пальчиковая, гимнастика для глаз, гимнастика дыхательная, гимнастика пробуждения, оздоровительный бег, физкультурное занятие, проблемно-игровые (игротренинги и игротерапия) и коммуникативные игры, занятия из серии «Здоровье», самомассаж, технологии музыкального воздействия, технологии воздействия цветом, сказкотерапия, технологии коррекции поведения [1].

Таким образом, здоровьесберегающие технологии можно рассматривать как одно из самых перспективных средств, которые помогают организовать деятельность дошкольника без ущерба для их здоровья, и даже наоборот – мотивировать их на ведение здорового образа жизни. Эффективность позитивного воздействия на здоровье детей различных оздоровительных мероприятий, составляющих здоровьесберегающую технологию, определяется их грамотной «встроенностью» в общую систему, направленную на благо здоровья детей и педагогов и отвечающую единству целей и задач.

Библиографический список

1. Иванова, С.С. Здоровьесберегающая среда в ДОУ как фактор внедрения ФГОС ДО / С.С. Иванова // Теория и практика образования в современном мире: матер. VII Междунар. науч. конф. – СПб.: Свое изд-во, 2015. – С. 14–16.

2. Назаренко, Л.Д. Оздоровительные основы физических упражнений / Л.Д. Назаренко. – М., 2002. – 240 с.

3. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы / Н.К. Смирнов. – М.: АРКТИ, 2003. – 272 с.

4. Режим доступа: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/152/8174/>

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ В СПОРТИВНОЙ АКРОБАТИКЕ

Аннотация. В статье рассматриваются методы развития координационных способностей у детей 6–8 лет, занимающихся спортивной акробатикой.

Ключевые слова: спортивная акробатика, координационные способности, двигательные качества, физическое воспитание.

Zelenko M.A.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

The development of coordination abilities of children in sports acrobatics

Abstract. The article deals with methods of development of coordination abilities in children of 6–8 years working in sports acrobatics.

Keywords: acrobatics sports, coordination ability, quality motor, physical education.

Спортивная акробатика – это вид спорта, включающий выполнение комплексов специальных физических упражнений, связанных с сохранением равновесия (балансирование), и вращением тела с опорой и без опоры. Эти упражнения связаны со сложными перемещениями в различных плоскостях и требуют отличного состояния анализаторных систем (зрительной, двигательной, вестибулярной) и определенных особенностей строения тела (длины, веса, пропорций и т.п.).

Высокий уровень достижений в спортивной акробатике предъявляет повышенные требования к координационным способностям занимающихся, к уровню развития силы, гибкости, ловкости, смелости и решительности. Лишь при наличии таких задатков и способностей можно их развить в процессе многолетней специализированной подготовки до уровня высшего спортивного мастерства.

Координационные способности – это совокупность двигательных способностей, определяющих быстроту освоения новых движений, а также умения адекватно перестраивать двигательную деятельность при неожиданных ситуациях. Координационные способности воспитывают все физические качества, при этом повышают не только физическую, но и общую культуру занимающихся.

Цель развития координационных способностей состоит в оптимизации двигательной (в том числе и координационной) подготовленности детей. В.И. Лях (2005) считает, что основными задачами развития координационных способностей у детей младшего школьного возраста являются:

- Систематическое освоение новых двигательных действий, совершенствование и адекватное применение их в вариативных условиях с целью разностороннего развития специальных координационных способностей.
- Развитие специфических координационных способностей: способностей к ориентированию в пространстве, к точности дифференцирования пространственных, временных и силовых параметров движений, к ритму, равновесию и др., которые особенно важны для отдельных видов двигательной деятельности.
- Совершенствование психофизических функций анализаторов движений, связанных с управлением и регулировкой двигательных действий.

Координационные способности только в том случае существенно возрастают, если они целенаправленно развиваются совместно с кондиционными способностями, то есть быстротой, силой, выносливостью [6].

Двигательные качества у детей развиваются в процессе выполнения различных движений, объем которых указывается в программе по каждой возрастной группе. С помощью похожих упражнений можно воздействовать на разные качества, постепенно увеличивая при этом скорость и частоту движений (для развития быстроты), сложность координации (для развития ловкости), количество повторений (для развития выносливости), величину преодолеваемого сопротивления (для развития силы) [5].

Для расширения диапазона двигательных возможностей детей необходима и специальная направленная работа по развитию двигательных качеств. Конечно, дети обладают различным уровнем прирожденных способностей, сложившихся на основе некоторых биологических предпосылок в сочетании с благоприятными условиями жизни. На этом фоне происходит их дальнейшее возрастное развитие, двигательные возможности проявляются ярче и полнее. Применение простых, но в то же время разнообразных упражнений, не предъявляющих больших требований к технике, приводит к свободному владению телом, развитию мышечного чувства, увеличивает возможность более правильно распоряжаться своими движениями в пространстве.

Основным средством развития координационных способностей являются физические упражнения: общеразвивающие упражнения, основные движения, построение и перестроения, требующие соответствующей координации движений.

Существует несколько направлений в развитии координационных способностей у младших школьников. Использование упражнений, помогающих ребенку воспринимать собственные движения и положение тела, дифференцировать мышечные ощущения, так как на данной основе у детей формируются умения управлять своими двигательными действиями. Для этого детям предлагают выполнять упражнения с конкретными двигательными заданиями (целевой установкой), точно соблюдая направление, амплитуду, скорость и величину мышечных усилий. Например, прыгнуть в длину с места на определенное расстояние. Ценность таких упражнений в том, что условия их выполнения варьируются, все это предполагает определенную пластичность навыка, большую его приспособляемость к изменяющейся обстановке.

П. Хиртц (2002) предлагает для совершенствования координационных способностей изменить способ выполнения упражнения. Он рекомендует следующие методические приемы: изменения направления движения; силовых усилий; темпа движения; объема движения; ритма движения; исходного и конечного положений; зеркального выполнения упражнений [8].

Эффективным путем развития координационных способностей у детей является выполнение упражнений с внезапно изменяющимися ситуациями, требующими быстрого реагирования и принятия оптимального решения, проявляющегося в конкретном двигательном действии. Наиболее рациональным при этом являются подвижные игры как универсальное средство развития различных аспектов данного качества [1].

Совершенствованию управления своими двигательными действиями способствуют упражнения, выполнение которых требует четкой пространственной и временной регуляции движений и регуляции мышечных усилий. В этих упражнениях для ребенка очевидна связь между характером движения (например, быстротой, длительностью) и его результатом.

По данным В.А. Коробкова, во время проведения подвижных игр совершенствуются функции различных анализаторов, от которых зависит правильное, точное и своевременное, а следовательно, и ловкое выполнение движения. Поэтому подвижные игры и упражнения спортивного характера относятся к наиболее действенным и доступным средствам, стимулирующим развитие координационных способностей.

Особенно тщательно необходимо подбирать упражнения на первых этапах обучения, когда запас двигательных умений и навыков мал. По мере овладения двигательными действиями сле-

дует постепенно повышать требования не только к точности и скорости, но и к рациональности выполнения этих действий, находчивости в их осуществлении в начале в относительно постоянной, а затем и в изменяющейся обстановке. Поэтому подводящие упражнения нельзя выполнять только в стандартных условиях. Такие условия необходимы лишь до того момента, пока дети не начнут легко и свободно выполнять освоенные двигательные действия. Затем следует варьировать либо подводящие упражнения, либо условия, в которых они выполняются, чтобы не возник стойкий стереотип движений, так называемый «координационный барьер» [4].

Для сопряженного воздействия на координационные и физические способности применяют в различных сочетаниях обще- и специально-подготовительные координационные упражнения.

Таким образом, в преобразованном виде общеподготовительные и специально-подготовительные координационные упражнения можно проводить в форме игровых и соревновательных упражнений (особенно единоборств, подвижных и спортивных игр), которые являются действенным средством воспитания определенных координационных способностей, так как в этом случае создаются условия для максимального и подчас неожиданного их проявления. В процессе соревновательных упражнений, а также игровых заданий у участника развиваются не только координационные, но и физические и умственные способности, совершенствуются определенные навыки и умения, волевые качества. Поэтому соревновательные и игровые упражнения являются комплексным средством развития и совершенствования личностных качеств ребенка.

Библиографический список

1. Вильчковский, Э.С. Развитие двигательной функции у детей / Э.С. Вильчковский. – М.: Физкультура и спорт, 2002.
2. Лях, В.И. Координационно-двигательное совершенствование в физическом воспитании и спорте: история, теория, экспериментальные исследования / В.И. Лях // Теория и практика физической культуры. – 2005.
3. Лях, В.И. Тесты в физическом воспитании школьников / В.И. Лях. – М.: Физкультура и спорт, 2008.
4. Назаров, В.П. Координация движений у детей школьного возраста / В.П. Назаров. – М.: Физкультура и спорт, 2009.
5. Стамбулова, Н.В. Исследование развития психических процессов и двигательных качеств у школьников 8–12 лет: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Н.В. Стамбулова. – Л., 2008.
6. Сулейманов, И.И. Основы воспитания координационных способностей: лекция / И.И. Сулейманов. – Омск: ОГИФК, 2001.
7. Теория и практика физической культуры. – 2000. – № 3. – С. 15–18.
8. Хиртц, П. О двигательном качестве ловкости / П. Хиртц. – М.: Физкультура и спорт, 2002.

Ионина А.Е.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИМИДЖ РУКОВОДИТЕЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматриваются факторы, определяющие имидж руководителя образовательного учреждения. Имидж всегда носит социальный характер, оказывает активное воздействие на общественное мнение. Имидж руководителя определяют внешние и внутренние факторы, в структуре которых выделяют следующие характеристики: персональные, социальные,

личностная миссия и ценностные ориентации. Исследования показали, что внутренние факторы в большей степени влияют на имидж современного руководителя.

Ключевые слова: имидж, репутация, корпоративный имидж, статус руководителя, ценностные ориентации.

Ionina A.E.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Factors determining the image of the head of the educational institution

Abstract. The article examines the factors which determine the image of the head of the educational institution. The image always has a social character, has an active influence on public opinion. The image of the head is determined by external and internal factors, the structure of which there are the following characteristics: personal, social, personal mission and value orientation. Studies have shown that domestic factors have greater influence on the image of a modern manager.

Keywords: image, reputation, corporate image, the status of the head, the value orientation.

Современные инновационные условия реформирования системы образования выдвигают на первый план требования к личности руководителя образовательного учреждения, управляющего образовательной деятельностью субъектов образовательного процесса. Современный руководитель учреждения образования должен обладать навыками стратегического проектирования, системного моделирования протекающих в учреждении процессов, организации эффективных межличностных и профессиональных коммуникаций в педагогическом коллективе, которые в совокупности определяют его имидж.

Понятие «имидж» (от англ. image – образ) рассматривается как представление общества о том, каким должен быть человек в соответствии со своим статусом. Имидж есть у каждого человека, не зависимо от его личностных качеств и занимаемой должности. Он зависит от личных взглядов, пола, возраста, опыта и др. факторов. Принято употреблять термин «имидж» по отношению к человеку в двух смыслах: как внешний вид и как его репутация. Понятие «репутация» – (англ. *repute* – общее мнение) определяется как корпоративный имидж. Эти два понятия связаны в построении корпоративного имиджа как позиционирование собственной репутации. Поэтому имидж всегда социально обусловлен, оказывает активное воздействие на общественное мнение. Эффективность управления, прежде всего, зависит от создания положительного делового имиджа руководителя, который будет являться его конкурентным преимуществом. Имидж руководителя определяют внешние и внутренние факторы, в структуре которых выделяют следующие характеристики: персональные, социальные, личностная миссия и ценностные ориентации.

Персональные характеристики руководителя определяются его психофизиологическими и психологическими особенностями, которые характеризуют тип личности, проявляются в индивидуальном стиле принятия решения.

Социальные характеристики влияют на статус руководителя в образовательной организации, который включает занимаемую должность, социальный статус. Статус определяет модели ролевого поведения, а также связь руководителя с различными социальными группами, интересы которых он представляет, которые его поддерживают и являются союзниками, а также с теми, которые выступают его оппонентами и открытыми врагами. Социальная принадлежность в значительной мере определяет нормы и ценности, которых придерживается руководитель.

Прогнозирование и развитие организации непосредственно зависит от личной миссии руководителя, то есть то, чего он планирует достичь в будущем, в выработке миссии и целей организации. Личностная миссия определяется ценностными ориентациями руководителя, которые влияют на организационную культуру организации.

Все характеристики имиджа оказывают влияние на имидж и могут формироваться в процессе становления лидера и развития у него управленческих качеств.

Для оценки влияния факторов на имидж руководителя нами проведено анкетирование, в ходе которого 82% респондентов отметили значение внутренних компонентов, влияющих на персональные и социальные характеристики личности, 78% отмечают роль процессуальных компонентов, составляющих характеристику организационной культуры руководителя и его личной миссии, 76% выделили внешний компонент. Полученные данные позволяют утверждать, что в большей степени у руководителей сформированы внутренние основания имиджа – это личностные черты, общий уровень культуры, целеустремлённость и настойчивость в работе, а также способность взаимодействовать с людьми.

Формирование имиджа руководителя должно осуществляться через формирование Я-концепции, обусловленной внутренними и внешними факторами, которые выражаются через развитие интереса к самому себе и к коллективу. Руководитель должен обладать приёмами самопознания, самооценки, саморазвития и развивать личностные качества как психологические условия (стрессоустойчивость, ценностные ориентации, направленность личности на дело, саморазвитие, готовность к риску, надёжность, умение доходчиво излагать свои мысли) эффективного управления. Поэтому для руководителя важно знание основ психологии для того, чтобы быть в состоянии оценить психологические особенности собственной личности и грамотно использовать свои сильные и слабые стороны. Понимание особенностей личности может помочь понять причины существования создавшегося, исходного имиджа. Знание собственных достоинств и недостатков является значительным преимуществом каждого руководителя. С другой стороны, знание психологии позволяет руководителю правильно оценивать действия подчиненных и формировать их отношение к себе.

Деятельность любой организации определяется профессионализмом субъектов организации и в первую очередь руководителем, которому ежедневно приходится решать управленческие задачи, грамотно общаться с людьми, внушать доверие и убеждать. Поэтому современные руководители должны больше обращать внимание на создание собственного имиджа, знать не только его составляющие и пути формирования, но и уметь на практике использовать психологические и поведенческие приемы.

Библиографический список

1. Березина, Д.В. Психологические условия формирования имиджа руководителя учреждения образования / Д.В. Березина. – Новосибирск, 2006.
2. Имидж лидера / под ред. Е.В. Егоровой-Гантман. – М., 1994. – 117 с.
3. Пискунова, Т.Н. Условия и факторы формирования позитивного имиджа общеобразовательного учреждения: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т.Н. Пискунова. – М., 1998.

Камскова Ю.Г. *, Павлова В.И. *, Сарайкин Д.А. *, Сегал М.С. **

**Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия*

***Уральский государственный университет физической культуры»
г. Челябинск, Россия*

АДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Аннотация. В работе приведены данные о пагубном влиянии радиации на организм в зонах радиоактивного загрязнения.

Ключевые слова: радиация, социальная реабилитация, радиационный след.

Kamskova Yu.G.* , Pavlova V.I.* , Saraykin D.A.* , Segal M.S.**

*South Ural State Humanitarian-Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

**Ural State University of Physical Culture, Chelyabinsk, Russia

Adaptation of the person to extreme factors of the external environment

Abstract. In work data on harmful influence of radiation on an organism are provided in radio-contamination zones.

Keywords: radiation, social rehabilitation, radiation trace.

Человек постоянно испытывает на себе воздействие окружающей среды и помимо социальных факторов в последнее время он в большей степени ощущает влияние неблагоприятных экологических факторов. Среди них особенно заметно неблагоприятное действие радиации на организм. Это наиболее актуально для Челябинской области в связи с известной катастрофой в 1957 году [1; 4; 5]. В отличие от Чернобыльской аварии истинные масштабы трагедии мы смогли узнать только в последнее время. Пагубное действие радиации сказывается не только на ныне живущих людях, но и на их потомстве и, следовательно, определяет негативные моменты в эволюции вида «гомосапиенс» [4; 5]. Так, на 100 новорожденных детей 3% погибает в период новорожденности (то есть в течение 10 дней), а остальные 17% не переживут периода пубертатного созревания. Особенно значительные последствия ожидают 4-е и 7-е поколения людей, живущих в Челябинской области, начиная с 1957 года [4; 5]. Среди заболеваний, обусловленных радиацией, помимо лучевой болезни выявлены лейкозы, злокачественная анемия Адисона-Бирмера, лимфогранулематоз, болезнь Хасимото, злокачественные опухоли разной этиологии. Проживание в зоне радиоактивного следа не только в последнее время снизило невосприимчивость человека к инфекционным и неинфекционным заболеваниям, но и резко отрицательно отразилось на интеллектуальном потенциале [1; 4; 5].

Сегодня ситуация усугубляется тем, что резко сокращаются расходы на медицинскую и социальную реабилитацию населения в зоне радиоактивного следа. В немалой степени этому способствуют изыскания ведомственных научно-исследовательских институтов, стремящихся обосновать представления о безвредном характере действия малых доз радиации [4; 5]. Это обосновывалось представлением о пороговом характере действия доз радиации, то есть существует определенная величина дозы, которая еще для организма безвредна и только дозы, превышающие ее по мощности, провоцируют развитие радиационной патологии. Исходя из этих представлений были разработаны НРБ (нормы радиоактивной безопасности). НРБ составляет от 0,1–5 бэр/год. Более того, возникло представление о «гармезисе» в 1972 году [1; 4; 5].

Но далеко не все радиобиологи принимают пороговую концепцию радиации. Целый ряд ведущих специалистов придерживаются альтернативной точки зрения. Это беспороговая концепция. Согласно которой, даже самая минимальная радиационная доза вызывает пагубные последствия для организма. Так, один из самых высококвалифицированных биофизиков Джон Гофман впервые открыл 2 новых класса липопротеидов низкой и высокой плотности [2]. Он показал, что атерогенный риск напрямую коррелирует с ростом в крови липопротеидов высокой плотности. В 1990 г. д. Гофман впервые получил индуцируемую минимальной дозой радиации злокачественную опухоль. Эта доза составляет 1 трек на ядро клетки [2]. Другим доводом против теории «Гармезиса» является эффект Пятко, согласно которому дозы высокой мощности при их кратковременном действии вызывают однотипные повреждения мембраны, как и малые дозы при длительном воздействии (даже малые дозы в 5 тысяч раз меньше по мощности вызывают одинаковые повреждения мембраны). Из эффекта Пятко вытекает следствие, что радиационная патология

может сформироваться в результате повреждения мембраны даже в том случае, если не затронут генный уровень. В этой ситуации повреждающее действие связано с активацией свободнорадикальных процессов с последующим перекисным окислением липидов клеточных мембран. В пользу этого свидетельствует тот факт, что антиоксидантная терапия может быть эффективно применена для коррекции заболеваний, обусловленных малыми дозами радиации. Следует отметить, что вызванные малыми дозами радиации механизмы повреждения клеточной мембраны имеют неспецифический характер [2; 3]. Аналогичные механизмы повреждения клеток происходят при действии стрессорных раздражителей высокой силы и малой длительности. И по этой причине адаптация к повреждающему действию малых доз радиации можно рассматривать как частное проявление более общей адаптации к стрессорному воздействию. Согласно представлениям Ф.З. Меерсона при действии интенсивного по силе и длительности стресса, он трансформируется из звена адаптации в звено патологии. Именно к такой категории стрессов относится лучевое воздействие [3; 6; 7]. Отсюда объяснима основная отличительная черта развития лучевого стресса, которая проявляется в кратковременности и слабой выраженности (по сравнению с нелучевыми стрессами) стадии резистентности. На мембранном уровне это проявляется в постепенном снижении антиокислительной активности и параллельным усилением перекисного окисления липидов [3; 6; 7]. В конечном итоге истощение антиокислительного буфера клеток происходит синхронно с переходом стадии резистентности в стадию истощения. Длительная активация перекисного окисления липидов приводит к стрессорной липопероксидации с характерными для неспецифической реакции симптомами: вялостью, ослаблением реакции на внешние раздражители, симптомами изъязвления желудка, кишечника, полости рта [3; 6–8]. Сторонники теории «Гармезиса» необоснованно проводят аналогии между кратковременной стадией резистентности при лучевом стрессе и феноменом долговременной адаптации. Это аналогия основывается на данных о иммуностимулирующем воздействии малых доз радиации, что расценивается как проявление структурного следа адаптации. Эпидемиологическое обследование детей в зоне радиационного следа Чернобыльской катастрофы показало, что наблюдаемые в первые годы после аварии усиление иммунореактивности является морфофункциональной основой для развития аутоиммунных процессов и аллергических реакций и одновременно провоцирует развитие воспалительной патологии [2; 3].

Библиографический список

1. Гольнева, Д.П. Человек, его здоровье и окружающая среда: пособие для учителей и студентов естественно-географических факультетов / Д.П. Гольнева, В.И. Павлова. – Челябинск, 1997. – 120 с.
2. Гофман, Дж. Рак, вызываемый облучением в малых дозах: независимый анализ проблемы / Дж. Гофман. – М.: Социально-экологический союз, 1994. – 354 с.
3. Меерсон, Ф.З. Предупреждение стрессорных повреждений организма антиоксидантами и бета-блокатором индералом / Ф.З. Меерсон, В.И. Павлова, Э.Н. Коробейникова // Вопросы медицинской химии. – 1980. – № 6. – С. 827–831.
4. Павлов, В.И. Влияние стресс-синдрома радиофобии на адаптацию детей, проживающих в зоне радиационного следа / В.И. Павлова, Н.В. Мамылина, Л.М. Лапшина, Н.В. Ефимова, Л.Я. Додцов // Матер. конф. по итогам науч.-исследовательских работ преподавателей, сотрудников и аспирантов к 60-летию ЧГПИ. – Челябинск: ЧГПУ, 1994. – С. 115–117.
5. Павлова, В.И. Производство человека как социально-биологический процесс / Б.С. Павлов, Л.П. Бердник, Н.И. Разикова // Экология и социально-валеологическое самочувствие населения на Урале. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2011. – С. 49–76.

6. Сарайкин, Д.А. Влияние физической нагрузки на содержание продуктов ПОЛ в слюне юных спортсменов / Д.А. Сарайкин, С.С. Кислякова, В.И. Павлова // Актуальные проблемы физической культуры и спорта в условиях модернизации высшей школы: матер. II Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конф. – Челябинск, 2012. – С. 169–174.

7. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантных ферментов при 30-суточной гипокинезии / Ю.Г. Камскова, В.И. Павлова, Е.А. Устинова, Е.Г. Цапов // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Энергетика. – 2003. – № 5. – С. 149–151.

8. Физиологические предпосылки сохранения и укрепления здоровья у единоборцев / М.С. Терзи, Д.А. Сарайкин, В.И. Павлова, Ю.Г. Камскова // Человек. Спорт. Медицина. – Челябинск, 2014. – Т. 14. – № 3. – С. 26–32.

Кастян И.Р., Меркурьев Д.А, Верхотурцева М.Н.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»

Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКО АКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ВААРТ) У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Аннотация. Статья посвящена оценке применения (ВААРТ) – высоко активной антиретровирусной терапии при лечении ВИЧ-инфекции у детей. ВААРТ применена для лечения 199 детей различного возраста и стадий заболевания. Изучены причины изменения схемы ВААРТ. Анализируются причины невыполнения программы лечения, такие как социальный статус семьи, психология подростков и др. Рассматривается необходимость содружественной работы специалистов разного профиля с больными хроническими инфекционными заболеваниями.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные дети, ВААРТ (высоко активная антиретровирусная терапия), стадии заболевания ВИЧ-инфекции, диспансерное наблюдение.

Kastyan I.R., Merkulov D.A., Verhoturtseva M.N.

Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

The efficacy of highly active antiretroviral therapy (HAART) in HIV-infected children

Abstract. The article is devoted to assessing the effectiveness of (HAART) – highly active antiretroviral therapy in the treatment of HIV – infection in children. HAART is used to treat 199 children of different ages and stages of the disease. The reasons for the change of regimen were analyzed. The reasons of failure of treatment programs, such as the social status of the family, adolescent psychology, etc. The necessity of friendly multidisciplinary work with patients suffering from chronic infectious diseases is considered.

Keywords: HIV-infected children, HAART (highly active antiretroviral therapy), stage of HIV disease, dispensary observation.

ВААРТ (высоко активная антиретровирусная терапия) – лечение ВИЧ-инфекции с применением как минимум трех препаратов [2–4]. ВААРТ позволяет обеспечить практически полное подавление репликации ВИЧ, сохранить иммуннокомпетентность организма, продлить жизнь и сохранить ее качество. Раннее назначение ВААРТ детям позволяет им расти и развиваться в соответствии с возрастом, снимая поражающее действие ВИЧ на иммунную и нервную систему [1]. По-

жизненный прием ВААРТ позволяет перевести ВИЧ-инфекцию из безусловно смертельного заболевания в хроническую латентную инфекцию.

Эффективность ВААРТ определяется по снижению вирусной нагрузки РНК ВИЧ в 1 мл крови, соответствию весо-ростовых показателей и невропсихического развития возрасту ребенка [2; 4]. Главным критерием, обеспечивающим эффективность ВААРТ, является приверженность к терапии родителей и ребенка. Приверженность определяется регулярностью приема лекарственных препаратов и своевременностью коррекции доз АРВ-препаратов возрасту и весу ребенка. При ВИЧ-инфекции у детей регулярность приема – это 3 антиретровирусных препарата 2 раза в день с интервалом 12 час.

Собственные исследования. Нами проведен анализ эффективности ВААРТ у детей, находящихся на диспансерном наблюдении в ДГКБ № 8. На 1.01.2016 г. состояло 255 детей, из них ВААРТ получали 199 детей. По возрасту и стадиям заболевания ВИЧ-инфицированные дети распределились следующим образом: 3,5% (10 детей) до 1-го года, у которых регистрируется острая стадия заболевания, и они все получают ВААРТ. У 166 (65%) детей старше 1-го года 3 стадия заболевания (латентное течение), у 62(24,3%) детей – стадия клинических проявлений, но прогрессирование заболевания только у 11 детей (4,3%).

Из состоящих на диспансерном наблюдении нет сведений о стадии ВИЧ-инфекции у 17 детей, так как они по разным причинам, а чаще отказ родителей от наблюдения в СПИД-центре, не прошли обследование в 2015 г.

В лечении детей используются все АРВ-препараты, разрешенные в детском возрасте в России.

Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы: Зидовудин, Ламивудин, Абакавир, Ставудин, Диданозин, Зидовудин/ламивудин, Никавир.

Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы: Невирапин, Эфавиренз.

Ингибиторы инвертазы: ралтагравир,

Ингибиторы протеазы: лопинавир/ритановир, фосампренавир.

Большинство детей (113) находятся на 1-й схеме ВААРТ, 2-ю схему получают – 65 детей, 3-ю – 14 детей и 4-ю схему – 7 детей.

В отдельных случаях приходится менять схему терапии. Причинами смены схемы ВААРТ могут стать [1]:

- Улучшение схемы, снижение токсичности.
- Побочные явления (анемия на фоне ретровируса, аллергические реакции на невирапин, эфавиренз, абакавир, изменения липидного обмена).
- Неэффективность без учета резистентности.
- Неэффективность с учетом резистентности (5–6 случаев). Приверженность к терапии оценивается у 170 детей (85,5%) как удовлетворительное у 14 детей (7%) как неудовлетворительное, и у 15 детей (7,5%) отсутствует приверженность к терапии.
- Причины снижения приверженности.
- Социальный статус родителей.
- непонимание необходимости терапии.
- невозможность изменения ситуации ребенком.

Социальный статус родителей определяет, прежде всего, дисциплину и регулярность приема препаратов [1]. Как правило, употребление родителями психоактивных препаратов приводит к пропускам доз, изменению времени приемов, что является основной причиной формирования

резистентности ВИЧ к целым группам АРВ-препаратам и при прогрессировании заболевания значительно затрудняет адекватное лечение.

Непонимание необходимости терапии может быть как у родителей, так и у детей. У родителей чаще это связано с отрицанием ВИЧ-инфекции как таковой (ВИЧ-диссидентство) и появляется желание лечиться только тогда, когда ухудшается состояние самого родителя.

У детей непонимание необходимости терапии связано, как правило, с незнанием своего диагноза (родители не желают говорить с ребенком на тему ВИЧ-инфекции у ребенка и матери, скрывают статус ребенка). Отказ родителей информировать ребенка о его ВИЧ-статусе приводит к большим и сложным проблемам в подростковом возрасте.

Другой вариант отказа от ВААРТ – это негативизм подростков, которые имеют мало информации о ВИЧ-инфекции, у которых не сформированы правила жизненного поведения.

И самый печальный вариант, когда ребенок знает о своем заболевании, имеет желание получать ВААРТ и выполняет назначения врача, но является заложником родителей, которые, в силу своего социального статуса, не стремятся к лечению ребенка. Самостоятельно ребенок 7–15 лет не может ни приехать на обследование, ни получить препараты для своего лечения.

Мероприятия, повышающие приверженность к ВААРТ:

- Приближение получения препаратов к месту проживания ребенка.
- Повышение приверженности к терапии у матери (более раннее назначение ВААРТ матери).
- Оказание психологической поддержки по месту проживания семьи.
- Взаимодействие с социальной службой по месту проживания ребенка.
- Возможность административного наказания родителей при не проведении адекватной терапии детям.

Вывод. Учитывая рост заболеваемости ВИЧ инфекцией, в том числе и у детей, длительное проживание с этой инфекцией необходимо как можно раньше формировать у детей образ жизни, соответствующий хроническому инфекционному заболеванию. Вопросы формирования образа жизни, поведенческих реакций в различных жизненных ситуациях и приверженности к терапии выходят за рамки здравоохранения и требуют поддержки со стороны педагогов, психологов и социальных работников. Только содружественная работа специалистов разного профиля позволит сформировать правильное воспитание ребенка с ВИЧ-инфекцией и его социализацию в обществе.

Библиографический список

1. Аминова, О.В. Пути профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных / О.В. Аминова, А.Н. Романова // Оздоровление средствами образования и экологии: матер. VI Междунар. науч.-практ. конф., 19–22 октября 2009 г. – Челябинск–СПб.: Изд-во ЧГПУ; Изд-во ЦНИТ «АСТЕРИОН», 2009. – С. 181–183.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под ред. ак. РАМН В.В. Покровского. – М: ГЭОТАР-медиа, 2013. – 609 с.
3. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Клинический протокол ФБУН Центральный НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Федеральный науч.-метод. центр по профилактике и борьбе со СПИДом / составители: В.В. Покровский, Г.Н. Ермак, А.В. Кравченко, В.В. Беляева, О.Г. Юрич. – М.: 2014. – 157 с.
4. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский, Г.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юрич. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 678 с.

СТРУКТУРНАЯ МОДЕЛЬ ТЬЮТОРСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХ СЕМЬИ

Аннотация. В статье представлена модель тьюторского сопровождения сохранения и укрепления здоровья детей младшего школьного возраста в условиях семьи. Отмечается, что формирование культуры здоровья младшего школьника, в основном, зависит от образовательной среды, созданной при взаимодействии школы и семьи.

Ключевые слова: здоровье, структурная модель, тьюторское сопровождение, младший школьный возраст.

Kaftan K.I., Tumaseva Z.I.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Structural model of tutor support the preservation and strengthening of health of younger schoolboys in the conditions of the family

Abstract. In the article the model of тьюторского accompaniment of maintenance and strengthening of health of children of midchildhood is presented in the conditions of family. It is marked that forming of culture of health of junior schoolboy, mainly, depends on the educational environment created at cooperation of school and family.

Keywords: health, structural model, accompaniment, primary school age.

В современном мире возрастает необходимость поиска педагогических путей развития индивидуальности человека, формирования у него плодотворной жизненной ориентации, сознательного отношения к своим действиям, стремления к нравственному самосовершенствованию, любви к себе и другим, предупреждения конфликтных ситуаций. Несмотря на все изменения, переживаемые современным российским обществом, сегодня не снижается потребность в сохранении и укреплении своего здоровья.

Любой человек, а ребенок особенно, нуждается в понимании, принятии и поддержке. Только при создании оптимальных социально-педагогических условий он сможет состояться как личность. Для сохранения и укрепления здоровья ученика функции его сопровождения должны занять равную, а иногда и доминирующую позицию по отношению к функции передачи знаний. Систематизирующим фактором такой среды выступает индивидуализация для самостоятельного и успешного продвижения в выборе собственного жизненного пути.

Теоретико-методологическое обоснование проблемы тьюторского сопровождения сохранения и укрепления здоровья младших школьников в условиях семьи мы проводим с позиций системного и личностноориентированного подходов.

Использование системного подхода (В.Г. Афанасьев, А.Д. Урсул, В.А. Слостенин, А.И. Субетто и др.) в нашем исследовании предусматривает организацию и построение процесса тьюторского сопровождения сохранения и укрепления здоровья младших школьников как целостной системы, в которой все её компоненты взаимосвязаны, взаимообусловлены.

В рамках личностноориентированного подхода тьюторского сопровождения сохранения и укрепления здоровья младших школьников рассматривается как выбор поведения, основанный на ценности здоровья, сознательном отношении к его сбережению в условиях семьи. Данный

подход предполагает личное участие всех субъектов образования и родителей, в том числе к оздоровительной деятельности, к умению позаботиться о своем здоровье.

Установлено, что здоровый образ жизни детей формируется в основном на начальных этапах обучения (Ю.П. Лисицын, Б.Н. Чумаков, И.Л. Орехова, З.И. Тюмасева и др.).

На основе данных подходов была разработана нами структурная модель тьюторского сопровождения сохранения и укрепления здоровья младших школьников в условиях семьи. Разработанная структурная модель включает следующие компоненты тьюторского сопровождения: целевой, содержательный, процессуально-деятельностный, критериально-оценочный, результативный.

Целевой компонент определяет цель, задачи моделируемого процесса тьюторского сопровождения сохранения и укрепления здоровья младших школьников в условиях семьи.

Содержательный компонент – блоки: когнитивный, мотивационно-ценостный и поведенческий.

Когнитивный блок формирования потребности в сохранении и укреплении здоровья младших школьников в условиях семьи складывается из совокупности знаний: о себе, здоровье, экологии, здоровом образе жизни и др.

Мотивационно-ценостный блок находится в тесной взаимосвязи с предыдущим и представляет собой побудительно-мотивационную часть, реализующуюся во взаимодействии потребностей и мотивов формирования потребностей в сохранении и укреплении здоровья.

Поведенческий блок представлен комплексом организаторских, коммуникативных, исследовательских умений, помогающих оперировать полученными знаниями. Это такие умения, как: объективно оценивать воздействия различных факторов и анализировать сложившуюся ситуацию в семье; отвечать за последствия своих действий, сознательно и самостоятельно принимать обязательства перед семьей, самим собой; рационально организовывать учебную, трудовую деятельность и деятельность в быту; уважительно общаться со сверстниками, получать нужную информацию безопасного и здоровьесберегающего характера.

Процессуальный компонент включает формы тьюторского сопровождения, методы, средства обучения здоровому образу жизни и оздоровлению.

Критериально-оценочный компонент состоит из уровней и критериев сохранения и укрепления здоровья младших школьников в условиях семьи.

В условиях интеграции общего и дополнительного образования детей, как важную составляющую организации внеурочной деятельности, тьюторство и его модели функционирования, могут расширять как образовательное, так и воспитательное пространство, а так же осуществлять переход от индивидуального подхода к личной, индивидуальной образовательной и воспитательной программе в условиях избыточной и полисубъектной образовательно-воспитательной среды.

Тьютор в отношении каждого конкретного ребенка ориентируется, с одной стороны, на уже сложившуюся социальную ситуацию развития, с высказываемыми родительскими предпочтениями и надеждами, а, с другой стороны, специальным образом постоянно приходится переустраивать условия жизни ребенка с целью расширения его культурных, социальных, психологических, образовательных возможностей.

Библиографический список

1. Абашева, О.В. Технологический блок в подготовке тьюторов для работы с детьми младшего школьного возраста / О.В. Абашева // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 6. – С. 118–121.
2. Тюмасева, З.И. Невалеологические проблемы валеологии / З.И. Тюмасева // Народное образование. – 2002. – № 7. – С. 73–79.

**ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ СРЕДСТВАМИ ЗООЛОГИЧЕСКОГО МУЗЕЯ**

Аннотация. Статья посвящена организации образовательной среды зоологического музея, процессу воспитания экологической культуры посетителей с ограниченными возможностями здоровья музейными средствами, в ходе которого осуществляется формирование у них экологических ценностей и экологического сознания. Важную роль при этом играет психолого-педагогическое сопровождение, способствующее эффективному формированию у лиц с особыми образовательными потребностями социокультурной адаптации.

Ключевые слова: экологическая культура, зоологический музей, инклюзивное образование.

Kolyvanova L.A., Nosova T.M.

Samara state pedagogical University, Samara, Russia

Principles of development of ecological culture in inclusive education by means of the Zoological Museum

Abstract. The article is devoted to the organization of the educational environment of the Zoological Museum, the process of education of ecological culture of visitors with disabilities at museums, during which the formation of environmental values and environmental consciousness. An important role is played by psychological and pedagogical support, encouraging the efficient formation of persons with special educational needs socio-cultural adaptation.

Keywords: ecological culture, Zoological Museum, inclusive education.

Знания о целях, сущности музееведения, процессе и содержании образовательно-воспитательной деятельности в нём позволяют определить регулятивные нормы его педагогической практики, которые выражаются в основных дидактических принципах уже сформированных в науке. В то же время они мало касаются людей с ограниченными возможностями здоровья. Вместе с тем для биологического образования, экологического просвещения и воспитания экологической культуры посетителей с ограниченными возможностями здоровья, по-прежнему ведущими выступают такие общие педагогические принципы, как связь теории и практики, воспитывающий и развивающий характер окружающей среды музея, научности, доступности, системности и др., наряду со специальными.

Принцип системности обеспечивает построение, ориентацию и реализацию экспериментальной методики в экологическом просвещении людей с ограниченными возможностями здоровья, воспитания их экологической культуры музейными средствами как целостной методической системы.

Принцип научности диктует необходимость включения в содержание инклюзивного образования научно достоверных фактов и понятий, усиления их теоретической и обобщающей функции.

Принцип универсальности является одним из ведущих принципов экологического краеведения в инклюзивном образовании, формирования экологических ценностей, развития экологической культуры. Экологические ценности универсальны, они охватывают практические, эстетиче-

ские свойства природы, где природа является средством образования, воспитания и развития личности. Универсальность экологических ценностей обуславливается универсальностью самой природы, биологических и экологических систем.

Принцип доступности требует отбора таких элементов учебного содержания, которые были бы посильны для усвоения учащимися данного возраста, и диктует последовательность в применении методов обучения и методических приемов, согласующихся с логикой механизма развития ценностных ориентаций.

Принцип инклюзивности – «образование для всех», он был принят в Саламанке на мировой конференции по образованию детей с особыми нуждами, которая впервые прошла в Испании в 1994 году «Образование для всех». Он основан на идее того, что каждый ребенок должен иметь доступ к основному качественному инклюзивному образованию на основе создания инклюзивной образовательной среды.

Принцип толерантности – (толерантность от лат. «tolerantia», терпение, терпеливость, добровольное перенесение страданий). Основной целью воспитания толерантности выступает воспитание в подрастающем поколении готовности к конструктивному взаимодействию с людьми и группами людей независимо от их взглядов, мировоззрения, поведения, национальной, религиозной и социальной принадлежности.

Основными задачами развития толерантности в инклюзии являются:

- признание равенства между детьми;
- развития социальной восприимчивости взаимодействующих детей;
- воспитание у ребёнка неприятия к проявлению жестокости, насилию ко всему окружающему миру;
- развитие самостоятельности через предоставление помощи;
- формирование доверительных отношений, развития умения слушать и выслушивать;
- исключения развития чувств превосходства или комплекса неполноценности.

Принцип интеграции. Процесс интеграции предопределяет взаимодействие идей, целей, содержания биоэкологического образования и специфику биоэкологических знаний, характеризующихся высокой степенью общности и интегративности. Интеграция знаний, умений, навыков, норм и ценностей в содержании эколого-образовательного процесса на базе музея выступает как системообразующий фактор и определяет ценностные ориентиры в деятельности посетителей.

Принцип экологизации. Сущность данного принципа определяется взаимосвязью объективных процессов: развития науки, культуры, образования и природы, ухудшающегося состояния её среды, сказывающегося на здоровье людей. Действие принципа экологизации проявляется во всех компонентах системы экологического образования, так как при этом реализуется одна из главных целей – развитие экологической культуры, экологического сознания.

Принцип аксиологизации предусматривает направленность всего культурологического учебно-воспитательного процесса в музее на усвоение личностных ценностей, адекватных общечеловеческим и общественно значимым ценностям. насыщение содержания коммуникационной деятельности музея ценностными идеями способствует трансформации рационального научного знания в «эмоциональное», личностно значимое, развивая экологическую культуру посетителей с ограниченными возможностями здоровья.

Принцип проблемности является ведущим при отборе содержания экскурсий в зоомузее и модели их построения. Идея целостности и устойчивости жизни логически связана с решением

современных экологических проблем глобального, регионального и локального характера. Изучение проблем, связанных с охраной окружающей среды региона, способствует развитию умений сравнительного анализа, сопоставления, установления причинно-следственных связей, умений оценивать и делать выбор, что создает положительную мотивацию к практической ценностно-ориентированной деятельности.

Принцип культурологичности означает нацеленность биоэкологического образования на развитие экологической, общей культуры людей с ограниченными возможностями здоровья. Он ориентирует на многосторонность познания мира с опорой на освоение универсальных культурных ценностей прошлого и настоящего.

Принцип диалогичности ориентирует на смысловое, личностное восприятие экспозиций музея, экскурсовода; предполагает открытое и свободное рассмотрение различных научных мнений; содействует развитию критического отношения к научной информации. Диалогичность как принцип формирования ценностных ориентаций определяет условия развития умений считаться с мнением других людей, разумно и обоснованно отстаивать собственное мнение, самостоятельно и ответственно принимать решения в ситуациях альтернативного выбора, что содействует переходу научных знаний в личностные убеждения, нравственные принципы, ценностные ориентации.

Основными методами создания актуальной среды музея, как считает М.Е. Каулен (2001), является [1, с. 86–96]:

- *фиксация* – означает перевод объекта из среды бытования в состояние музейного предмета без существенных изменений. Для метода фиксации характерно соблюдение следующих условий:
 - подлинность составляющих;
 - максимальное сохранение и выявление взаимосвязей;
 - сохранение способности природы и элементов духовной культуры к самовоспроизведению;
- *воссоздание* – метод применим в тех случаях, когда существуют убедительные доказательства, позволяющие реконструировать среду, ландшафт на строго научной основе;
- *моделирование* – воспроизведение объектов реальной действительности в виде имитаций, сегодня это один из достаточно распространенных методов музеефикации;
- *конструирование* – метод, предполагающий использование элементов материального и духовного наследия для создания новых объектов на основе разработанной музеем концепции. При использовании метода конструирования отдельные элементы экспозиции наделяются новыми значениями и выступают в качестве знаков при построении экспозиционных «текстов», где главная задача музея – «оптимальная организация окружающей среды» [2, с. 94–96].

Таким образом, совокупность данных принципов и методов их взаимодействия способствует организации образовательной среды музея, процесса воспитания экологической культуры посетителей с ограниченными возможностями здоровья музейными средствами, в ходе которого осуществляется формирование экологических ценностей, экологического сознания.

Библиографический список

1. Каулен, М.Е. Методы актуализации объектов наследия и проблема классификации музеев / М.Е. Каулен // Сб. «Теория и практика музейного дела в России». – М., 2001. – С. 86–96.
2. Сонин, Е.Н. Экомuzeи Кузбасса и окружающая среда / Е.Н. Сонин // Проблемы охраны и использования историко-культурного наследия Сибири: сб. науч. тр. Кемеровского ГУ. – Кемерово, 1996. – С. 94–96.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – ПУТЬ К ФОРМИРОВАНИЮ ЭКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Аннотация. В статье рассматривается возможность здоровьесберегающих образовательных технологий в формировании у младших школьников ответственного отношения к своему здоровью.

Ключевые слова: здоровьесберегающие образовательные технологии, эколого-валеологическая компетенция.

Kuprina L.E.

Tyumen State University, Tyumen, Russia

Health-educational technologies – the way to the formation of eco-valeologicheskoy competence of younger schoolboys

Abstract. The possibility of health-educational technologies in formation at younger schoolboys of a responsible attitude towards their health.

Keywords: school health education technologies, eco-Valeologicheskoy competence.

В таких документах, как: «Основные направления правительства РФ на период до 2012 года», «Национальная доктрина развития образования», «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года», отмечается, что в настоящее время важнейшей задачей системы образования в России является воспитание человека в духе ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих как наивысшей социальной ценности, а также формирование высокого уровня здоровья детей и учащейся молодежи в духовном, психическом, физическом аспектах.

Исследования ученых-педагогов показали, что около 25–30% детей, приходящих в 1-е классы, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. За период обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4 раза. К окончанию школы у трети выпускников наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой системы, число страдающих близорукостью увеличивается с 3% до 30%, нервно-психическими расстройствами – с 15% до 40%, гастроэнтерологическими заболеваниями – в 3,8 раза. Число детей, состоящих на диспансерном учете, в некоторых школах достигает 50% [1; 2; 4].

Для формирования у младших школьников ответственного отношения к своему здоровью необходимо использовать возможности внеурочных и внеклассных форм обучения, когда педагог имеет большую возможность при формировании эколого-валеологической компетенции, тем самым расширяя рамки программного материала и активно используя здоровьесберегающие образовательные технологии.

Перейдем к понятию «здоровьесберегающие образовательные технологии» (ЗОТ). Это новое понятие в педагогической науке и практике России, которое появилось в 90-е годы XX столетия. **«Здоровьесберегающая педагогика, главная отличительная особенность которой – приоритет здоровья среди других направлений воспитательной работы школы,** включает последовательное формирование в школе (или в другом образовательном учреждении) **здоровьесберегающего образовательного пространства с обязательным использованием всеми педагогами здоровьесберегающих технологий,** чтобы получение учащимися образования происходило без ущерба для здоровья, а также воспитание у учащихся культуры здоровья, под которой мы понимаем не только грамотность

в вопросах здоровья, достигаемую в результате обучения, но и практическое воплощение потребности вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье» [3, с. 6].

В достижении высоких предметных результатов в начальной школе при формировании эколого-валеологической компетенции, в заботе о своем здоровье особое место отводится проектному методу, интерактивным имитационным технологиям, имеющим здоровьесберегающий потенциал.

Метод проектов, как показала практика, всегда опирается на самостоятельную деятельность школьников – индивидуальную, парную, групповую. Проект дети выполняют за определенный период времени. Метод проектов, как правило, всегда предполагает решение конкретной проблемы, решение которой предусматривает как использование сочетания разнообразных методов, средств обучения, так и предусматривает использование интегрирования знаний, умений из разных областей науки, техники, технологии, творческих областей. Практико-ориентированная направленность выполненных проектов – это результат соединения теоретической проблемы с практическим ее решением, готовым к использованию (на учебных занятиях, вне школы, в ситуации реальной жизни) [5, с. 689–690]. Этому способствуют также имитационные игры, в частности, игры-путешествия, проводимые как закрепление после экскурсии. Экскурсия не только помогает учителю в формировании знаний о природных объектах, но и способствует оздоровлению детей, так как проведенный час занятий на свежем воздухе дает учащимся заряд бодрости и мотивирует их к дальнейшим познаниям.

Библиографический список

1. Безруких, М.М. Здоровьесберегающая школа / М.М. Безруких. – М.: Московский психолого-социальный ин-т, 2004. – 240 с.
2. Кучма, В.Р. Современные проблемы оценки физического развития детей в системе медицинской профилактики / В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2009. – № 5. – С. 19–21.
3. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н.К. Смирнов. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
4. Смирнов, Н.К. Ориентировочная оценка состояния здоровья обучающихся в школе / Н.К. Смирнов // Практика административной работы в школе. – 2006. – № 1. – С. 30–38.
5. Фугелова, Т.А. Метод проектов в формировании экологической компетенции младших школьников / Т.А. Фугелова, Н.А. Гулиева // XVIII Всерос. студ. науч.-практ. конф. Нижневартовского государственного университета: статьи докладов (г. Нижневартовск, 5–6 апреля 2016 года) / отв. ред. А.В. Коричко. – Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гос. ун-та, 2016. – С. 687–690.

Ле-ван Т.Н.

Институт медико-биологических проблем Российского университета дружбы народов
г. Москва, Россия

ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩИЕ СМЫСЛЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ТРУДА И ИХ АКТУАЛИЗАЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ТЬЮТОРСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАНИЯ

Аннотация. В статье раскрываются основания для включения в профессиональную деятельность каждого педагога функции развития ресурсов здоровья обучающихся – наряду с функцией создания здоровьесберегающих условий в образовательной организации. Представлены до-

казательства недостаточной актуальности здоровьесозидающих смыслов для работников образования в условиях кризиса системы и трудозатратной сущности педагогической профессии. Показаны пути актуализации этих смыслов через применение социального механизма тьюторства в системе профессиональной подготовки педагогов.

Ключевые слова: здоровьесозидающая функция педагога, тьюторское сопровождение профессионального развития, здоровье обучающихся, смыслы педагогического труда.

Le-van T.N.

The Institute of biomedical problems of the Russian peoples friendship University, Moscow, Russia

Health-creating values of pedagogical work and their actualization during the tutor support of the teachers' professional development

Abstract. The paper describes the reasons which support teachers' activity in the field of enhancing students' health resources as one of the professional function. This function goes along with another one – to create healthy conditions in the educational process. The paper presents the evidence of the teachers' lack of relevance in their exception (non-exception) of health-creating values in the situation of the system crisis and the labor-intensive nature of the teaching profession. The ways of actualization of these values through the use of social tutoring mechanism in the system of vocational training of teachers are highlighted.

Keywords: health-creating function of teacher, tutor support of professional development, students' health, values of pedagogical work.

Образование является одним из социальных агентов продвижения стандартов здорового образа жизни. В образовательной организации основной «исполнитель» связанных с этим задач – педагогический работник, а ключевым аспектом его деятельности по охране здоровья обучающихся становится развитие их личных и социальных компетенций в области здорового образа жизни. Эта деятельность вписывается в рамки преобразующей стратегии охраны здоровья обучающихся (связанной с активизацией ресурсов личности и становлением готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности [8]).

Однако, как показывает ряд исследований, подобная профессиональная функция часто не расценивается педагогами как актуальная, особенно если специфика их должностных обязанностей не связана с областью физической культуры, питания, профилактики употребления психоактивных веществ. На наш взгляд, есть несколько причин этому [3; 5; 7]:

1. Трудозатратность педагогической деятельности и стремление работников образования минимизировать свои усилия, чтобы справиться хотя бы с теми задачами, которые входят непосредственно в показатели их отчетности.

2. Непредставленность в показателях отчетности собственно педагогических критериев оценки уровня приобщенности обучающихся к здоровому образу жизни.

3. Невнимание педагогов к вопросам здоровья (в первую очередь своего), отрицание на деле приоритетных позиций этой ценности, что влияет, безусловно, на отношение к профессиональной деятельности по охране здоровья обучающихся.

4. Незнание современных концептуальных и методических основ деятельности по охране здоровья обучающихся в педагогическом аспекте.

Эти и другие причины негативно влияют на педагогическую позицию в отношении формирования здорового образа жизни обучающихся и способствуют игнорированию важности этой деятельности, что минимизирует эффект от любых мероприятий, проведенных по плану воспи-

тательной работы, а также не позволяет педагогу оптимально использовать потенциал уроков для приобщения обучающихся к здоровому образу жизни. Вместе с тем принятие смыслов здоровьесозидающего характера в профессиональной позиции педагога, наоборот, приводит к активному участию педагога в «выращивании» готовности ребенка к здоровьесориентированной деятельности.

Как было нами показано ранее [5], уровень культуры здоровья педагогов и качество выполнения должностных обязанностей по охране здоровья обучающихся находятся в тесной зависимости: корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона) позволил выявить высокую степень связи этих двух параметров: $r=0,759$ при уровне значимости $p<0,05$.

Под здоровьесозидающими смыслами педагогического труда мы понимаем совокупность профессиональных ценностей, сподвигающих работника образования действовать с приоритетом сохранения и укрепления здоровья обучающегося в направлении развития его индивидуального потенциала здоровья в единстве всех компонентов (физического, психического социального, духовно-нравственного). Концептуальными основами здоровьесозидающей деятельности являются положения педагогической валеологии (И.И. Брехман, В.В. Колбанов, Л.Г. Татарникова, З.И. Тюмасева и др.), педагогики здоровья (В.Н. Касаткин, В.В. Колбанов и др.), психологии здоровья (В.А. Ананьев, Г.С. Никифоров, М.Ф. Серкач, М. Johnston, R.W. Rogers и др.). В высокой степени созвучны принципы здоровьесозидающей деятельности положениям гуманно-личностной педагогики (Ш.А. Амонашвили и др.), здоровьесозидающего образования (Т.Ф. Орехова и др.). Ключевой идеей здоровьесозидания в деятельности педагога является содействие успешной социализации ребенка, осознанию и реализации им своей социальной миссии с оптимальным расходованием потенциала здоровья.

Переводя в контекст теории и практики управления образованием, мы рассматриваем всю совокупность аспектов педагогической деятельности по охране здоровья обучающихся как здоровьесозидающую функцию, представленную в трех компонентах: создание безопасных для здоровья обучающихся условий, обучение навыкам здорового образа жизни (формирование у обучающихся готовности к здоровьесориентированной деятельности) и саморазвитие педагога в вопросах здоровья [6].

Как уже было отмечено, актуализация здоровьесозидающих смыслов в деятельности педагогов требует определенных усилий, в том числе от специалистов, осуществляющих профессиональную подготовку работников образования. Требуется разработка и применение новых механизмов профессионального развития педагогов в аспекте охраны здоровья обучающихся. Одним из таких механизмов мы считаем социальный механизм тьюторства.

Развивая идеи З.И. Тюмасевой, которая затрагивает важный аспект тьюторства в высшем профессиональном образовании, связанный с формированием готовности педагогов в организации здоровьесберегающей деятельности [1], и опираясь на понимание тьюторства как любого рода деятельности по сопровождению индивидуального маршрута достижения обучающимся намеченных целей (Е.А. Александрова, Т.М. Ковалева и др.), мы рассматриваем тьюторство в профессиональном развитии педагогов как социальный механизм саморазвития системы образования.

В связи с этим, реализуя данный механизм, мы в течение 3-х лет выстраиваем систему многоуровневого тьюторского сопровождения деятельности работников образования по охране здоровья обучающихся [4]. Эта система включает уровни:

– федеральный (разработка концептуальных основ педагогической деятельности по охране здоровья обучающихся в ракурсе социализации, разработка и массовая реализация

программ дополнительного профессионального образования для развития тьюторских компетенций у работников образования, создание Общероссийской системы экспертно-консультационной поддержки работников образования по вопросам здоровьесберегающей деятельности в образовании);

– региональный / муниципальный (совершенствование системы профессионального развития работников образования с учетом специфики региона, создание организационно-правовых условий для непрерывного вовлечения педагогов в творческую и инновационную деятельность здоровьесберегающего характера, развитие механизмов взаимодействия специалистов различного профиля, действующих в интересах здоровья детей);

– локальный, то есть на уровне образовательной организации (передача от педагога педагогу опыта успешной деятельности по социализации обучающихся в контексте применения навыков здорового образа жизни, организация творческих и проектных групп по решению различных проблем, связанных с охраной здоровья обучающихся).

Предложенная нами система объективно способна устранить дефициты образовательной практики в области охраны здоровья обучающихся, о которых было сказано вначале, и обеспечить саморазвитие системы вопреки «изматывающему выживанию» [2, с. 450].

Библиографический список

1. Гладкая, Е.С. Тьюторское сопровождение здоровьесбережения студентов педагогического вуза / Е.С. Гладкая, З.И. Тюмасева // Вестник Федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования; Московский государственный агроинженерный университет им. В.П. Горячкина. – 2014. – № 4. – С. 112–115.

2. Днепров, Э.Д. Новейшая политическая история российского образования: опыт и уроки / Э.Д. Днепров. – М.: Мариос, 2011. – 472 с.

3. Колбанов, В.В. Основы педагогики здоровья: монография / В.В. Колбанов. – СПб.: Изд-во Балтийской пед. академии, 2015. – 155 с.

4. Ле-ван, Т.Н. Многоуровневое тьюторское сопровождение профессионального развития педагогов в области реализации ими здоровьесозидающей функции / Т.Н. Ле-ван // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. – 2016. – № 1. – С. 38–46.

5. Ле-ван, Т.Н. Отношение педагогов к собственному здоровью как фактор эффективности реализации ими здоровьесозидающей функции / Т.Н. Ле-ван // Вестник РУДН. Серия «Психология и педагогика». – 2015. – № 3. – С. 84–89.

6. Ле-ван, Т.Н. Управленческие функции педагога в области охраны и укрепления здоровья с позиций анализа современной нормативно-правовой базы [Электронный ресурс] / Т.Н. Ле-ван // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3. – Режим доступа: www.science-education.ru/103-6398.

7. Малярчук, Н.Н. Факторы, влияющие на эффективность здоровьесозидающей деятельности педагогов в современном социокультурном пространстве образования / Н.Н. Малярчук, В.М. Чимаров // Вестник Тюменского государственного университета. Гуманитарные исследования. Humanitates. – 2011. – № 9. – С. 72–79.

8. Третьякова, Н.В. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технологии обеспечения: монография / Н.В. Третьякова, В.А. Федоров. – Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. – 208 с.

Малозёмова И.И. *, Стрельникова А. **, Малозёмов О.Ю. ***

*Уральский государственный педагогический университет

г. Екатеринбург, Россия

**Уральский федеральный университет

г. Екатеринбург Россия

***Уральский государственный лесотехнический университет

г. Екатеринбург, Россия

ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ У ДЕВУШЕК 11–14 ЛЕТ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ

Аннотация. В работе исследуются особенности ценностного отношения к здоровью у девушек 11–14 лет, занимающихся художественной гимнастикой. Предложены рекомендации, направленные на сохранение и укрепление здоровья спортсменок-гимнасток 11–14 лет.

Ключевые слова: здоровье, ценностное отношение, подростки, художественная гимнастика.

Malozemova I.I. *, Strelnikova A. **, Malozemov O.Y. ***

*Ural State Pedagogical University, Ekaterinburg, Russia

**Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia

***Ural State Forest Engineering University, Ekaterinburg, Russia

Value relation to the health of girls 11–14 years old, engaged in rhythmic gymnastics

Abstract. The study investigates the characteristics of the value relation to the health of girls 11–14 years old, engaged in rhythmic gymnastics. We propose recommendations aimed at preserving and strengthening the health of athletes-gymnasts of 11–14 years.

Keywords: health, value attitude, teenagers, rhythmic gymnastics.

Сохранение и укрепление здоровья, формирование навыков здорового образа жизни выступают актуальными задачами физического воспитания. Эффективность их решения во многом зависит от субъективных факторов, и прежде всего от уровня развития личностного отношения к своему здоровью и образу жизни. Особую актуальность решение этих задач приобретает в подростковом возрасте, в период, когда ценностные отношения подростков к своему здоровью и здоровому поведению начинают складываться в устойчивую систему.

Ценность здоровья относится к высшим жизненным ценностям и провозглашается как безусловная норма нашей жизни. В системе жизненных ценностей индивида здоровье как базовая ценность занимает, согласно отечественным и зарубежным исследованиям, 3–4 место после «семьи», «работы». Более углубленное изучение этого вопроса показало, что здоровье заняло высокое место в структуре ценностей, потому что оно способствует достижению многих целей и удовлетворению различных потребностей человека, а в условиях сегодняшней экономической и социальной реальности выступает иногда как единственное средство достижения поставленных задач, что делает здоровье все в большей степени объектом эксплуатации, а его ценность становится все более инструментальной.

Подростковый возраст охватывает период от 10–11 лет до 13–14 лет и является одним из самых сложных и ответственных в жизни ребенка. Этот возраст считается кризисным, поскольку происходят резкие качественные изменения, затрагивающие все стороны развития.

В нашем исследовании принимали участие девочки-подростки, занимающиеся профессионально спортом, а именно, художественной гимнастикой. Спорт – это достаточно сложное явление

ние. С одной стороны, исторически он развивался как компонент физической культуры, с другой – в определенном смысле он стал явлением, давшим начало собственной субкультуре. Художественная гимнастика – вид спорта, который предъявляет повышенные требования к здоровью спортсмена, предполагает наличие высоких психических и компенсаторных возможностей его организма, а также требует строгого соблюдения техники безопасности при выполнении базовых элементов и комплексных упражнений.

Анализ педагогической и психологической литературы, изучение опыта деятельности спортивных образовательных учреждений позволили определить противоречие, которое возникает между необходимостью сохранения и укрепления здоровья девочек-подростков, занимающихся художественной гимнастикой, и результативностью профессионально занимающихся спортом.

Нами проведено исследование в МАО ДО СДЮШОР № 1 по художественной гимнастике г. Екатеринбурга. В исследовании принимали участие девушки 11–14 лет, занимающиеся спортом до 10 лет, соревнующиеся по разрядам КМС и 1 разряду, а также тренеры.

На начальном этапе исследования было проведено анкетирование, которое показало, что девочки не приучены к здоровому образу жизни, хотя от здоровья зависит их результативность. При анализе результатов теста об отношении к здоровью гимнасток 11–14 лет были получены следующие результаты.

Когнитивный уровень превышает остальные уровни адекватности и неадекватности отношения к здоровью, его процентная составляющая – 68,0%. Респонденты понимают роль здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности и долголетия, а также знают об основных способах сохранения и укрепления здоровья.

Вторую позицию занимает ценностный компонент (64,4%), в данном случае, для девочек здоровье является естественной, абсолютной ценностью.

Третье место занимает поведенческий компонент (61,0%), то есть для спортсменок действия, направленные на укрепление здоровья, предпринимаются тогда, когда появляются проблемы. Опрошенные не применяют систематически особых усилий и действий для укрепления здоровья.

Последнее место занимает эмоциональный компонент (58,4%), это говорит о том, что девушки не испытывают серьезных переживаний из-за состояния здоровья и ситуаций, с ним связанных.

Также мы провели опрос тренеров и выяснили, что тренеры ответственно относятся к своей работе, они исполнительны, любят детей, при этом у них достаточно выраженная мотивация к успеху, поскольку результаты выступления на соревнованиях являются основным критерием успешности их деятельности. Можно отметить, что в тесте «цели – средства», тренеры и девочки отметили наивысшим баллом средство «воспитанность», а в тесте «ценности – цели» «здоровье» отмечено тренерами на четвертой позиции. Также мы предложили тренерам, занимающимся воспитанием девочек, ответить на вопросы анкеты «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни». Самыми важными для тренеров категориями жизни стали: «отношения с детьми», «отношения с друзьями», «моральная и эмоциональная поддержка близких людей». По результатам можно сделать вывод, что данный выбор связан с деятельностью тренеров: важно, чтобы дети доверяли им, чтобы тренер был примером для подражания. Поддержка близких и друзей, возможно, значима потому, что тренеры как представители категории профессий «человек–человек» часто находятся в состоянии стресса, физически и эмоционально устают от ежедневных тренировок, не всегда послушных детей и многого другого.

Так же тренеры выделяют категорию «профессиональная карьера» одной из первых. Карьера тренера – это многолетний и тяжелый труд воспитания детей и подростков, и чтобы добиться определенных результатов, понадобятся десятки лет. Таким образом, преобладание ориентации

на профессиональную успешность приводит к эксплуатации резервов здоровья и постепенному ухудшению его состояния без приложения систематических усилий для его поддержания.

Таким образом, вопреки распространённому мнению, подтверждается положение о том, что занятия спортом направлены на достижение высокого результата любыми средствами, часто в ущерб здоровью. Девушки-гимнастки не принимают здоровье за основополагающую цель жизни, что отчасти связано с возрастом. Для тренеров профессиональный успех важнее здоровья своего и воспитанников.

Мы считаем, что в учебно-тренировочный процесс в спортивных школах необходимо внести организационные и содержательные изменения, включать мероприятия, направленные на формирование ценностного отношения к здоровью. Например, полезным будет проведение тренингов, в течение которого вырабатывается личная стратегия поведения в тех или иных ситуациях. Обязательным элементом на данном этапе является рефлексия, которая позволяет участникам продемонстрировать личное отношение к происходящему на занятии. Проектная деятельность, которая представляет собой совместную (спортсмена и тренера) учебно-познавательную, творческую или игровую деятельность, имеющую конкретную цель, согласованные методы, способы деятельности, направленные на достижение запланированного результата, также недостаточно применяется в практике работы спортивных школ. Таким образом, если в программу подготовки спортсменов будут включены мероприятия, направленные на формирование ценностного отношения к здоровью, то заболеваемость и травматичность в тренировочном цикле и на соревнованиях будет снижена.

Библиографический список

1. Малозёмов, О.Ю. Основы здоровья и мониторинга физического состояния человека: учеб. пособие / О.Ю. Малозёмов, И.И. Малозёмова, Л.А. Рапопорт. – Екатеринбург: АМБ, 2010. – 212 с.
2. Нефедова, А.С. Формирование ценностного отношения к здоровью как психолого-педагогическая проблема / А.С. Нефедова, Н.А. Сахарова // Молодой ученый. – 2014. – № 13. – С. 274–276.
3. Никифоров, Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. – СПб., 2006. – 607 с.

Малярчук Н.Н.

Тюменский государственный университет
г. Тюмень, Россия

МИССИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ПРОПЕДЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Аннотация. Статья посвящена обоснованию деятельности инклюзивного пропедевтического центра, раскрытию социальных, кадровых и организационно-методических принципов его работы.

Ключевые слова: пропедевтическое обучение, инклюзивный пропедевтический центр, социальные, кадровые и организационно-методические принципы.

Malyarchuk N.N.

Tyumen State University, Tyumen, Russia

The mission of inclusive propaedeutic center

Abstract. The article is devoted to substantiation of activity of inclusive propaedeutic center, disclosure of social, human and organizational- methodological principles of his work.

Keywords: propaedeutic training, inclusive propaedeutic center, social, human, organizational-methodological principles.

Одним из трендов становления современного общества Европейских стран, Азии и Американского континента является развитие идей инклюзии. Перед Россией поставлена задача формирования принципиально нового отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья. В частности, об этом свидетельствует введение понятий: 1) обучающийся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – *физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии*, препятствующие получению образования без создания специальных условий); 2) инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия *особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей* (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»).

Инклюзивное образование предполагает, что в общеобразовательные организации придут дети с ОВЗ разных гетерогенных групп: с нарушениями опорно-двигательного аппарата, патологией слуха, зрения, речи и др. Специалисты, работающие в коррекционных школах, предупреждают о том, что эти дети окажутся в образовательной среде (изначально создаваемой без учёта их специфических потребностей), которая базируется на усвоении достаточно абстрактного материала и требует хороших интеллектуальных способностей, устного выражения своих мыслей. У детей же с ОВЗ имеются нарушения, которые могут выступать в качестве барьеров для эффективного процесса обучения: низкий уровень развития познавательных процессов, разбалансированность процессов возбуждения и торможения, дефекты речи и др.

В странах с высоким качеством жизни инклюзия учащихся с ОВЗ в образовательные организации осуществляется по **экстенсивному** пути развития, когда обучение детей с ОВЗ достигается за счет вовлечения в образовательный процесс большего количества кадровых ресурсов: массовое повышение квалификации педагогов образовательных организаций, подготовка ассистентов и тьюторов для сопровождения учащихся с ОВЗ. Эти процессы требуют значительных и материальных, и временных затрат.

Мы предлагаем **интенсивный** путь развития инклюзивного образования, суть которого – активизация потенциала детей с ОВЗ. Этот процесс связан с использованием пропедевтических инклюзивных технологий обучения с целью – «научить учиться» детей с ОВЗ на этапах дошкольного и младшего школьного возраста. Принцип «научить учиться» заключается в готовности ребёнка к систематическому обучению посредством овладения родным языком, развития внимания, памяти, воображения, функции самостоятельной учебной деятельности (К.Д. Ушинский).

В российской системе специального образования пропедевтическое обучение детей с ОВЗ – это система занятий, направленных на побуждение у учащихся познавательного интереса и подготовки их к усвоению учебных предметов. В дошкольном возрасте впервые начинает осознаваться смысловая связь вещей и действий, в этой связи необходимо насыщать дефектологические технологии смыслами социального созидания.

Миссию насыщения коррекционных технологий смыслами социального служения и созидания может выполнять инклюзивный пропедевтический центр. Прообразом такого центра является в г. Тюмени негосударственный центр речевого и познавательного развития «Речь», который выполняет функции: 1) научно-исследовательской площадки по вопросам дефектологии и логопедии; 2) базы практико-ориентированной деятельности студентов; 3) социального партнёра для обмена опытом среди регионального образовательного сообщества по проблемам инклюзии лиц с ОВЗ.

В качестве теоретико-методологической основы работы Центра выступают: 1) культурно-исторический подход Л.С. Выготского к формированию и развитию высших психических функций,

их опосредованности, системности, иерархичности строения; 2) концепция «первичного дефекта» А.Р. Лурии; 3) социально-личностный подход (В.А. Сухомлинский, В.И. Загвязинский).

Функционирование Центра базируется на трёх группах принципов.

Социальные принципы: 1) принцип *демократизации*: уважение ко всем людям и стилю их жизнедеятельности помогает формировать гуманно-ориентированное государство, в котором оценена индивидуальность каждого гражданина и в котором каждый сможет получить помощь и поддержку; 2) принцип *позитивного влияния на общество*: инклюзивная образовательная среда, способствуя достижению успехов детей с ОВЗ в обучении, поддерживает философию «принятия каждого ребенка микро- и макросоциумом»; 3) принцип *принятия многообразия культур*: готовность к обучению детей, принадлежащих к различным этническим группам и культурам, говорящим на разных языках, имеющих различный социальный и экономический статус, с разными способностями, интересами и целями обучения; 4) принцип *духовно-нравственного развития и воспитания*: принятие воспитанниками моральных норм, нравственных установок и национальных ценностей; 5) принцип *признания множественности источников образования ребенка*: признание объективной реальности, требующей изменения целей и технологий организации образовательной деятельности; 6) принцип *ожидания успехов в обучении*: вера в каждого ребёнка с ОВЗ, оценка его способностей и талантов по достоинству, ожидание успехов и достижений, независимо от его национальности, принадлежности к той или иной культуре, языку, полу, способностей или семейных обстоятельств; 7) принцип *достижения целей личностного и социального развития обучающихся*; 8) принцип *волонтерства*: добровольная безвозмездная помощь детям с ОВЗ; 9) принцип *просветительской деятельности* в микро- и макросоциуме, с целью снижения риска инвалидизации детей и принятия инклюзии как позитивного социального явления.

Кадровые принципы: 1) принцип *готовности педагогов и специалистов* к работе в инклюзивном образовательном пространстве; 2) принцип *профессионализма*: укомплектованность центра педагогическими работниками и специалистами с высоким уровнем квалификации, осуществляющими непрерывное профессиональное саморазвитие; 3) принцип *научно-исследовательской деятельности* в сфере инклюзивного образования; 4) принцип *сотрудничества специалистов разных профилей*; 5) принцип *эволюции образовательной системы*: накопление и использование информации и технологий, которые позволяют повышать эффективность пропедевтических технологий; 6) принцип *взаимодействия с семьями, государственными и общественными организациями*.

Организационно-методические принципы: 1) принцип *социального проектирования и конструирования* в системе инклюзивного образования на основе разработки содержания и технологий образования, определяющих пути и способы достижения социально желаемого результата личностного и познавательного развития обучающихся; 2) принцип *индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи детям* с ОВЗ с учетом особенностей психофизического развития детей для определения целей образования и воспитания и путей их достижения; 3) принцип *гарантированности достижения планируемых результатов пропедевтических коррекционных программ*: создает основу для самостоятельного успешного усвоения обучающимися новых знаний, умений, компетенций, видов и способов деятельности; 4) принцип *разнообразия организационных форм* с учетом индивидуальных особенностей воспитанников, обеспечивающих рост творческого потенциала, познавательных мотивов, обогащение форм взаимодействия со сверстниками и взрослыми в познавательной деятельности; 5) принцип *обеспечения доступности приобретения знаний, навыков и информации*: при предоставлении свободы выбора каждому ребёнку с ОВЗ увеличиваются шансы по реализации индивидуальной траектории развития; 6) принцип *создания комфортной коррекционно-развивающей инклюзивной образовательной среды*, обеспечивающей высокое качество образования, его доступность, открытость и

привлекательность для обучающихся, их родителей; 7) принцип *горизонтального и вертикального сетевого взаимодействия* с образовательными организациями, социальными учреждениями, некоммерческими организациями.

Центр «Речь» выполняет функции: 1) научно-исследовательской площадки по вопросам дефектологии и логопедии; 2) базы практико-ориентированной деятельности студентов; 3) социального партнёра для обмена опытом среди регионального образовательного сообщества по проблемам инклюзии лиц с ОВЗ.

Заключение

Миссия инклюзивного пропедевтического центра – насыщение коррекционных технологий смыслами социального служения и созидания – реализуется на основе социальных, кадровых и организационно-методических принципов. Важнейшие функции центра: научно-исследовательская и социального партнёра для обмена опытом среди регионального образовательного сообщества по проблемам инклюзии лиц с ОВЗ.

Библиографический список

1. Малофеев, Н.Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения (по матер. Доклада Европейского агентства по развитию спец. образования) / Н.Н. Малофеев // Дефектология. – 2005. – № 5. – С. 3–18.

2. Малярчук, Н.Н. Готовность педагогов к работе в условиях инклюзивного образования / Н.Н. Малярчук, Л.М. Волосникова // Вестник Тюменского государственного университета. Гуманитарные исследования. Humanitates. – 2015. – Т. 1. – № 4. – С. 251–267.

3. Малярчук, Н.Н. «Острые углы» инклюзивного образования учащихся с ОВЗ / Н.Н. Малярчук, Л.М. Волосникова // Проблемы современного педагогического образования. Сер.: Педагогика и психология. Сб. статей. – Ялта: РИО ГПА, 2016. – Вып. 51. – Ч. 6. – С. 235–241.

4. Малярчук, Н.Н. Ресурсы социального партнёрства в инклюзивном пространстве: из опыта работы негосударственного Центра речевого и познавательного развития «Речь» / Г.М. Криницына, Н.Н. Малярчук // Междунар. конгресс практиков инклюзивного образования, приуроченный к 20-летию обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья Университетом управления «ТИСБИ» (г. Казань, 15–17 февраля 2016 г.): матер. конгресса / под ред. Н.М. Прусс. – Казань: Ун-т управления «ТИСБИ», 2016. – С. 200–205.

Махина Е.Г.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»
Россия

РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Аннотация. В статье рассмотрено организация помощи недоношенным детям по выявлению ретинопатии в Челябинской области. Приводится статистика и структура заболевания.

Ключевые слова: недоношенные дети, ретинопатия недоношенных, слепота и слабовидение, причины нарушения зрения, клинические проявления РН, программа модернизации здравоохранения Челябинской области.

Makhinya E.G.

Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

Retinopathy of prematurity. Diagnosing problems

Abstract. The article deals with the organization of the help premature babies to detect retinopathy in the Chelyabinsk region. Provides statistics and disease structure.

Keywords: premature babies, retinopathy of prematurity, blindness and low vision, causes of visual impairment, clinical manifestations of PH, healthcare modernization program of the Chelyabinsk region.

Слепота и слабовидение вследствие ретинопатии недоношенных (РН) доминируют в структуре причин нарушения зрения с детства как в развитых, так и в развивающихся странах, несмотря на все достижения науки и практической медицины. При относительно стабильных показателях частоты преждевременных родов в год (от 5% до 12%) повышается выживаемость новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении, в связи с чем существенно меняется структура выживших недоношенных детей. При переходе здравоохранения РФ на международные стандарты выхаживания и регистрации новорожденных (масса тела при рождении от 500 г и срок гестации от 22 недель) ситуация усугубляется тем, что у данного контингента младенцев РН возникает не только чаще, но и протекает тяжелее [2; 7; 8].

Данные о частоте РН широко варьируют в разных странах и регионах (от 17% до 35% в группе риска, достигая при этом 90% среди детей с ЭНМТ при рождении). Убедительно показано, что частота развития РН зависит не только от степени недоношенности ребенка, но и от соматической отягощенности (мать/плод) и условий выхаживания. Поэтому ведущая роль в профилактике возникновения, развития и прогрессирования РН принадлежит специалистам перинатальной медицины (акушерам-гинекологам, реаниматологам и неонатологам).

В основе клинических проявлений РН лежит нарушение нормального васкулогенеза сетчатки, который начинается на 16 неделе внутриутробного развития и завершается лишь к моменту планового рождения ребенка (40 недель). Практически все дети, родившиеся раньше срока, имеют офтальмоскопические отличия от доношенных детей. На глазном дне недоношенных (в норме) всегда выявляются аваскулярные зоны на периферии сетчатки, причем их протяженность тем больше, чем меньше гестационный возраст (ГВ) ребенка на момент осмотра. Наличие аваскулярных зон на периферии глазного дна не является заболеванием, проявлением РН, это лишь свидетельство недоразвития сетчатки, незавершенности васкуляризации и, соответственно, возможности развития ретинопатии в дальнейшем.

В целях реализации Программы модернизации здравоохранения Челябинской области на 2011–2013 гг., а также повышения доступности специализированной медицинской помощи новорожденным детям, на основании Приказа УЗАГ от 03.03.2014 № 91 открыто отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД) на 18 коек в МБУЗ ДГКБ № 8 г. Челябинска.

В 2014 году пролечено 115 (52%) недоношенных детей, из них: с 1-й степенью недоношенности 90 (78%) детей, со 2-й степенью – 23 (20%), с 3-й – 2 (1,7%) ребенка. По итогам 2015 года пролечено 194 (62%) ребенка, из них: с 1-й степенью недоношенности 85 (43,8%) детей, со 2-й степенью – 97 (50%), с 3-й – 12 (6,1%) детей.

Организованы осмотры врачом-офтальмологом недоношенных детей из группы риска по развитию ретинопатии в ОПННД по следующим критериям:

1. Все дети, рожденные с гестационным возрастом менее 34 недель (до 33 недель и 6 дней) и массой тела менее 2001 гр.).

2. Недоношенные, рожденные с массой тела более 2001 грамм, рожденные с гестационным возрастом 34 недели, с отягощенным пери- и неонатальным анамнезом, тяжелым соматическим состоянием и имеющими признаки высокого риска развития ретинопатии недоношенных (РН).

Все дети, рожденные с гестационным возрастом менее 34 недель (до 33 недель и 6 дней) и массой тела менее 2001 гр.), определены в группу риска по развитию ретинопатии недоношенных. Частота осмотра – 1 раз в неделю.

Осмотр недоношенных детей проводится врачом-офтальмологом в присутствии медицинской сестры (сестра-анестезист). Осмотр проводится в затемненном помещении в кювезе или на пеленальном столике при медикаментозно расширенном зрачке методом прямой офтальмоскопии с помощью широкоугольной лупы 20Д.

Результаты осмотров врача-офтальмолога (текстовое описание) вносятся в медицинскую карту. Для профилактики развития РН все дети получали в инстилляциях эмоксипин 1% раствор по 1 кап 4 раза в сутки, длительность не менее 1 месяца.

Осмотр детей, угрожаемых по развитию РН, проводился на единственном аппарате RetCam в Челябинской области, который находится в офтальмологическом отделении в ЧОДКБ [2; 7; 8].

По итогам 2015 года группу риска составили дети с недоношенностью 2-й и 3-й степени в количестве 109 человек. На RetCam в условиях ЧОДКБ осмотрено 19 человек (17,4%). Выявлен 1 (5,2%) ребенок с РН I стадии и 1 (5,2%) ребенок с РН II стадии. По данным осмотра на RetCam в условиях ЧОДКБ 6 (31,5%) детям выставлен диагноз: ретинопатия недоношенных III-а стадии. Отсутствие изменений на глазном дне выявлено у 6 (31,5%) детей. Изменения сосудов глазного дна обнаружено у 5 (26,3%) детей.

Трудности, с которыми столкнулись врачи-неонатологи и офтальмологи при открытии ОПНД:

- транспортировка пациентов из группы риска по развитию РН с тяжелой соматической и неврологической симптоматикой;
- использование циклоплегических средств с возрастными ограничениями;
- ограничение по количеству возможных диагностических обследований пациентов из группы риска по РН (не более 2-х детей в неделю) на RetCam;
- кратность осмотров 1 раз в неделю на RetCam.

Как это должно бы было быть? Телеофтальмология – клиническая субдисциплина, изучающая дистанционную профилактику, диагностику и лечение заболеваний и повреждений органа зрения, органов и тканей области глазницы посредством использования информационно-телекоммуникационных систем.

Телеофтальмологический скрининг ретинопатии недоношенных детей уже более 10 лет широко применяется во всем мире [2]. Контингенты населения проходят профилактические осмотры, которые заключаются в выполнении цифровой фотосъемки глазного дна. Изображения глазного дна получают с помощью цифровых фундус-камер, причем съемку производят врачи произвольной специальности, чаще – семейные, общей практики, а также медсестры.

Полученные файлы направляют в специализированные офтальмологические центры, где врачи-специалисты оценивают их, формируют группы риска, определяют индивидуальную тактику лечебно-диагностических мероприятий, поддерживая интенсивное взаимодействие с врачами неонатологами.

Новорожденным детям (как правило, недоношенным) с риском ретинопатии проводят цифровую фотосъемку глазного дна, данные пациентов пересылают в специализированные центры, где врач-офтальмолог формирует группу риска и определяет индивидуальную программу диагностических, лечебных или превентивных мероприятий. Изображения глазного дна получают с помощью специализированной цифровой фотокамеры (класса RetCam Massie Lab), причем съемку производят врачи-неонатологи или обученные медсестры.

При сравнении телеофтальмологического скрининга с бинокулярной непрямой офтальмоскопией установлено, что чувствительность телемедицинского метода в среднем составляет 90–100%, специфичность – 85–100%, прогностическая ценность положительного результата – 80–85%, конкордантность диагностических решений (коэффициент каппа) – 0,657–1,000 [1, 3–6].

В результате телемедицинских скрининговых обследований признаки ретинопатии (различной степени тяжести) выявляются у 28–58% пациентов, при этом лечение требуется в 3,5–22% случаев [2].

С экономической точки зрения доказано, что несмотря на значительные первоначальные финансовые вложения для создания и оснащения системы, работающая телеофтальмологическая скрининговая служба приносит серьезный позитивный экономический эффект за счет снижения транспортных расходов, социальных выплат, инвалидизаций и т.д.

Совершенно очевидно, что для предотвращения тяжелых исходов необходима своевременная диагностика РН на ранних сроках развития и проведение оптимального лечения при выявлении признаков вероятного прогрессирования заболевания.

Библиографический список

1. Байбарина, Е.Н. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения / Е.Н. Байбарина, М.П. Шувалова, З.Х. Сорокина, А.А. Ленюшкина, Л.М. Цымлякова // *Акушерство и Гинекология*. – 2011. – № 6. – С. 2–16.
2. Владзимирский, А.В. Доказательная телеофтальмология – эффективность скрининга ретинопатий и глаукомы / А.В. Владзимирский, И.А. Шадёркин. – М., 2015. – 35 с.
3. Катаргина, Л.А. Патогенез нарушений зрения у детей с ретинопатией недоношенных / Л.А. Катаргина, Л.В. Коголева // *Зрительные функции и их коррекция у детей: руководство для врачей* / под ред. С.Э. Аветисова, Т.П. Кащенко, А.М. Шамшиновой. – М.: Медицина, 2005. – С. 459–475.
4. Катаргина, Л.А. Ретинопатия недоношенных, современное состояние проблемы и задачи организации офтальмологической помощи недоношенным детям в РФ / Л.А. Катаргина // *Российская педиатрическая офтальмология*. – 2012. – № 1. – С. 5–7.
5. Катаргина, Л.А. Ретинопатия недоношенных / Л.А. Катаргина, А.В. Хватова // *Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва: руководство для врачей* / под ред. А.М. Шамшиновой. – М.: Медицина, 2001. – С. 385–411.
6. Клиническое руководство. «Скрининг и лечение ретинопатии недоношенных». Утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г).
7. Приказ Минздрава России от 25.10.2012 № 442 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2012 № 26208).
8. Федеральные клинические рекомендации «По диагностике, мониторингу и лечению Активной фазы ретинопатии недоношенных», утверждены Межрегиональной общественной организацией «Ассоциация врачей-офтальмологов». – М., 2013. – 31 с.

**ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД КАК ДУХОВНО-НРАВСТВЕННАЯ
ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ**

Аннотация. В статье рассматриваются актуальные вопросы профилактики потребления психоактивных веществ среди молодежи, а также путь решения и выработки стратегии профилактики и реабилитации лиц с зависимым поведением, исходя из гуманистической парадигмы.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, гуманистический подход, психоактивные вещества, аддиктивное поведение.

Morozova I.V., Mironova V.M.

Ural state University of physical culture, Chelyabinsk, Russia

Humanistic approach as spiritual and moral foundations of a healthy lifestyle and sustainable development of the individual in the prevention of consumption of psychoactive substances among young people

Abstract. The article considers topical issues of prevention of consumption of psychoactive substances among young people, as well as solutions and develop a strategy for the prevention and rehabilitation of persons with addictive behaviour. Today it is possible to consider proven that the youth drug abuse at its core – a spiritual phenomenon, and its roots in the General cultural situation in modern Russia. In this situation it is necessary to develop new preventive model to overcome addictive behavior, based on humanistic approach and the formation of a conscious motivation towards a healthy lifestyle.

Keywords: healthy lifestyle, humanistic approach, psychoactive substances, addictive behavior.

Сегодня зависимость от психоактивных веществ представляет собой основную часть всех поведенческих и личностных расстройств и является основным фактором, разрушающим физическое и психическое здоровье нации. Этим обусловлена падение духовно-нравственного, психического и социального здоровья молодежи, а также формированием среди молодежи новых видов аддиктивного поведения и развитием таких зависимостей, как компьютерная, интернет-зависимость, сексуальная, от рискованных видов спорта [2, с. 2–5]. Более того, зависимость, особенно наркомания и алкоголизм, лежит в основе проявления асоциального и преступного поведения, среди всех возрастных групп населения, особенно среди молодежи. По данным Всемирной организации здравоохранения, в начале XXI века злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими веществами, изменяющими сознание, приняло характер эпидемии. В России, например, около 40% взрослого населения страдает химической зависимостью. Более того, около 80% подростков имеет опыт употребления наркотиков, а 10% из них уже больны [4, с. 17]. К этому надо добавить, что увеличивается и рост числа проблемных семей, так или иначе сталкивающихся с проблемой зависимости и нуждающихся в квалифицированной и своевременной помощи.

Не подлежит сомнению факт, что резкие темпы увеличения количества молодых людей, употребляющих наркотики и алкоголь, требуют обращения самого пристального внимания специалистов к вопросу нахождения наиболее эффективных путей профилактики зависимости от психоактивных веществ [3, с. 17]. Эффективная профилактическая работа невозможна без глубокого понимания мотивов и причин, толкающих индивида к химическому препарату. Из анализа сложив-

шейся ситуации можно сделать вывод об отсутствии механизмов контроля результативности профилактики наркозависимости, что требует нового качества научно-исследовательского поиска в этой области.

Новое понимание проблемы невозможно без выработки новых подходов в профилактике и реабилитации лиц с зависимым поведением от психоактивных веществ. Сложность и социальная значимость проблемы зависимого поведения требует гуманистического подхода, предполагающего: а) рассмотрение зависимости в рамках целостной био-психо-социо-духовной модели, что позволит достигнуть изменения отношения как к самому явлению зависимости, так и к зависимому человеку; б) создание инновационных программ, где педагогический процесс опирается на представление о том, что успешная работа в области профилактики зависимостей связана с необходимостью формирования активной личностной позиции; в) активизации позитивных ресурсов каждой личности, то есть формирование мотивации к здоровому образу жизни и создание условий для трансформации аддиктивного поведения.

Данный подход позволит выйти на более глубокое понимание проблемы и простимулирует создание более эффективных моделей профилактики зависимого поведения, где научно-педагогическое взаимодействие базирующееся на духовно-нравственной основе, обеспечит устойчивое морально нравственное развитие личности и освобождение от аддиктивного поведения.

Библиографический список

1. Барцалкина, В.В. Актуальность научного направления аддиктология / В.В. Барцалкина. – М.: МГППУ, 2011. – 124 с.
2. Еремин, М.В. Профилактика наркомании средствами физической культуры и спорта детей и подростков: автореф. дис. ... канд. пед. наук / М.В. Еремин. – СПб., 2015. – 25 с.
3. Сирота, Н.А. Профилактика наркомании у подростков. От теории к практике / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – М.: Генезис, 2001. – 28 с.

Москвина И.В.

МБОУ «СОШ № 9 им. В.И. Новикова г. Кусы»
Челябинская область, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА УРОКАХ ХИМИИ

Аннотация. В статье рассматривается возможность применения здоровьесберегающих технологий на уроках химии посредством использования шаростержневых моделей молекул органических веществ, вылепленных из пластилина. Лепка шариков – это развитие моторики, массаж акупунктурных точек на руках, цветотерапия и предупреждение нарушений со стороны зрительного аппарата.

Ключевые слова: массаж акупунктурных точек, цветотерапия, мыслительный процесс, творческая деятельность.

Moskvina I.V.

Novikov School № 9, Kusa, Chelyabinsk region, Russia

The Features of the application of health-technologies at chemistry lessons

Abstract. The article discusses the possibility of using technology in the health-chemistry lessons through the use of models sharosterzhnevyyh organic molecules, fashioned from clay. Modeling balls – the development of motor skills, massage acupunctur points on the hands, color therapy and prevention of violations of the visual apparatus.

Keywords: massage of acupunctur points, color therapy, thought process, creativity activity.

Здоровьесберегающие технологии – это система мер по охране и укреплению здоровья учащихся. Не секрет, что любая форма построения современного урока должна включать в себя эти пресловутые технологии. Любой конкурс педагогического мастерства не обходится без них. А подчас бывает довольно сложно разобраться в этом хитросплетении понятий, методов и методик, направленных на сбережение здоровья наших дорогих школьников.

Если мы откроем любое пособие или статью о здоровьесбережении, то прочтем: «нельзя путать понятия санитарно-гигиенического сопровождения образовательного процесса и нейтрализацию стресса у учащихся в процессе обучения с методами здоровьесбережения». Тогда нам необходимо определиться с тем, что означает понятие «здоровьесбережение» и что оно в себя включает.

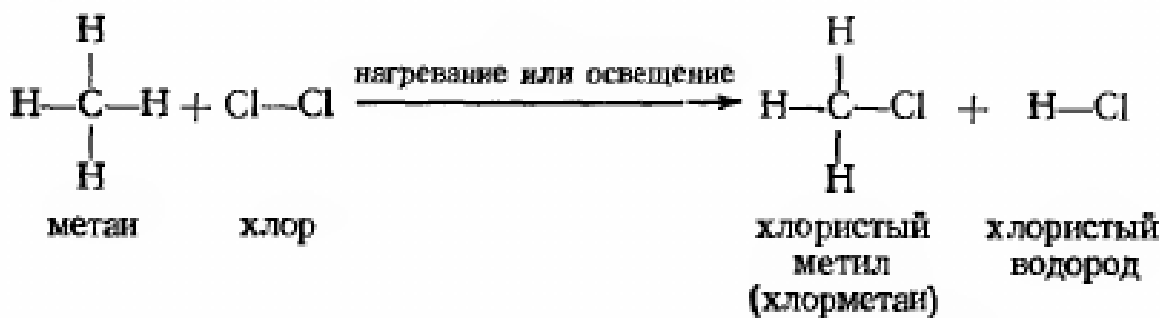
Согласно определению З.И. Тюмасевой, В.П. Старикова (2004), здоровьесбережение или здоровьесберегающее образование – это образование не вызывающее у субъектов образования специфических заболеваний, которые вызываются дидактогией, выгоранием личности учителя, полураспадом за определенный период предметных знаний учителя, невротами.

С целью избегания и профилактики возникновения различных заболеваний у учащихся мы предлагаем в процессе учебной деятельности внедрение отдельных технологий, нацеленных на решение конкретных задач здоровьесбережения, а именно предупреждения переутомления, нарушения зрения, оптимизацию физической нагрузки и образовательное самоопределение.

В средней и старшей школе современный ученик нагружен большим количеством информации, которую педагог стремится выдать на занятиях, закрепить ее в процессе объяснения и оценки контроля знаний. При этом среднестатистический учитель не учитывает продуктивность работы головного мозга учащегося, которая зависит от процесса кровообращения. Однако во время урока учащиеся находятся в одной позе – сидят за партой, в результате чего у них происходит своего рода «застой крови», но предложить учащемуся на уроке потянуться, поприсесть или пошагать педагог почему-то не может, поскольку в первую очередь это «украдет» время от объясняемого материала.

Но все гениальное достаточно просто. Если посмотреть на уроки в начальной школе или подготовительные занятия к школе в дошкольных организациях, то средства здоровьесбережения, которые можно использовать со старшими учащимися, возникнут сами по себе.

Так, на занятиях по химии в 9-х классах мы предлагаем учащимся сделать реакцию «своими руками». С этой целью учащимся предложено вылепить по 14 шариков из пластилина, при этом 8 шариков должны быть одного цвета, 4 шарика – другого и 2 шарика – третьего, все шарики должны быть одинакового диаметра. Лепка шариков – это, в нашем случае, и есть одна из техник организации здоровьесбережения, поскольку учащиеся развивают мелкую моторику, происходит «массаж» акупунктурных точек на руках, цветотерапия за счет использования разных цветов пластилина осуществляет профилактику нарушений зрения. Кроме того, процесс создания модели химических веществ и реакций совсем не обязательно осуществлять только в традиционной для отечественной школы сидячей позе. А для большего интереса учащимся можно предлагать сложные вещества и реакции, например, реакция замещения протонов водорода в молекуле метала атомами хлора под воздействие кванта солнечного света. В записи эта реакция выглядит следующим образом:



Учитель же в процесс построения учащимися моделей веществ и реакций комментирует то, что у них получается: «Возьмите пластилин, раскатайте шарики, покатайте их интенсивно в руках, почувствуйте, как они массируют внутреннюю поверхность ладони и кончики пальцев рук, посмотрите на цвета ваших шариков («молекул»), глаза запоминают цвет». Таким образом, происходит гимнастика для рук и стимулирование моторики, через которую активизируется мыслительная деятельность.

Кроме того, использование метода моделирования превращает стандартный урок в творческий процесс, что позволяет активизировать интерес учащихся к предмету.

Выстраивание процесса обучения через активные игры, уроки-викторины, дебаты, через применение проектной деятельности и др., позволяет создать условия для изучения предмета в «движении», а не стандартно – «за партой».

По нашему личному убеждению, мы считаем, что педагогика XXI века должна соответствовать не только требованиям процесса информатизации общества, но и, прежде всего, требованиям организации здоровьесберегающего и безопасного для учащихся образовательного пространства, где возможно полноценное развитие учащегося.

Библиографический список

1. Тюмасева, З.И. Словарь-справочник: эколого-валеологические тайны модернизации современного образования / З.И. Тюмасева, В.П. Стариков. – Сургут: ГУП ХМАО «Сургутская типография», 2004. – 314 с.

Нерознак Т.А.

Научный руководитель: Камскова Ю.Г., доктор медицинских наук, профессор Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет г. Челябинск, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА В БЕГЕ НА СРЕДНИЕ ДИСТАНЦИИ

Аннотация. В статье дан анализ различных методик по подготовке бегунов на средние дистанции. Метод развития специальной силы с использованием правильно подобранных упражнений на тренажерах с отягощениями и собственным весом; метод развития «беговой силы» и максимального и субмаксимального воздействия на мышечные волокна; интервальный и повторный методы в подготовке бегунов на средние дистанции.

Ключевые слова: специальная выносливость, интервальный бег, повторный бег, переменный бег, индивидуализация тренировочного процесса.

Neroznak T.A.

Supervisor: Kamskova Yu.G., doctor of medical Sciences, Professor

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Modern concepts of the organization of training process in run on average distances

Abstract. In article the analysis of various methods of training of runners on average distances is given. Method of development of special force with use of correctly picked up exercises on exercise machines with burdenings and body weight; development method of «the running force» and maximum and submaximum impact on muscle fibers; interval and repeated methods in training of runners on average distances.

Keywords: special endurance, interval run, repeated run, variable run, individualization of training process.

Результаты в беге на выносливость растут непрерывно. И если на первых порах спортивных состязаний в беге на средние и длинные дистанции результаты обуславливались природными способностями бегунов, то в дальнейшем рост результатов стал зависеть от субъективных факторов: упорства, настойчивости и трудолюбия в достижении цели повышения результатов одаренными спортсменами. Определенную роль в улучшении результатов в беге на выносливость играют материально-технические средства. Это постоянно совершенствующиеся покрытия беговых дорожек, беговой обуви и одежды, фармакологические средства повышения работоспособности и восстановления после нагрузок, технические средства для качественного тренировочного процесса и восстановления. Но чем выше уровень результатов, тем все большее значение приобретает методика тренировки и роль грамотного, вооруженного знаниями по физиологии, биомеханике, биохимии и других наук, целеустремленного и постоянно находящегося в поиске средств повышения результатов практического тренера [5–8].

В настоящее время в беге на средние дистанции определены конкретные количественные и качественные показатели, на которые ориентируются тренеры и спортсмены, планируя специальную беговую подготовленность. Тем не менее имеются существенные противоречия в представлениях о взаимоотношении и характере процессов энергообеспечения, обеспечивающих результативность в беге на средние дистанции. Проблематика подготовленности в беге на выносливость определяется точным взаимоотношением аэробного и анаэробного компонентов тренированности [1; 4; 7].

Мы можем вспомнить мощного кубинца Альберто Хуанторену, олимпийского чемпиона 1976 года на дистанциях 400 и 800 метров, и новозеландца Питера Снелла, олимпийского чемпиона 1964 года на 800 и 1500 метров, чтобы понять, почему выбор лучшего способа подготовки к 800 метрам является такой проблемой. Снелл в основном тренировал выносливость, а Хуанторена – скорость.

Методом развития специальной силы является выполнение правильно подобранных упражнений на тренажерах с отягощениями и собственным весом. Больших успехов в применении этого метода достигли П. Коэ, Т. Боули, В. Вакуров, П. Ткачев и другие. Круговые тренировки, выполняемые в быстром темпе, позволяя поддерживая ЧСС на высоком уровне длительное время, одновременно значительно прорабатывать необходимые мышечные волокна. Более специфическое воздействие достигается в упражнениях с отягощениями и на тренажерах. При подобных методах тренировки выдающихся результатов достигают и спортсмены, имеющие очень малый объем беговых нагрузок. Так, недельный объем С. Мастерковой, рекордсменки мира в беге на 1000 м, олимпийской чемпионки в беге на 800 м и 1500 м не превышает 70 км в неделю, а С. Коэ устанавливал мировые рекорды в беге на 800 м и завоевывал звание Олимпийского чемпиона в беге на 1500 м при недельном беговом объеме в 35 км [2–6; 8].

Методом развития «беговой силы и максимального и субмаксимального воздействия на мышечные волокна является многократное повторение специальных беговых упражнений. При

правильной технике выполнения этих упражнений происходит наиболее специфическая нагрузка на необходимые мышечные волокна. Эти упражнения постоянно и в большом количестве выполнялись спортсменами: В. Алексеевой, Я. Ельяновой, П. Литовченко, В. Евстратовой, Н. Малышевой. Ярким примером правильности этой методики является олимпийская чемпионка Монреаля в беге на 800 м и 1500 м Т. Казанкина, а также олимпийский чемпион 2004 г. в беге на 800 м Ю. Борзакровский [1; 2].

Научно-методические основы подготовки в беге на средние и длинные дистанции показывают, что выдающихся спортсменов современности в различных видах бега объединяет одна способность – разносторонность подготовки, позволяющая с успехом выступать на дистанциях, относящихся к различным зонам относительной интенсивности, характеризующихся различным преимущественным энергообеспечением, вкладом скоростных качеств.

Подготовка бегуна на средние дистанции – многогранный процесс. Он включает физическую, техническую и волевую подготовку. При этом физическая подготовка подразделяется на общую и специальную. Ее цель – развитие важнейших двигательных качеств – силы, быстроты, гибкости.

Цель специальной подготовки – максимальное развитие выносливости спортсмена соответственно требованиям дистанции, к которой он готовится. Критерием выносливости служит способность бегуна как можно дольше удерживать оптимальную частоту и длину шага. Отсюда и понятия скоростной и силовой выносливости. Если у бегуна снижается темп шагов, значит, у него недостаточная скоростная выносливость, если уменьшается длина шагов, – недостаточная силовая выносливость. Главным средством специальной подготовки бегуна служит сам бег в различных формах, включая такие, как бег в гору, под гору, по песку, снегу и т.п. [2].

Методы тренировки на разные дистанции определяются теми биохимическими процессами, которые происходят в организме спортсмена и которые обеспечивают образование нужной энергии для работы. При быстром беге организм работает в анаэробных (бескислородных) условиях, когда потребность в кислороде намного превышает его потребление. В этом случае организм работает за счет кислорода, содержащегося в мышцах. Способность же мышц работать в таких условиях называется местной или мышечной выносливостью [6; 8].

По мере увеличения продолжительности работы увеличивается доля энергии, получаемой с участием кислорода, поступающего из вне. В беге на 800 м она составляет уже примерно 23%, в беге на 1500 м – 50%. Соответственно этому и строится тренировка бегунов на различные дистанции.

Бегуны на 800 м должны особое внимание уделять развитию способности мышц работать при недостаточной кислородной обеспеченности. Отсюда значительный объем быстрого бега, развивающего местную, мышечную выносливость. Для бегунов, регулярно тренирующихся, объем скоростной и темповой тренировочной работы в соревновательном периоде должен составлять примерно 70–80% всей работы и только 20–30% – с относительно невысокой скоростью. Для бегунов на 1500 м это соотношение соответственно будет 50% и 50%.

В 50-х годах XX века появляется методика повторного и интервального бега, когда спортсмен многократно пробегает отрезки короче соревновательной дистанции со скоростью, равной или превышающей целевую для соревнований.

В настоящее время основная часть беговой тренировки средневики проходит на местности. Бег на местности имеет различные формы. Прежде всего, это может быть равномерный бег в различном темпе и на различные дистанции. В сравнительно медленном темпе спортсмен может бегать в течение 1,5–2 часов. Известно, что некоторые выдающиеся легкоатлеты, как, например,

П. Снелл, пробегают порой даже марафонскую дистанцию. В последние годы такая тренировка в аэробных условиях становится одним из главных средств подготовки бегуна на средние дистанции.

Кроме того, на местности могут применяться различные формы повторного и переменного бега, методика которого подробно разработана шведами и носит название «фартлек». Вот как может быть построена тренировка типа «фартлек»: медленный бег 5–10 мин (разминка). Равномерный, интенсивный бег 1–2 км. Быстрая ходьба – 5 мин. Медленный бег с ускорениями 50–60 м до легкого утомления. Медленный бег с короткими ускорениями, напоминающими ускорения во время соревнования, когда бегун не позволяет сопернику уйти вперед. Бег в полную силу на подъем 150–200 м и бег в быстром темпе 1 мин [1; 4].

Широкое распространение фартлека объясняется стремлением бегунов тренироваться больше и интенсивнее. Утомление при беге на мягком грунте наступает позже. Вероятность мышечных контрактур и воспалений суставов, связок и надкостниц уменьшена. Спортсмен бежит естественным не удлиненным шагом. К тому же бег на местности весьма эмоционален, приучает бегуна к самостоятельности, творческому подходу к тренировке.

Интервальный метод тренировки популярен во всех странах мира. У нас в РК он применяется в форме переменного и повторного бега. В первом случае сравнительно интенсивные пробежки отрезков дистанции чередуются с бегом в более медленном темпе. Во втором – после отрезков, преодолеваемых в высоком темпе, следуют интервалы полного отдыха.

Интервальный метод имеет ряд положительных сторон. Он более эмоционален, чем длительный бег в равномерном темпе, особенно на дорожке. Дозировать нагрузку легче. Бегун все время находится в поле зрения тренера. Врачу и тренеру на стадионе значительно легче использовать современную аппаратуру для контроля за состоянием бегуна [5; 7; 8].

В повторном и переменном беге нужно учитывать следующие факторы: длину тренировочных отрезков, скорость бега, количество пробежек, продолжительность интервалов отдыха между пробежками, характер отдыха. Увеличение тренировочной нагрузки может осуществляться изменением одного или нескольких факторов, что дает широкие возможности для творческой инициативы тренера и бегуна, которые варьируют ее в зависимости от индивидуальных особенностей спортсмена, его состояния и условий жизни.

В настоящее время лучшим средством развития специальной выносливости бегуна является серийное применение переменного и повторного бега. Кроме того, для поддержания и совершенствования скоростных качеств бегуна должен применяться повторный бег на коротких отрезках с околопредельной скоростью, а для развития специальных качеств – различные формы силового бега (в гору, по песку, снегу и т.д.) Известно, что для полного расцвета возможностей бегуна требуется 6–10 лет целеустремленной подготовки. Следовательно, первым и главным условием является многолетнее планирование [5; 7; 8].

Современная практика показывает, что бегуны на средние и длинные дистанции, рассчитывающие на успех, к 20–22 годам должны быть отлично и разносторонне подготовлены. Они должны пробегать 100 м с ходу за 11,5–10,6 и 400 м за 52,0–48,0; преодолевать 25–30 км за 1.40,0–2.00,0. В течение одной недели спортсмен должен пробегать 100–150 км, а за одну тренировку (не считая медленного бега), расстояние, превышающее дистанции 800–1500 м, в 2–3 раза. Эти примерные показатели специальной подготовки бегуна составляют основу для многолетнего планирования, которое включает три основных этапа: начальной подготовки, спортивной подготовки и спортивного совершенствования.

Спортивная тренировка в беге на средние и длинные дистанции в последние 25–30 лет стала интернациональной. Постепенно методических секретов становилось все меньше и меньше. В

настоящее время общая схема тренировки средневики и стайеров общепринята. Однако большего успеха добиваются такие бегуны, тренеры которых уделяют особое внимание специфичным средствам тренировки. Основная отличительная черта современной системы – индивидуализация, потому тренер и ученик должны совместно решить, каким специфичным средствам следует уделить больше времени [1–4].

В чем заключается индивидуализация тренировочного процесса? Варьируем индивидуальные и групповые занятия в соответствии со следующим принципом: чем выше спортивное мастерство, тем больше индивидуальных занятий.

Библиографический список

1. Динамика функционального состояния сердечно-сосудистой системы юных тхэквондистов в тренировочном процессе / Д.А. Сарайкин, М.С. Терзи, В.И. Павлова, Ю.Г. Камскова // Человек. Спорт. Медицина. – Челябинск, 2012. – № 28. – С. 20–23.

2. Лидьярд, А. Бег с Лидьярдом / А. Лидьярд, Г. Гилмор. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 163 с.

3. Меерсон, Ф.З. Динамика и физиологическое значение активации ГАМК-системы в головном мозге и сердечной мышце при эмоционально-болевым стрессе / Ф.З. Меерсон, Р.И. Лифшиц, В.И. Павлова // Биомедицинская химия. – 1981. – Т. 27. – № 1. – С. 35–39.

4. Полунин, А. Бег на средние дистанции. Скоростно-силовая подготовка / А. Полунин, Г. Нарский // Легкая атлетика. – 1989. – № 1. – С. 12–15.

5. Полунин, А.И. Школа бега Вячеслава Евстратова / А.И. Полунин. – М.: Советский спорт, 2003. – 216 с.

6. Сарайкин, Д.А. Показатели периферической системы крови у юных тхэквондистов на предсоревновательном этапе тренировочного процесса / Д.А. Сарайкин, М.С. Терзи, В.И. Павлова // Вестник Уральского медицинской академической науки. – Екатеринбург, 2012. – № 2 (39). – С. 15–16.

7. Селуянов, В.Н. Подготовка бегуна на средние дистанции / В.Н. Сеулян. – М.: СпортАкадемПресс, 2001. – 104 с.

8. Физиологические и психофизиологические особенности сенсомоторной адаптации у единоборцев разных квалификаций / В.И. Павлова, Д.А. Сарайкин, М.С. Терзи // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 6. – Ч. 7. – С. 1412–1417.

Нерозник Т.А.

*Научный руководитель: Камскова Ю.Г., доктор медицинских наук, профессор
Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия*

АЭРОБНЫЕ СПОСОБНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО РАЗВИТИЯ У БЕГУНОВ НА СРЕДНИЕ ДИСТАНЦИИ

Аннотация. В статье автор рассматривает аэробные возможности организма спортсмена и увеличение аэробной работоспособности под воздействием нагрузки. Большое значение уделяется влиянию беговой нагрузки на различные системы спортсмена, а также увеличению кислородного запроса в зависимости от скорости бега.

Ключевые слова: аэробный, аэробные возможности, аэробная мощность, МПК, максимальное устойчивое состояние, кислородный запрос, кислородный долг.

Neroznak T.A.

Supervisor: Kamskova Yu.G., doctor of medical Sciences, Professor

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Aerobic abilities and features of its development in runners on average distances

Abstract. In article the author considers the aerobic possibilities of organism of the athlete and increase in aerobic working capacity under the influence of loading. The great value is given to influence of running load of various systems of the athlete, and also increase in oxygen inquiry depending on run speed.

Keywords: aerobic, aerobic opportunities, aerobic power, maximum consumption of oxygen, maximum steady state, PANO, oxygen inquiry, oxygen debt.

Основой функциональной подготовки бегуна на средние дистанции является тренировка выносливости, которая определяется в первую очередь его аэробными и анаэробными возможностями. Понятие «аэробные возможности» отражает интегративную деятельность систем организма, ответственных за поступление, транспорт и утилизацию кислорода [2; 4; 5].

Аэробный означает такой бег, при котором каждый, в зависимости от уровня своей подготовленности, способен потреблять определенное, присущее ему количество кислорода. Это количество кислорода, которое организм способен потреблять в минуту, можно увеличить посредством правильно проводимых упражнений.

Предельное для каждого потребление кислорода мы назовем максимальным устойчивым состоянием; это уровень, при котором вы способны работать близко к пределу своих возможностей, вдыхая, транспортируя и используя кислород. Когда в ходе выполнения упражнения максимальное устойчивое состояние превышает, бег станет анаэробным.

Аэробный – бег, при котором в организме не происходит накопления молочной кислоты (бег без закисления). Предельное для данного индивидуума потребление кислорода во время нагрузки максимальной мощности общепринято именовать «максимальным потреблением кислорода» (МПК). При выполнении упражнений с постепенно нарастающей мощностью за периодом быстрых изменений функций организма (вработыванием) следует период, названный известным физиологом А. Хиллом периодом «устойчивого состояния» (англ. steady state). Оно характеризуется относительно постоянным напряжением обменных процессов и соответственно определенными, устойчивыми показателями физиологических функций; процентом потребления кислорода (от МПК), пульсом, артериальным давлением и пр. При продолжительном упражнении определенной скорости бега соответствует определенное устойчивое состояние. Повышение скорости бега приводит (после некоторого периода перестройки) к новому устойчивому состоянию. При достижении некоторой скорости бега или же при утомлении упражнение перестает быть преимущественно аэробным – происходит превышение порога анаэробного обмена (ПАНО) с резким усилением анаэробных процессов и экспоненциальным нарастанием молочной кислоты в организме. Физиологические показатели (потребление кислорода, пульс и пр.) также резко увеличиваются и быстро достигают своих максимальных величин, что приводит к отказу от продолжения работы [2–5].

Понятие «максимальное устойчивое состояние», то есть состояние, близкое к ПАНО. Оно соответствует индивидуальному, максимально возможному темпу бега, при котором еще возможно длительное поддержание стабильности физиологических характеристик.

Биохимические изменения в организме при обмене веществ требуют для своего обеспечения снабжение кислородом. Этот процесс преобразования с определенными границами, которые могут быть раздвинуты лишь до определенного максимума за счет сбалансированных

физических упражнений. Поэтому возможности организма всегда ограничены его анаэробными способностями. Реакция организма, которая имеет место во время поддержания анаэробного бега, выражается кислородным долгом. Долг этот может возникнуть очень быстро и сопровождается накоплением молочной кислоты и других продуктов распада, которые прямо ведут к нервно-мышечному расстройству, или иначе – усталые мышцы отказываются выполнять предлагаемую работу. Максимальный предел, на котором организм способен выполнить анаэробную работу, – это кислородный долг 15–18 л в минуту (л/мин), этот уровень обычно недостижим для среднетренированного спортсмена, если он не занимается правильно и в течение достаточно долгого времени [3–6].

Одна из особенностей кислородного долга заключается в том, что когда он достигнут и бег продолжается, то его показатель может удваиваться, утраиваться, возрастая в 4 раза. По мере возрастания скорости бега кислородный запрос увеличивается с поразительной быстротой.

Эффективность выполняемой работы и результаты в беге зависят главным образом от способности организма усваивать кислород из воздуха, транспортировать его к различным мышцам и органам и затем использовать. Большинство людей поглощают гораздо больше кислорода, чем могут использовать, потому что у них отсутствуют необходимые изменения в крови и достаточный кровоток от сердца к легким для его усвоения. Обычно у нетренированных лиц наблюдается дефицит гемоглобина (пигмента красных кровяных телец), который, соединяясь с кислородом, транспортирует его.

Аэробная часть предлагаемой нами программы тренировок направлена на повышение эффективности этих процессов. Посредством аэробной подготовки сердце, которое также является мышцей, становится больше и улучшает свои способности: оно выталкивает больше крови с каждым сокращением, а также способно сокращаться чаще. В покое сердце выталкивает около 4 л крови в минуту, но в зависимости от уровня тренированности может увеличить этот показатель в 8–10 раз. Спортсмен, который ежедневно в течение достаточно долгого времени бегаёт, вынуждает таким образом сердечно-сосудистую систему работать довольно напряженно. Это, в свою очередь, помогает развить лучшую циркуляцию крови и совершенствовать способность транспортировать большее количество крови к разным отделам организма [4].

Равномерная работа и регулярное воздействие на организм беговой нагрузки постепенно улучшают легочную вентиляцию – периодическое обновление воздуха в легких. Деятельность легких становится более эффективной, возрастает активность капиллярного русла в легких, что приводит к более высокому току крови, протекающей через легкие, позволяет быстрее усваивать большее количество кислорода. Кроме того, обычно повышающееся давление кровотока расширяет артериальную и сосудистую системы в целом. В научных исследованиях фотографировались мышцы спортсменов и рабочих, занятых физическим трудом; артериальная система у них четко обозначена, существует много хорошо развитых сосудов для циркуляции крови. У представителей же сидячих профессий, особенно у тех, кто мало занимается физическими упражнениями, развитие это ограничено, соответствующей циркуляции крови не происходит [2; 4].

Постоянное использование мышц в течение длительного времени действительно способствует дополнительной капилляризации (то есть образованию новых капилляров). Аэробные упражнения повышают эффективность, с которой кислород может передаваться работающим мышцам и использоваться ими, а также интенсивность, с которой будут выводиться продукты распада, что приводит к прекрасному развитию выносливости.

Вследствие улучшения общего физического состояния сердце начинает выполнять работу более экономично, что находит свое отражение в постепенно снижающемся показателе частоты

сердечных сокращений в стандартных условиях. Данный показатель зависит от многих факторов: положения, в котором он фиксируется, эмоций, температуры тела, физического напряжения, поэтому сложно использовать его как индикатор уровня подготовленности. Это может привести к заблуждениям еще и потому, что у различных спортсменов пульс в состоянии покоя колеблется от 50 до 90 уд/мин.

Однако, несмотря на то, какой пульс у занимающегося в состоянии покоя, можно убедиться (регулярно измеряя его в стандартных условиях), что по мере роста тренированности он будет уменьшаться. Иногда это уменьшение может достигать 25 уд/мин [2; 4].

Варьируя нагрузку, за тренировку при среднем объеме 24 км в день, можно переключиться на другой рабочий режим – 32 км в день и 16 – на следующий, то и, не увеличивая общего объема тренировочных нагрузок, можно добиться большего прогресса. Все дело в том, что более длинные пробежки лучше развивают мышечную выносливость, а короткие представляют возможность для восстановления.

В университете г. Кельна в ФРГ физиологи экспериментальным путем определили, что представители видов спорта на выносливость могут добиться прекрасных показателей мышечной выносливости, когда мышечные группы тренируются регулярно в течение длительного времени – особенно 2 и более часа. Ученые обнаружили, что это было прямым следствием расширения ранее неиспользовавшихся капиллярных русел и даже образования новых, что улучшило транспортировку и использование кислорода [2].

Некоторые бегуны, выполняющие за одно занятие двухчасовую нагрузку, спрашивают, правильно ли делить 2-часовую тренировку на две, каждая по часу. Ответ всегда таков: успех принесут продолжительные упражнения, поэтому два более коротких занятия едва ли дадут такой же эффект, как одно более длительное.

Этот аргумент очень часто используется теми бегунами, которые в качестве основного средства тренировки избрали медленный, но продолжительный бег. Такие тренировки, длящиеся в течение нескольких часов, эффективны, но они принесут далеко не лучшие результаты. Чтобы добиться большего эффекта, аэробная нагрузка на организм должна проходить близко к максимальному, устойчивому состоянию. С повышением уровня тренированности этот уровень также будет возрастать, а значит, и интенсивность упражнения, то есть скорость бега, выполняемого в тренировке, надо увеличивать. Занятия с интенсивностью 70–100% от максимального устойчивого состояния являются более эффективным использованием времени, чем медленный продолжительный бег [1; 2].

Когда объемные аэробные упражнения помогут повысить эффективность работы сердечно-сосудистой системы или позволят добиться более высокого максимального устойчивого состояния, необходимо развивать способность организма противостоять максимальному кислородному долгу. Это означает, что в некоторых тренировках следует добиваться такого уровня утомления, который являлся бы достаточным стимулом для интенсификации процессов обмена веществ, противостоящих этому утомлению [4].

Такая метаболическая активность способна компенсировать лимит кислорода вплоть до максимального, который, как мы уже заметили, составляет 15–18 л/мин. И на этом уровне «поломка» нервно-мышечного аппарата или полное истощение мышц может быть задержано, если только концентрация молочной кислоты не достигнет таких высоких величин, как 200 мг на 100 мл крови.

Например, если устойчивое состояние бегуна характеризуется 3 л/мин и он способен выдержать кислородный долг 15 л, а рабочая нагрузка, которую он выполняет, требует 4 л/мин, то спортсмен будет в состоянии поддерживать нужный темп в течение 15 мин, «накапливая» 1 л/мин кислородного долга. Если рабочая нагрузка возрастет до 5 л/мин, спортсмен сможет ее

выдержать только 7,5 мин, потому что темп истощения способности работать в долг увеличивается до 2 л/мин. Любой бегун знает, что если ускориться и полностью выложиться, то невозможно пробежать сколь-нибудь значительный отрезок, особенно если сравнить с тем расстоянием, которое он способен преодолеть, снизив скорость и уменьшив прикладываемые усилия. Это расстояние predetermined аэробными возможностями бегуна.

Библиографический список

1. Влияние физических нагрузок при занятиях легкоатлетическим спринтом на физическую работоспособность подростков / В.И. Павлова, С.С. Кислякова, Д.А. Сарайкин, Ю.Г. Камскова // Адаптация биологических систем к естественным и экстремальным факторам среды: матер. IV Междунар. науч.-практ. конф. / Челябинский государственный педагогический университет. – Челябинск, 2012. – С. 336–339.
2. Лидьярд, А. Бег с Лидьярдом / А. Лидьярд, Г. Гилмор. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 163 с.
3. Молекулярно-генетическая детерминация функциональной работоспособности единоборцев разных квалификаций. Психофизиологические детерминанты спортивного мастерства единоборцев / М.С. Терзи, Е.В. Леконцев, Д.А. Сарайкин, В.И. Павлов, Ю.Г. Камскова // Теория и практика физической культуры. – М., 2016. – № 7. – С. 21–24.
4. Павлова, В.И. Соотношение объема аэробной и анаэробной тренировочной нагрузки в соответствии со спецификой энергетических аспектов работоспособности в ациклических видах спорта / В.И. Павлова, М.С. Терзи, М.С. Сегал // Теория и практика физической культуры. – М., 2002. – № 10. – С. 53–54.
5. Полуниин, А.И. Школа бега Вячеслава Евстратова / А.И. Полуниин. – М.: Советский спорт, 2003. – 216 с.
6. Сарайкин, Д.А. Динамика функционального состояния сердечно-сосудистой системы юных тхэквондистов в тренировочном процессе / Д.А. Сарайкин, М.С. Терзи, В.И. Павлова, Ю.Г. Камскова // Человек. Спорт. Медицина. – Челябинск, 2012. – № 28. – С. 20–23.

Носов Д.Н.

*Научный руководитель: Павлова В.И., доктор биологических наук, профессор
Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия*

ПЛАНИРОВАНИЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У ЮНОШЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТОЛКАНИЕМ ЯДРА

Аннотация. Наибольший прирост результатов в толкании ядра зависит от рационального планирования тренировочного процесса. При включении в тренировочный план средств развития двигательных качеств для подросткового возраста необходимо помнить о задачах всестороннего физического развития, здоровьесбережения и медико-биологическом контроле.

Ключевые слова: планирование, физическое развитие, тренировочный процесс.

Nosov D.N.

Supervisor: Pavlova V.I., doctor of biological Sciences, Professor

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Abstract. The greatest surplus of results in shot put depends on rational planning of training process. In case of inclusion in the training plan of development tools of motive qualities for teenage age it is necessary to remember tasks of all-round physical development, a health-saving and medicobiological control.

Keywords: planning, physical development, training process.

Толкание ядра относится к древним и сложнотехническим видам спорта, так как его появление имеет более чем вековую историю. Толкание ядра относится к ациклическим скоростно-силовым упражнениям, у которых разгон снаряда выполняется двумя способами: «скачком» или «поворотом», а финальная часть – путем выталкивания снаряда одной рукой от плеча. Поэтому вес ядра является величиной неизменной, а спортивный результат определяется заданным снарядом или телом ускорением, то есть $F_{\max} = m_{\max} \cdot a$ (по второму закону Ньютона) [3; 6; 7].

В упражнениях толкания ядра сочетается динамическая и статическая работа анаэробного характера. Суммарные энергозатраты при этих упражнениях невысоки из-за короткого промежутка времени выполнения.

Важными моментами в толкании ядра является сообщение ему скорости и направления вылета. Для того чтобы достичь высокой скорости и правильного направления вылета необходимо ядро перемещать при такой траектории разгона, при которой наилучшим образом используются приобретенные и природные возможности толкателя [3; 7].

Для передачи силы разгоняющемуся ядру в ограниченном пространстве работающие мышцы должны быть сильными и способными к быстрому сокращению. Кроме того, требуется высокий уровень развития ловкости и координации движений, а в условиях соревнований – и хорошая волевая подготовка. Однако для показа высокого результата этого не достаточно. Спортсменам и тренерам также важно знать присущую метателям современную технику построения движений и в совершенстве владеть ею [3; 7].

Подготовка юношей-метателей состоит из овладения техникой толкания, совершенствования в ней, постепенного развития необходимых двигательных качеств, приучение организма к максимальным физическим и психологическим напряжениям [1; 4; 5].

При выборе средств развития физических качеств необходимо учитывать задачи всестороннего развития и укрепления здоровья юных толкателей. При использовании упражнений с отягощениями следует избегать большого количества повторений в одном подходе, так же необходим врачебный контроль над состоянием и нормальным развитием организма метателя [2; 5; 7].

Будущие толкатели ядра должны быть высокого роста, иметь нормальное телосложение, хорошо развитые скоростно-силовые качества, проявляемые при быстром беге, прыжках с места и бросаниях разных предметов, а также высокие волевые качества. Проявление этих качеств можно наблюдать у занимающихся во время спортивных и подвижных игр [1; 3; 4].

Основными задачами подготовки юных толкателей ядра являются:

1. Всестороннее физическое развитие, укрепление здоровья.
2. Развитие двигательных качеств (быстроты, силы, гибкости, ловкости, выносливости), а также психических качеств.

3. Овладение техникой толкания ядра.

4. Изучение теоретических дисциплин, необходимых при толкании ядра [1; 3; 4].

Учебно-тренировочные занятия с юношами 17–18 лет по содержанию и построению приближены к тренировкам взрослых толкателей ядра. Время на специальную подготовку отводится 50–60% [6].

В подготовительном периоде тренировки большинство времени уделяется общей физической подготовке 40–50%. Задачей этого периода является всестороннее развитие физических качеств, а также выработка адаптационных процессов. Занятия специальной подготовкой проводятся на протяжении всего тренировочного года [1; 2; 6].

В основном периоде объем тренировочной нагрузки уменьшается, а интенсивность увеличивается. После разминки сразу переходят к толканию ядра с максимальной скоростью. Количество толчков уменьшается, но выполняются они с максимальной скоростью и с сохранением правильной техники. На этом этапе необходимо чаще проводить прикидки по толканию ядра с соблюдением правил соревнований [1; 3–6].

Толкание ядра можно назвать амплитудно-импульсным метанием. Амплитудным потому, что каждый сантиметр пути приложения силы очень трудно компенсировать увеличением самой силы. Метания характеризуются рядом параметров, но главными из них являются сила, путь ее приложения и степень нарастания силы. От этих основных характеристик зависят в той или иной степени и все остальные: мощность, скорость, гибкость, выносливость [3; 6].

Библиографический список

1. Влияние физических нагрузок при занятиях легкоатлетическим спринтом на физическую работоспособность подростков / В.И. Павлова, С.С. Кислякова, Д.А. Сарайкин, Ю.Г. Камскова // Адаптация биологических систем к естественным и экстремальным факторам среды: матер. IV Междунар. науч.-практ. конф. / Челябинский государственный педагогический университет. – Челябинск, 2012. – С. 336–339.
2. Гольнева, Д.П. Человек, его здоровье и окружающая среда: пособие для учителей и студентов естественно-географических факультетов / Д.П. Гольнева, В.И. Павлова / Челябинский государственный педагогический университет; Челябинский эколого-валеологический центр. – Челябинск, 1997. – 120 с.
3. Ломан, В. Бег, прыжки, метания / В. Ломан; пер. с нем.; предисл. И.А. Тер-Ованесяна. – М.: Физкультура и спорт, 1985. – 159 с.
4. Павлова, В.И. Физиологические и психофизиологические особенности сенсомоторной адаптации у единоборцев разных квалификаций / В.И. Павлова, М.С. Терзи, Д.А. Сарайкин // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 6–7. – С. 1412–1417.
5. Психофизиологические детерминанты спортивного мастерства единоборцев / М.С. Терзи, Д.А. Сарайкин, В.И. Павлов, Ю.Г. Камскова // Теория и практика физической культуры. – М., 2014. – № 12. – С. 66–70.
6. Сарайкин, Д.А. Динамика функционального состояния сердечно-сосудистой системы юных тхэквондистов в тренировочном процессе / Д.А. Сарайкин, М.С. Терзи, В.И. Павлова, Ю.Г. Камскова // Человек. Спорт. Медицина. – Челябинск, 2012. – № 28. – С. 20–23.
7. Солодков, А.С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: учеб. / А.С. Солодков, Е.Б. Сологуб. – М.: Олимпия Пресс, 2005. – 528 с.

Обухова К.А., Пономарева Л.И.

Шадринский государственный педагогический университет

г. Шадринск, Россия

ИНТЕГРАТИВНО-СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ У СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА

Аннотация. В статье рассматриваются аспекты формирования ценностного отношения к здоровью в рамках эколого-валеологической подготовки студентов педагогических вузов. Обос-

новывается интегративно-содержательная модель формирования ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза.

Ключевые слова: эколого-валеологическое образование, формирование ценностного отношения к здоровью, интегративно-содержательная модель.

Obukhova K.A., Ponomareva L.I.

Shadrinsk State Pedagogical University, Shadrinsk, Russia

Integrative and informative model of the valuable relation to health at students of pedagogical high school

Abstract. This article discusses aspects of formation of the valuable relation to health within eco-valeologicheskoy preparation of students of pedagogical universities. Substantiates integrative and informative model of the valuable relation to health at students of pedagogical high school.

Keywords: eco-valeological education, the formation of the valuable relation to health, integrative and informative model.

Приоритетность здоровья и формирование здорового образа жизни становится одним из важных направлений социальной политики государства, так как практика отечественного образования является и неприродосообразной, и здоровьеразрушающей.

Решение этой глобальной задачи возможно при успешном преодолении стоящих перед человечеством эколого-валеологических проблем. Для чего необходимо прежде всего:

- «экологизация» мышления каждого человека, осознание им ответственности за загрязнение и деградацию природной среды;
- «валеологизация» образования, формирование валеологического мышления и здорового образа жизни;
- система получения надежных достоверных сведений об изменениях в состоянии окружающей среды и отдельных ее компонентов;
- принятие и реализация управленческих решений по взаимоотношению в системе природа – человек – общество.

Задача современного учителя состоит в том, чтобы объяснить, что сущность эколого-валеологических отношений не в том, чтобы «природу себе на пользу потребить», а в определении, какой образ жизни вести и в каких формах осуществлять деятельность, чтобы принести пользу природе и самому себе, участвуя в восстановлении природных систем, в совершенствовании, гармонизации отношения человека и биосферы.

Таким образом, в рамках нашего исследования наиболее перспективным является эколого-валеологическая готовность студентов педагогических вузов.

Обращаясь к понятию «эколого-валеологическая готовность студентов педагогических вузов», необходимо подчеркнуть важность эколого-валеологического образования как важнейшего фактора современной социальной стратификации.

Под *эколого-валеологическим образованием* понимается непрерывный процесс обучения, воспитания и развития эколого-валеологической культуры, направленный на формирование системы научных и практических знаний, умений, поведения и деятельности, обеспечивающих ценностные отношения к окружающей природной среде, личному здоровью и здоровью окружающих людей.

Эколого-валеологическое образование дает обучающимся более полное представление о мире, в котором они живут, учатся и работают, а также обеспечивает их теоретической основой, помогающей принимать важные, выверенные в нравственном отношении решения (А.К. Маркова, Я.Л. Мархоцкий).

Историография изучаемой проблемы позволяет говорить о том, что вопросам эколого-валеологического образования педагогическая наука уделяла и уделяет самое пристальное внимание (С.В. Абдуллина, Р.И. Айзман, И.И. Брехман, С.В. Васильев, С.Н. Горбушина, Л.В. Моисеева, Л.И. Пономарева, З.И. Тюмасева и другие). Изучение вопросов эколого-валеологического образования и готовности студентов к его реализации представляет несомненный интерес для исследователей, так как от степени сформированности эколого-валеологической готовности сначала студента (будущего педагога), а затем и детей зависит перспективное личностное становление, социализация, мобильность в окружающем социальном мире.

Педагогический труд связан с непосредственным участием человека в воспроизводстве культуры и ее развитии. Право просвещения может принадлежать только подготовленному специалисту, владеющему научными идеями и необходимыми технологическими приемами воздействия.

Разделяя мнение ученых, которые рассматривают *формирование* как процесс становления личности человека в результате объективного влияния наследственности, среды, целенаправленного воспитания и собственной активности личности, *эколого-валеологическую готовность студентов* как стремление, мотивированная необходимость, способность осуществлять эколого-валеологическую деятельность в условиях педагогического процесса.

Таким образом, под *формированием ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза* понимается та составляющая комплексной профессионально-педагогической подготовки педагогов, которая нацелена на эффективное формирование у обучающихся ценностных ориентаций, поведения и деятельности, обеспечивающих рациональные и благополучные отношения с ближним природным и социальным окружением.

Целевая установка процесса формирования ценностного отношения к здоровью задает следующие критерии аттракции образования: природосообразность, здоровьеразвитие и последовательное здоровьесозидание, что возможно при создании оздоравливающей образовательной среды в отдельном образовательном учреждении.

Рассматривая процесс формирования ценностного отношения к здоровью в аспекте развития основных психических функций человека (восприятия, мышления, речи, памяти, внимания, воображения), происходящего в их глубокой межфункциональной взаимосвязи, необходимо иметь в виду, что, во-первых, психические функции претерпевают возрастные изменения, во-вторых, находятся под воздействием таких личностных образований, как мотивация, самооценка, уровень притязаний, ценностные ориентации, мировоззрение и т.д. и, в-третьих, чувственные отношения человека к природе, и в частности их высшие проявления в виде любви к природе, выступают в роли мощного интегрирующего фактора организации физических, духовных и социальных качеств человека в ту специфическую социально-биологическую ценность, которая, собственно, и называется личность.

Таким образом, в качестве теоретико-методологической основы мы будем использовать *интегративно-деятельностный и ценностный подходы*, считая, что сочетание названных подходов будет являться достаточной основой для разработки *модели формирования ценностного отношения к здоровью у студентов педагогических вузов, представленной в таблице 1*.

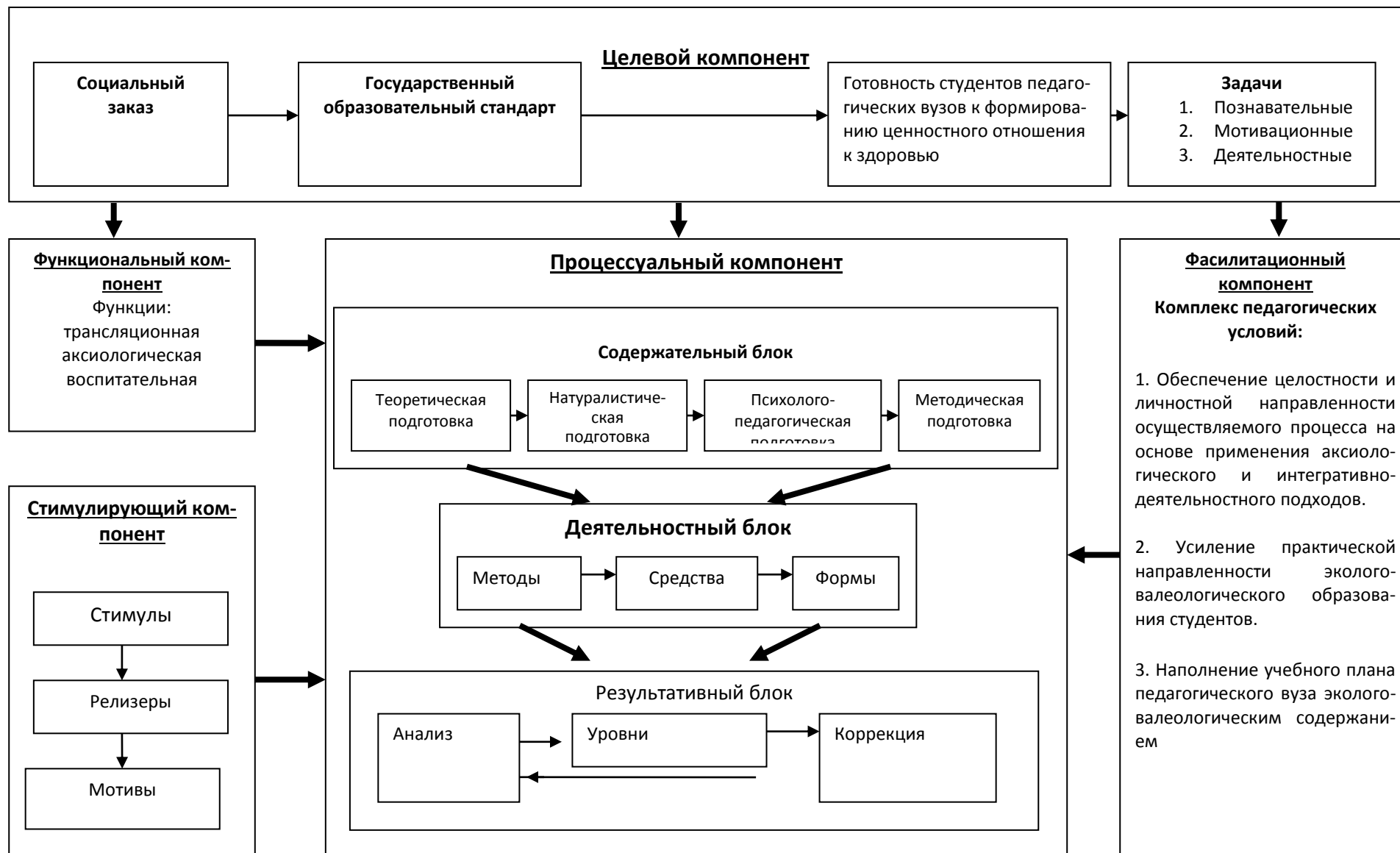
В структуру процесса формирования ценностного отношения к здоровью у студентов мы включили следующие компоненты: функциональный, целевой, процессуальный, стимулирующий и фасилитационный компоненты.

1. Функциональный компонент

В функциональном компоненте процесса формирования ценностного отношения к здоровью выделяются трансляционная, аксиологическая и воспитательная функции. Взаимосвязь и реализация в единстве выделенных функций рассматриваемого процесса обеспечивает целостный характер образовательного процесса в вузе и способствует достижению его цели.

Таблица 1

Интегративно-содержательная модель процесса формирования ценностного отношения к здоровью у студентов пед. вузов



2. Целевой компонент

Включает в себя потребность в совершенствовании процесса формирования ценностного отношения к здоровью как части эколого-валеологического образования будущих педагогов. Объективный характер целевой установки процесса формирования ценностного отношения к здоровью у студентов обусловлен сущностью эколого-валеологической готовности как комплекса нравственных качеств личности, нравственно-экологических императивов, чувственных отношений к природе и проявляющегося в эколого-целесообразной, природоохранной и здоровьесберегающей деятельности личности, а также ее структурой, включающей когнитивный, мотивационно-ценностный, эмоционально-волевой и нормативно-деятельностный компоненты.

3. Процессуальный компонент. В содержании процесса формирования ценностного отношения к здоровью нами включено несколько видов подготовки студентов педагогических вузов: теоретическая подготовка (включение в учебные дисциплины эколого-валеологических знаний и построение межпредметных связей), натуралистическая подготовка (развитие практических умений и навыков заботы о здоровье), психолого-педагогическая подготовка (понимание студентами сущности, цели, задач, форм и методов эколого-валеологического воспитания как составной части общего воспитания), методическая подготовка (разносторонняя методическая и технологическая подготовка будущего педагога).

Среди методов педагогического воздействия нами использовались: методы обучения (объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, проблемное изложение, частично-поисковый и исследовательский) и методы воспитания (развитие сознания личности: объяснение, просьба, убеждение, рассказ, беседа, разъяснение, внушение, инструктаж, пример; развитие поведения: упражнение, приучение, требование, поручение, воспитывающая ситуация; стимулирование: поощрение, соревнование, одобрение, награждение и др.), так как они способствуют активизации познавательной и общественно полезной деятельности студентов, что в свою очередь стимулирует процесс формирования ценностного отношения к здоровью.

4. Стимулирующий компонент

При формировании у студентов ценностного отношения к своему здоровью нельзя не учитывать важную роль релизеров.

Психологический релизер – это специфический стимул, связанный с природным объектом, определяющий направление и характер развития субъективного отношения к нему.

Психологические релизеры весьма разнообразны по своему характеру и могут оказывать воздействие по всем трем каналам: перцептивному, когнитивному и практическому.

5. Фасилитационный компонент, представляющий собой совокупность педагогических условий, обеспечивающих повышение эффективности процесса формирования.

Таким образом, результативным аспектом модели формирования ценностного отношения к здоровью является реализация в образовательном процессе комплекса мероприятий, направленных на здоровье его субъектов, внедрение в учебно-воспитательный процесс принципов здоровьесберегающего образования, а также использование здоровьесберегающих технологий.

Библиографический список

1. Обухова, К.А. Подготовка будущих педагогов на основе здоровьесберегающего образования / К.А. Обухова // Современные наукоемкие технологии. – М.: Изд-кий дом «Академия Естествознания», 2015. – № 12. – С. 355–357.

2. Орехова, Т.Ф. Теоретические основы формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования: монография / Т.Ф. Орехова. – Магнитогорск: МаГУ, 2004. – 352 с.

3. Пономарева, Л.И. Методология формирования эколого-валеологической готовности будущих педагогов в условиях модернизации естественнонаучного образования: монография / Л.И. Пономарева. – Шадринск, 2009. – 463 с.

4. Тюмасева, З.И. Невалеологические проблемы валеологии / З.И. Тюмасева // Народное образование. – 2002. – № 7. – С. 73–79.

Орехова И.Л.* , Шурупова М.В.**

*Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

**Муниципальное общеобразовательное учреждение «Общеобразовательная школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья № 8»
Копейского городского округа Челябинской области, Россия

ПЕРСониФИЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕДАГОГОВ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматривается проблема повышения квалификации педагогов и педагогических коллективов образовательных учреждений в области повышения квалификации по здоровьесбережению. Приводится алгоритм создания персонифицированной модели повышения квалификации.

Ключевые слова: здоровье, здоровьесберегающая деятельность, повышение квалификации, персонифицированная модель.

Orechova I.L.* , Shurupova M.V.**

* South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

**Municipal Educational Institution «Secondary boarding school for students with disabilities» № 8 Kopeysk urban district of the Chelyabinsk region, Russia

Personalized model of teacher training in the field of health preservation

Abstract. The problem of training teachers and teaching staff of educational institutions in the field of training for health preservation. We present algo-rhythm create a personalized model of training.

Keywords: health, health-activity of higher-skill, personalized model.

Здоровье и оздоровление подрастающего человека имеют для общества статус серьезной комплексной и весьма актуальной проблемы, которая имеет государственную и даже всемирную значимость. Здоровье имеет не только медицинскую природу, но и более того – биологическую, социальную, эколого-валеологическую и педагогическую природу. Ни одна из названных составляющих здоровья не обеспечивает сама по себе безусловное здоровье человека, а только все вместе, и нет среди них более или менее важных. Таким образом, необходимо некое организующее начало, объединяющее названные составляющие в системную целостность, которая обеспечивает усиление воздействия на подрастающего человека каждого отдельного фактора. Роль названного организующего начала могут и должны выполнять, безусловно, педагогические коллективы отдельных образовательных организаций, которые невозможно готовить к такой работе ни в вузах, ни в существующей системе повышения квалификации. На пути от нынешнего здоровьезатратного образования к здоровьесберегающему и здоровьеразвивающему образованию необходимо упреждающе разработать и реализовать процесс оздоровления самого образования таким образом, чтобы само это оздоровление стало поэтапным, непрерывным и развивающимся. Названные выше факторы в си-

стемной их реализации могут быть разработаны и эффективно реализованы на основе заинтересованной консолидированной деятельности педагогического коллектива школы, родителей учащихся, ближних к школе организаций дополнительного и физического воспитания, детских поликлиник, органов управления образования разных уровней, а также на основе разработки, создания и реализации в отдельных образовательных организациях постоянно действующей непрерывной системы развития эколого-валеологической готовности педагогов.

Системную логику оздоровления обучаемых необходимо рассматривать в двух аспектах: первый – на уровне современных научно-прикладных возможностей и целесообразности оздоровления подрастающего человека и второй – на уровне реальных практических оздоровительных возможностей школ, которые ориентированы на первый уровень как на перспективу и хорошо достижимую перспективу.

На первом уровне разрабатываются, решаются и доводятся до реализации следующие задачи:

- диагностируется характер взаимоотношений субъектов образования между собой, с образовательной средой, родителями учеников, социальными группами, окружающей средой; разрабатывается тактика и стратегия их развития;
- разрабатывается и реализуется мониторинг названных выше взаимоотношений, а также психических и физических состояний ребенка как единое целое;
- изменение и определение «индекса здоровья» как интегрированной характеристики здоровья обучаемых на предмет их развития, выявления устойчивости или потенциальных проблем со здоровьем, третьего состояния «не здоровье и не болезнь» или отклонений от нормы;
- мобилизация, раскрытие, формирование, активизация возможностей подрастающего человека;
- восстановление или активизация иммунной защиты организма;
- повышение деятельностной, мыслительной, образовательной, профессиональной и бытовой работоспособности;
- снятие дискомфорта, страха, тревоги, утомления;
- гармонизация межличностных и коллективных отношений;
- избавление от различных зависимостей.

На втором уровне реально решаются комплексные социально-эколого-образовательно-бытовые задачи:

- создание условий для благоприятного личностно-возрастного роста и развития обучаемых;
- формирование здорового образа жизни;
- формирование развивающей и развивающейся оздоравливающей образовательной среды;
- системная технологизация образовательного процесса в аспекте утверждения здоровьесбережения на пути к здоровьеразвитию;
- достаточное медицинское сопровождение образовательного процесса в школе;
- адекватная профилактическая и коррекционная работа с субъектами образования;
- оснащение образовательного учреждения современной мебелью и оборудованием.

Систему названных выше комплексных задач можно решить эффективно профессиональными педагогическими усилиями, специально подготовленными как отдельными педагогами, так и в целом педагогическим коллективом школы. В этой связи персонифицированная модель является универсальной формой повышения квалификации педагогов в области здоровьесбережения, а представленный в статье алгоритм может быть использован для повышения компетентности по любому индивидуальному запросу.

Персонифицированная модель – это повышение квалификации, обеспечивающее возможность выбора педагогами направлений образования и самообразования, результатом ее реализации является Индивидуальная образовательная программа. Осознанный заказ педагога на собственный процесс повышения квалификации становится чрезвычайно важным, так как только он может помочь удовлетворить его индивидуальные образовательные потребности, стимулировать профессиональное развитие и, следовательно, совершенствовать здоровьесберегающую работу в образовательной организации. *Цель модели:* индивидуализация и персонификация профессионального развития педагогов, обеспечивающая их включение в инновационную деятельность в условиях реализации системы здоровьесберегающей деятельности образовательной организации. *Задачи:* 1. Выявление персонального уровня профессиональной компетентности и профессиональных потребностей педагогов в направлении здоровьесбережения. 2. Разработка программы персонифицированного профессионального совершенствования. 3. Формирование потребности у педагогов в непрерывном профессиональном совершенствовании. *Предполагаемый результат:* повышение уровня профессиональной компетентности педагогов в условиях реализации системы здоровьесберегающей деятельности образовательной организации. В данную модель включены блоки: *диагностический* – самодиагностика педагогов; *проектировочный* – анализ полученной информации, разработка системы профессионального совершенствования; *деятельностный* – составление Индивидуального образовательного маршрута, выбор места, формы, определение сроков повышения квалификации; *контрольный* – изучение динамики профессиональной компетентности каждого педагога; *коррекционный* – внесение изменений в индивидуальный маршрут.



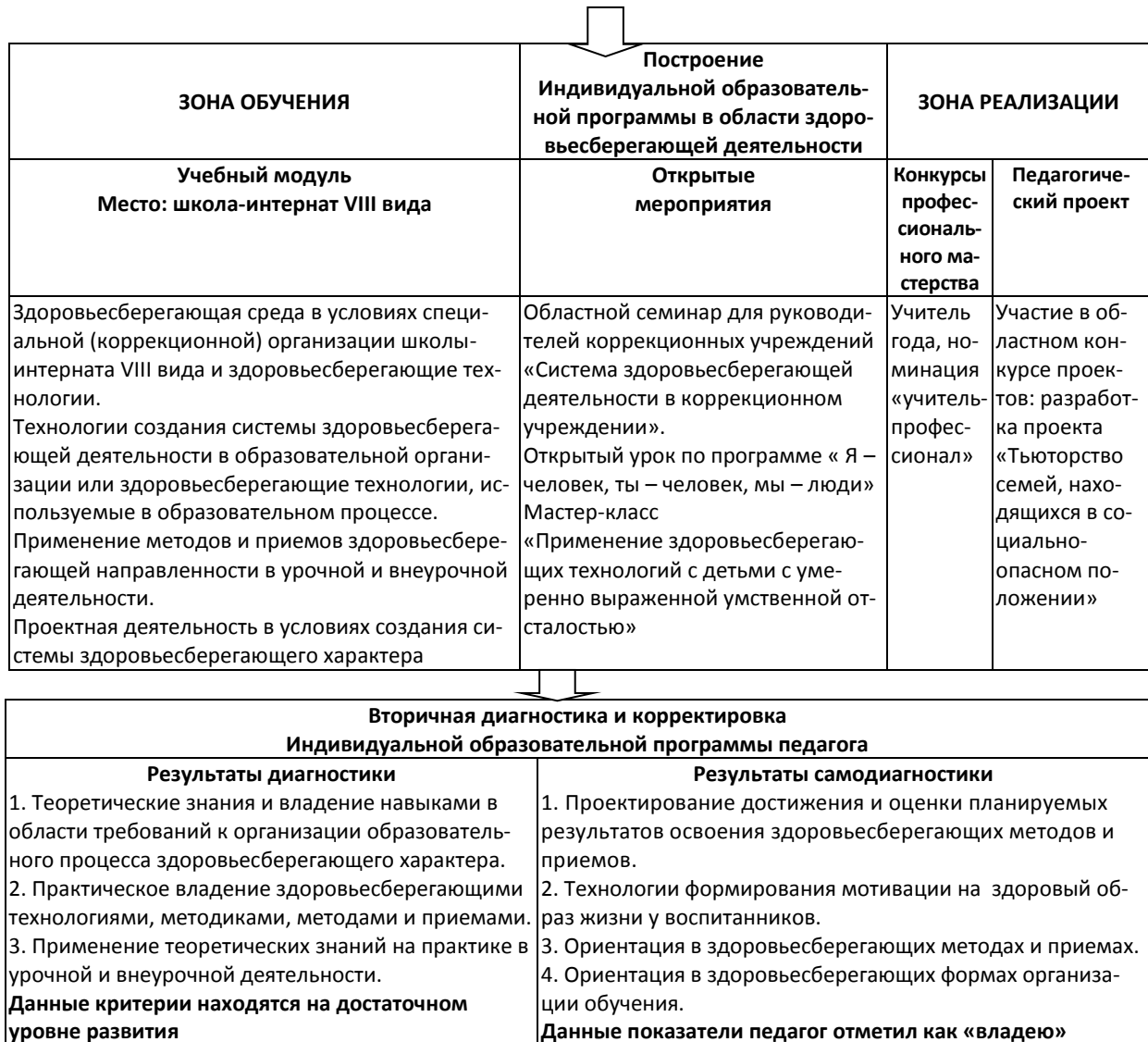


Рис. Алгоритм создания индивидуальной образовательной программы педагога в области здоровьесберегающей деятельности

Опыт практической реализации данной персонифицированной модели способствовал повышению профессиональной мотивации педагогов, они стали активнее участвовать в семинарах и конференциях различного уровня в очной и заочной форме, конкурсах профессионального мастерства «Педагог III тысячелетия» на лучшую программу по профилактике асоциального поведения у детей, на лучшую методическую разработку и т.д.

Библиографический список

1. Орехова, И.Л. Система здоровьесберегающей деятельности в коррекционном образовательном учреждении / И.Л. Орехова, М.В. Шурупова // Международная педагогическая школа. – СПб., 2013. – С. 176–181.
2. Орехова, И.Л. Эколого-валеологизация диверсифицированной подготовки студентов к оздоровительной деятельности в образовательных учреждениях / И.Л. Орехова. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2012. – 340 с.
3. Тюмасева, З.И. Невалеологические проблемы валеологии / З.И. Тюмасева // Народное образование. – 2002. – № 7. – С. 73–79.

РЕЧЬ УЧИТЕЛЯ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматривается влияние профессиональной речи учителя на здоровье учащихся и самого учителя; раскрываются признаки здоровьесберегающей и «болезнетворной» речи взрослых, адресованной детям; описываются два вида информации (осознаваемой и неосознаваемой), которая передается слушателю в речи говорящего; характеризуются два речевых принципа, обеспечивающих положительный характер **взаимодействия учителя и учащихся в образовательном процессе**.

Ключевые слова: профессиональная речь учителя, **здоровьесбережение**, речевой принцип, **взаимодействие учителя и учащихся**.

Orekhova T.F.

Magnitogorsk State Technical University im. G.I. Nosova, Magnitogorsk, Chelyabinsk region, Russia

This teacher as the factor zdorovesberezheniya

Abstract. The paper examines the impact of professional speech of teachers on students' health and the teacher; revealed signs zdorovetvoryaschey and «sickness» adult speech addressed to children; described two types of information (perceived and unconscious), which is transmitted to the listener to the speaker's speech; characterized by two speech principle of providing the positive nature of the interaction of teachers and students in the educational process.

Keywords: professional speech teacher, zdorovesberezheniya, speech principle, the interaction of teachers and students.

Сохранение здоровья учащихся в процессе образования входит сегодня в число наиболее актуальных педагогических задач. Согласно одному из положений Закона об образовании Российской Федерации, в котором излагаются принципы, определяющие государственную политику нашей страны в области образования, приоритет жизни и здоровья человека должен признаваться в любой системе образования. Проблема здоровья человека, и в том числе учащихся, многоаспектна и многогранна. Многообразны также и пути ее решения в каждый конкретный период истории развития общества.

В рамках данной статьи мы коснемся только одного аспекта обозначенной проблемы – влияния профессиональной речи учителя на здоровье учащихся, а также самого учителя. Прежде всего, следует уточнить, что профессиональной мы называем *педагогическую* речь учителя, которая имеет воспитательную направленность и проявляется в процессе его педагогической деятельности.

Наблюдение за характером речевого общения учителя с учащимися показывает, что ребенок реагирует как на содержание произносимых учителем слов, так и на интонационную сторону его речи: звуковысотные модуляции голоса, его регистр и тембр, динамику (громкость), темп речи, характер артикуляции, логические ударения и пр. Зачастую именно интонация влияет на состояние ребенка, определяя его настроение и самочувствие. Поэтому мы считаем правомерным говорить о существовании двух видов педагогической речи учителя: здоровьесберегающей и болезнетворной.

Здоровьетворящей будем называть речь, способствующую поддержанию в ребенке положительного эмоционального тонуса, уверенности в себе, стимулирующую его творческую активность и стремление к достижению цели. Это речь друга, наставника, соратника, помощника в важном для ребенка деле познания и освоения окружающего мира. Болезнетворная речь в нашем представлении – это речь, наполненная оскорбительными и грубыми словами, сказанными в адрес ребенка, изобилующая метафорами и гиперболами, унижающими его человеческое достоинство. Такая речь уничтожает ребенка не только психологически, но зачастую вызывает у учащихся развитие стойких психологических комплексов и даже психосоматических заболеваний.

О важности и значимости речи учителя (да и вообще всех окружающих ребенка взрослых) для формирования нравственной культуры подрастающей личности говорит А.Ц. Гармаев. В результате своих многолетних наблюдений и экспериментов в области нравственной психологии он пришел к выводу, что ребенок, запечатлевая речь взрослого, на внутреннем плане запечатлевает одновременно и способы «взрослого» речевого отношения к разным людям: к равным себе, к тем, кто сильнее, к тем, кто слабее и т.д. Причем такое запечатление начинается уже в период младенчества и продолжается практически до 24 лет, то есть до окончания, по А.Ц. Гармаеву, периода детства, который характеризуется физическим развитием организма растущего человека. Поэтому детскую речь можно считать в определенной мере своеобразным зеркалом взрослой речи. Отсюда следует вывод: если мы хотим иметь культурную и воспитанную молодежь, то взрослым, и в первую очередь учителям, следует соответствующим образом строить свое речевое общение с детьми.

Не могут вырасти умными, добрыми, уважительными людьми те дети, которые в своем детстве слышали в свой адрес различные унижающие их человеческое достоинство слова (не будем приводить примеры) только за то, что они не понимают с первого раза объяснение учителя, не выполняют в срок домашнее задание, не способны с первого раза качественно сделать какое-нибудь новое для них дело, не потому что они «безрукие лентяи» или «бестолковые бездельники», а просто потому, что овладение любым культурным, то есть человеческим, действием всегда требует времени. Однако мы уверены, что такой речевой «терроризм» взрослых (и учителей, и родителей) не есть результат их злого умысла. Чаще всего это следствие других, можно сказать, объективных обстоятельств. Например, это может быть: 1) непонимание истинных причин непослушного поведения детей, их упрямства, капризов и т.п. поведенческих проявлений; 2) уверенность в том, что ребенка нужно обязательно заставить делать то, что малыш или подросток делать не хочет, продиктованный боязнью того, что «иначе он сядет на шею» или крайней, зачастую неразумной, педантичностью взрослого в своих требованиях к ребенку; 3) простая физическая усталость взрослого, у которого не хватает душевных сил терпеть проявление духа противоречия детей; 4) педагогическая некомпетентность, то есть невежество в вопросах эффективного природосообразного воспитания растущего человека; 5) душевный дискомфорт взрослого, вызванный или состоянием физического здоровья (болит голова, или другой какой-то орган), или переживаемым взрослым в данный момент психологическим стрессом и многое другое, что, как правило, взрослыми не осознается и потому не поддается сознательному управлению. Мы считаем, что главная причина всех обозначенных случаев – это отсутствие у таких взрослых (учителей и родителей) представления о разрушительных последствиях своих действий не только на душу детей, но также на их здоровье. Более того, такое речевое поведение взрослых негативно отражается и на их собственном здоровье.

В контексте рассматриваемой проблемы – влияния речи на здоровье субъектов речевого взаимодействия – следует отметить два существенных момента, касающихся звучащей речи говорящего человека. Во-первых, важно помнить, что речь говорящего содержит в себе два вида информации: осознаваемую и неосознаваемую. Осознаваемая информация – это тот смысл, который несут в себе произносимые говорящим человеком слова. Даже если человек говорит по поводу актуальной ситуации, то есть спонтанно, без заранее задуманного плана разговора, произносимые им слова – это элемент его культуры, которой он овладевал благодаря наличию у него разума как основы заданного ему от природы потенциала культурного развития. Неосознаваемая сторона речи – это ее интонационная наполненность, которая не управляется человеком и потому передает такие характеристики человека, как его актуальное психологическое состояние (переживаемые эмоции, настроение, уровень психического напряжения), а также истинное отношение говорящего к собеседнику или к предмету разговора.

В педагогической деятельности учителя интонация речи является одним из действенных средств воспитания. Интонацией учитель-мастер способен без слов показать детям все многообразие своих реакций на их поведение. Учитывая все это при разработке подходов к организации здоровьесотворяющего образования в системе соответствующих принципов мы выделили два, которые напрямую связаны с речевой деятельностью учителя: это принципы позитивной речевой установки и личностного обращения, которые входят в группу принципов здоровьесотворяющего суть валеологического поведения.

Принцип позитивной речевой установки регулирует речевую деятельность учителя, требуя от него употребления в речи преимущественно позитивных слов и речевых оборотов. Это значит, что любую рекомендацию, любое указание следует давать, разъясняя способ их выполнения, то есть следует говорить не о том, **как не нужно** что-либо делать (что чаще всего и можно наблюдать в окружающей жизни), а о том, что и **как нужно** делать. Например, громко говорящему или кричащему ребенку, согласно принципу позитивной речевой установки, целесообразнее сказать: «Говори тише, спокойнее», нежели: «Не кричи!». При этом важно сохранять внутренне спокойствие и говорить тихим голосом и доброжелательным тоном.

Желательно также вместо глаголов с частицей «не» употреблять глаголы рекомендательного характера с конструктивным содержанием. Обоснованность данного требования подтверждается результатами психологических исследований, согласно которым частица «не» воспринимается не на уровне подсознания, а только на уровне сознания. Следовательно, ребенок, имея низкий уровень развития сознания и мышления, команду «не делай» воспринимает как команду «делай». Для того же, чтобы выполнить указание, выраженное в форме глагола с частицей «не», человеку необходимо в своем сознании произвести большую работу по трансформации отрицательной команды в положительную: то есть он вынужден сначала осознать, чего не нужно делать, а потом сообразить, что и как нужно сделать. Естественно, что для многих детей на определенном этапе развития такие умственные действия представляют достаточно тяжелый труд.

Внедрение принципа позитивной речевой установки в образовательный процесс показывает, что при умелом общении дети оказываются достаточно послушными существами. Кроме того, появляется возможность избежать необходимости повышать голос при общении с особо творческими и инициативными детьми, которые, как правило, во все, что делают, вносят свой индивидуальный творческий элемент.

Реализация принципа позитивной речевой установки требует отказаться в своей речи от слов военизированного характера, как-то: «вооружить знаниями», «разбиться на пары (на группы)», «разбить спортплощадку (лагерь, детскую площадку и т.п.)», «разбить интеллект на два

подфактора», «добиться цели», «столкнуться с человеком» и т.п., а также от многих других фраз и выражений, в которых заключен смысл разрушительного действия. Гораздо эффективнее говорить: «объединиться в пары (в группы)», «дать знания» или «оснастить знаниями», «построить, обустроить детскую площадку», «организовать (построить) лагерь», «расположиться лагерем», «достичь цели», «преодолевать недостатки», «встретиться с человеком» и т.д.

Принцип позитивной речевой установки регулирует также четкость команд учителя при организации любого дела. При этом целесообразно скрупулезно контролировать точность выполнения команды всеми детьми. Наш опыт показывает, что в подобной ситуации лучше всего воспринимается неторопливая речь учителя средней степени громкости с достаточными паузами после каждой команды. При необходимости (если не все дети выполнили указание) команду следует повторить еще один-два раза.

Принцип личного обращения требует при обращении к учащимся называть их по имени. Как показывают наши наблюдения и обширный педагогический опыт, это целесообразно по нескольким причинам. Полное имя русского человека (россиянина) состоит, согласно установленным правилам, из трех элементов – фамилии, имени и отчества, которые соотносятся между собой соответственно как общее, единичное и особенное, ибо фамилия отражает принадлежность человека к определенному роду, отчество – отношение к отцу как главе рода, и только имя является как бы личным знаком человека, поэтому на свое имя человек, и особенно ребенок, реагирует быстрее всего. Если обращаться к человеку по имени-отчеству, то это значит обращаться, образно говоря, как бы и к нему, и к его отцу; а если называть человека по фамилии, то обращаться как бы к его роду. Естественно, обращение по имени, по имени-отчеству или по фамилии требует от адресанта (обращающегося) разного объема энергии для произнесения каждого варианта: в первом случае – это обращение к одному лицу, во втором случае – условно к двум, а в третьем – к целому роду.

Кроме того, обращение к ребенку по имени будет еще более эффективным, если при этом смотреть ему в глаза, когда это реально возможно. Воздействие на ребенка усиливается еще более, если в ситуации обращения к нему наряду с визуальным контактом установить дополнительно и телесный) контакт – взять за руку, или прижать к себе, или слегка обнять за плечи. Такой подход способствует более эффективной и быстрой концентрации внимания ребенка на словах обращающегося к нему взрослого. Наш опыт показывает, что при таком способе общения ребенок практически всегда беспрекословно и сразу выполняет обращенные к нему просьбы, сказанные спокойным благожелательным тоном.

Анализ обширной педагогической практики (нашей собственной, описанной в литературе, наблюдаемой в педагогической действительности) позволяет говорить о том, что детей необходимо специально учить вступать в контакт в различных условиях, как при непосредственном общении, так и при общении по телефону. Для этого, во-первых, следует дать детям представление об алгоритме его речевого высказывания при первичном контакте с незнакомым человеком, при обращении к группе людей, при обращении к должностным лицам и т.д. Так, на уроках здоровья по программе «Здоровое поколение» [*], согласно темам второй четверти первого и второго классов, в игровой форме дети осваивают необходимые алгоритмы общения: они запоминают, что первый шаг в ситуации общения – это после приветствия представление себя партнеру по общению. Для этого ребенку нужно назвать свое имя и, если требует ситуация, то фамилию и класс, в котором он учится (например, «Я – Иванов Сережа, ученик пятого класса нашей школы»).

Принцип личностного обращения также требует от учителя строго следить за тем, чтобы дети в общении между собой обращались друг к другу по имени. Для этого существует множество самых разнообразных способов: создание игровых ситуаций, организация различных соответствующих возрасту детей коллективных дел, организация общения в учебном процессе и многое другое. Множество способов развития у учащихся контактности в условиях педагогического процесса разработано С.А. Циттель [*].

В настоящее время не вызывает сомнения утверждение, что речь любого человека, а особенно учителя, само социальное положение которого оказывает сильнейшее влияние на учащегося любого возраста, обладает своеобразной программирующей функцией. Это значит, что достаточно часто воспринятое слово или фраза фиксируются в сознании реципиента как деятельностная установка, которая затем воплощается в его поведении, причем зачастую неосознанно. На этой функции человеческой речи в психологии построены многие суггестивные, трансовые и манипулятивные техники и технологии. Мало того, многие люди в ситуации общения некоторыми речевыми оборотами совершенно нечаянно вводят друг друга в состояние измененного сознания, совершенно не осознавая последствий своих слов. Наверное всем известны ситуации, когда учитель, впад в состояние аффекта, значительно усиливающего воздействие произнесенного слова, бросает в адрес детей слова, действие которых затем проявляется многие годы спустя. Вот уж действительно «нам не дано предугадать, как наше слово отзовется»!

Завершая размышления о значимости слова, и особенно слова учителя как фактора здоровьесбережения, следует отметить, что эффективность охарактеризованных принципов здоровьесотворяющего образования значительно повышается при условии, во-первых, реализации в образовательном процессе всех тринадцати принципов (см. об этом подробно нашу работу [*]); и, во-вторых, при наличии у учителя адекватного представления о сущности растущего человека, а именно: принятие того факта, что ребенок рождается «недозрелым существом», что ему природой дается период от 21 до 24 лет, так сказать, для «дозревания», и что вследствие этого ребенку свойственно не уметь, не знать, и даже не хотеть в силу естественной для его возраста несформированности некоторых важных личностных качеств и соответствующих им деятельностных умений и поведенческих проявлений.

И наконец, последнее важное замечание. Учителю важно помнить, что его собственная звучащая речь оказывает воздействие прежде всего на его собственный организм, потому что, во-первых, требует определенного не только умственного, но также и физического напряжения (артикуляционного аппарата, голосовых связок, дыхательной системы), и, во-вторых, как любой звук, вызывает в организме говорящего человека соответствующую силе голоса (динамике) вибрацию.

Библиографический список

1. Здоровое поколение: программа уроков здоровья и нравственности для учащихся 1–11 классов средней общеобразовательной школы и учреждений дополнительного образования [Электронный ресурс] / авт.-сост. Т.Ф. Орехова, Т.В. Кружилина. – М.: ФЛИНТА, 2011. – 60 с. – Режим доступа: <http://bookz.ru/authors/t-orehova.html>
2. Орехова, Т.Ф. Принципы здоровьесотворяющего образования и их реализация в условиях педагогического процесса школы: метод. указания для студентов и учителей [Электронный ресурс] / Т.Ф. Орехова. – М.: ФЛИНТА, 2011. – 48 с. – Режим доступа: <http://mybook.ru/author/t-f-orehova/principy-zdorovetvoryashego-obrazovaniya-i-ih-real/citations>; <http://bookz.ru/authors/t-orehova.html>.
3. Циттель, С.А. Организация педагогического общения в учебно-воспитательном процессе или «Здравствуйте»: учеб.-метод. пособие / С.А. Циттель. – Магнитогорск, 1998. – 116 с.

**ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ)**

Аннотация. В статье рассматриваются психические и физические особенности детей старшего дошкольного возраста с диагнозом умственная отсталость лёгкой степени.

Ключевые слова: психофизическое развитие, старший дошкольный возраст, дети с умственной отсталостью.

Osinina A.A., Shelchkova N.N.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Psychophysical characteristics of older preschoolers with disabilities (mental retardation mild)

Abstract. The article discusses the mental and physical characteristics of children of senior preschool age with a diagnosis of mental retardation mild.

Keywords: psycho-physical development of senior preschool age children with mental retardation.

В настоящее время идет интенсивное развитие дошкольного образования в разных направлениях: повышается интерес к личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Анализ психолого-педагогической и медико-биологической литературы показал, что проблеме умственной отсталости детей уделяется большое внимание, так как уже на раннем этапе онтогенетического развития всё чаще детям ставят диагноз умственной отсталости.

Понятие «умственная отсталость» имеет неоднородное толкование. Мы разделяем мнение В.В. Ковалева, который умственную отсталость трактует как группу разнородных состояний, в самой различной степени и по самым различным причинам нарушающих адекватное возрасту функционирование индивида в обществе вследствие дефекта познавательных способностей. Однако в Международной классификации болезней десятого пересмотра умственная отсталость рассматривается как состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. При этом подчеркивается, что у таких детей всегда нарушено адаптивное поведение. Эти дефиниции едины в одном, что умственная отсталость это неоднородное состояние, и она имеет множество причин, связанных с нарушением развития в период созревания [4].

Психофизическое развитие ребенка включает в себя две важные взаимосвязанные составляющие: психическое и физическое развитие. В детстве эти составляющие обеспечивают ребёнку некий фундамент для дальнейшего развития его на последующих этапах жизни [2]. А.Н. Леонтьев выделяет следующие возрастные этапы психического развития детей: младенчество с непосредственно-эмоциональным общением ребенка и взрослого; раннее детство с предметной деятельностью; дошкольное детство с игрой; школьный возраст с учением; подростковый возраст с общественно полезной деятельностью и общением со сверстниками; юношеский – с учебно-профессиональной деятельностью. Исследования ученых показали, что пятый год жизни является переломным этапом в развитии умственно отсталого ребёнка [1; 4]. Ребёнок начинает проявлять

интерес к игрушкам, а, следовательно, получает простейшие представления об их свойствах и признаках. Однако у него всё ещё значительно страдают речевые навыки. Большинство детей используют речь в повседневных целях, поддерживают и участвуют в беседе. Но для их речи характерны фонетические искажения, ограниченность словарного запаса, недостаточность понимания слов. Обнаруживается отставание активного словаря от пассивного. Нарушение грамматического строя связано с редким использованием в речи прилагательных, предлогов и союзов, которых не хватает в активном словаре ребенка. Фразы его бедные и односложные.

Сужение и замедление зрительных, слуховых, кинестетических, тактильных, обонятельных и вкусовых ощущений и восприятий затрудняют создание адекватной ориентировки в окружающей среде. Такие дети недостаточно улавливают сходство и различие между предметами и явлениями, не ощущают оттенки цветов, ошибочно оценивают глубину и объем различных свойств предметов, что можно объяснить затруднениями анализа и синтеза воспринимаемой информации.

У умственно отсталых детей нестойкое произвольное внимание. Мышление конкретное, непоследовательное и стереотипное. Такие дети не планируют свою активность по этапам, и тем более не пытаются заранее предвосхитить последствия. Память отличается замедленностью и непрочностью запоминания, неточностью воспроизведения. Наиболее неразвитым оказывается логическое мышление. В то же время механическая память ребенка может оказаться сохранной или даже хорошо сформированной. Эти дети обычно запоминают лишь внешние признаки предметов и явлений. Эмоции недостаточно дифференцированы, неадекватны. Такие дети бурно радуются тогда, когда нужно было бы лишь улыбнуться, не умеют сдерживать гнев и даже агрессию, когда следовало бы лишь рассердиться. С трудом формируются высшие чувства: гностические, нравственные, эстетические. В связи с этим отсутствует ответственность, не проявляется удовлетворение в завершении работы. Возникающая неудовлетворенность отказом в получении увиденной игрушки, сладостей вне зависимости от материальных возможностей является причиной несдержанного гнева. Настроение, как правило, неустойчивое.

Психомоторное недоразвитие проявляется у ребенка в замедлении развития локомоторных функций. Движения бедны, угловаты, недостаточно плавны. Особенно плохо сформированы тонкие и точные движения, а также жестикуляция и мимика.

У многих умственно отсталых детей наблюдаются аномалии в физическом развитии, аномалии роста, нарушения обмена веществ, нарушения моторики.

Такие дети плохо воспринимают словесные инструкции при выполнении физических упражнений, общепринятых строевых команд, игровых правил и условий. Наряду с особенностями, обусловленными состоянием психики, у умственно отсталых дошкольников имеются нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У многих из них наблюдается функциональная слабость миокарда, сердечная аритмия, понижение артериального давления. Кроме того, дыхание у них поверхностное, неритмичное, небольшая мышечная нагрузка резко учащает его, и необходимо длительное время для восстановления [3, с. 152–154].

При ходьбе и беге дети излишне напрягают мышцы тела, чрезмерно размахивают руками, недостаточно координируют движения рук и ног. Недостатки в координации движений наблюдаются и в прыжках. Поэтому они долго не могут научиться прыгать на одной ноге, перепрыгивать с места на место на двух ногах. При метании некоторые умственно отсталые дети очень часто резко сжимают мяч и производят движение рукой, не выпуская мяча. У дошкольников с нарушением интеллекта ярко наблюдается выраженная недостаточность статической координации. Они испытывают большие затруднения в принятии определенной позы, не могут выдер-

жать ее более 1–2 секунд. Во время удержания позы они качаются, падают, сходят с места. У них наблюдается общая напряженность мышц.

По мнению Т.А. Тарасовой, среди детей с отклонениями в интеллектуальном развитии можно выделить три основных варианта поведения:

Первый вариант наиболее благополучный. Дети интересуются занятиями, охотно идут на контакт с педагогом. Они активны, хотя быстро утомляются, внимание их неустойчиво. Охотно переключаются с одного вида занятий на другой. Побуждают их к правильным действиям в основном похвала, одобрение, улыбка педагога. В основном они нуждаются в конкретном, практическом показе, а иногда требуют и совместного действия; им необходимо общение со взрослыми и сверстниками.

Ко второму варианту относятся дети очень активные и подвижные, но суетливые, капризные. Они бывают агрессивны по отношению друг к другу, драчливы, беспокойны, упрямы, не всегда организованы. Среди них есть моторно неловкие, плохо справляющиеся с движениями. На замечания взрослых реагируют большей частью негативно. Неудача их делает еще более упрямыми. Требованиям взрослых подчиняются не всегда, не сразу и не полностью: вскакивают во время занятий, ходят по комнате. Невнимательные, нетерпеливые и часто отвлекаются.

Дети, относящиеся к третьей группе, вялые, малоподвижные, пассивные: моторно недостаточно развитые, мелкая моторика у них затруднена, нарушена координация движений. В социуме они застенчивы, не уверены в себе. При неудачах в движениях ищут поддержки у взрослых, требованиям взрослых охотно подчиняются. Радостной улыбкой встречают поощрение, похвалу, ласку, на замечание реагируют слезами или молчанием, иногда просят помочь. Интерес к занятиям нестойкий, но когда войдут в работу, то переключаются на другое задание с трудом [3, с. 130–132].

Наше исследование проводилось в МДОУ детского сада № 53 г. Копейска (филиал) в течение двух лет (2015–2016 гг.) и строилось с учетом анализа психофизических особенностей детей с умственной отсталостью.

В связи с принятием Международной Конвенции о правах ребенка, при поддержке ООН и ЮНЕСКО, в современном обществе дети с ограниченными возможностями здоровья законодательно получили право на интегрированное обучение. Поэтому большое значение имеют инновационные образовательные программы, адаптированные к таким детям с целью интеграции их в социум. Практика показала, что к 15–20 годам умственно отсталые дети способны социально адаптироваться. Их быт почти не отличается от нормально развивающихся детей. Но это бывает только в тех случаях, когда ребенок живет в психологически и социально защищенных условиях. Если жизненная ситуация меняется и к ребенку начинают предъявлять требования, не соответствующие его психическим возможностям, наступает дезадаптация.

Библиографический список

1. Гончарова, Е.Л. Нарушения в психофизическом развитии детей [Электронный ресурс] / Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2002. – Вып. № 5. – Электрон. ст. – Режим доступа: <http://ise.edu.mhost.ru/almanah/>
2. Дубровинская, Н.В. Психофизиология ребенка: психофизиологические основы детской валеологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер, М.М. Безруких. – М.: Гуманит. изд-кий центр ВЛАДОС, 2000. – 144 с.
3. Тарасова, Т.А. Занятия физическими упражнениями для детей с особыми образовательными потребностями / Т.А. Тарасова. – Челябинск: ГОУ ДПО ЧИППКРО, 2012. – 178 с.

4. Тюмасева, З.И. Невалеологические проблемы валеологии / З.И. Тюмасева // Народное образование. – 2002. – № 7. – С. 73–79.

5. Шипицына, Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.

Павлова В.И.* , Павлов Б.С. , Сарайкин Д.А.***

*Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет

г. Челябинск, Россия

**Института экономики УрО РАН

г. Екатеринбург, Россия

ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВА ВОСПРОИЗВОДСТВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ОБЩНОСТИ

Аннотация. В данной статье рассматривается здоровье, сохранение здоровья методами физической культуры, которая является основой воспроизводства человеческой общности.

Ключевые слова: физическая культура, здоровье, генетика.

Pavlova V.I.* , Pavlov B.S. , Saraykin D.A.***

*South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

**Institute of Economics, Ural branch of RAS, Ekaterinburg, Russia

Health and physical culture of the population as basis of reproduction of a human community

Abstract. In this article health, preservation of health is considered by methods of physical culture which is a basis of reproduction of a human community.

Keywords: physical culture, health, genetics.

В рамках физической культуры можно выделить культуру движения, культуру телосложения и культуру физического здоровья.

Правительством Российской Федерации от 15 сентября 2005 г. № 1433-р была принята Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 годы».

Цель программы: создание условий для укрепления здоровья населения путем развития инфраструктуры спорта, популяризации массового и профессионального спорта (включая спорт высших достижений) и приобщения различных слоев общества к регулярным занятиям физической культурой и спортом. Нетрудно видеть, что в данном основополагающем документе (как, впрочем, и в других документах, регулирующих эту сферу жизнедеятельности россиян) под понятием «физическая культура» подразумеваются занятия физическими упражнениями (типа физическая зарядка, уроки физкультуры и т.п.).

Между тем, по нашему твёрдому убеждению, феномен «физической культуры человека» – это неизмеримо более широкий спектр его жизнедеятельности, чем регулярные занятия утренней зарядкой, посещение уроков физкультуры и участие в школьных спортивных мероприятиях. Феномен физической культуры позволяет органически соединить в себе не просто производство вещей и сознания в его абстрактных формах, а производство самого человека как общественного человека, то есть производство его во всем богатстве общественных связей и отношений, во всей целостности деятельностного существования. Человек, как существо разумное, стремится созна-

тельно регулировать свою жизнь, в частности, биологическое здоровье. Это, несомненно, является культурным феноменом. Забота о здоровье и есть забота о жизни. Таким образом, человек получает возможность влиять на свое физическое здоровье [4]. Но в данном случае культурный фактор выступает двояко: человек способен изменять свое здоровье как в сторону улучшения (рациональное питание, рациональный режим труда и отдыха, оптимальные физические нагрузки и т.п.), так и в сторону ухудшения (вредные привычки – алкоголь, табакокурение, наркотики; малоподвижный образ жизни, неправильно и нецелесообразно подобранные диеты и т.д.) [4]. И достижения культуры и цивилизации зачастую приводят именно к негативным изменениям в состоянии здоровья [3; 4].

Интерес к познанию феномена культуры в исследовании закономерностей и условий развития феномена «Физическая культура» определяется различными обстоятельствами: необходимостью преобразования окружающей среды, совершенствования социальных институтов, повышения производительной силы сообщества, оптимизации процесса социализации молодых поколений, формирования здорового образа жизни и др. Вполне объяснимым поэтому становится стремление исследователей выявить потенциал общей культуры в сфере физической культуры, ее внутренние резервы, отыскать возможности ее активизации. В связи с этим можно рассматривать культуру, социокультурные признаки как условие и средство человеческой самореализации, как средство влияния на социально-историческую динамику развития территориально-производственных общностей в целом или отдельных её составляющих.

Жизнедеятельность человека (социальной группы) в сфере физической культуры, в первую очередь, может быть раскрыта посредством анализа направленности деятельности индивида, содержания форм и средств реализации поставленных задач в сфере сохранения и преобразования собственной телесной организации (табл. 1).

Таблица 1

Физическая культура человека: структура, направленность, формы реализации

Направленность деятельности индивида в сфере сохранения и преобразования собственной телесной организации			
I. Функционально-созидательная	II. Функционально-оздоровительная, превентивная	III. Функционально-компенсационная, коррекционная	IV. Функционально-камуфляжная (декоративная)
физические упражнения и занятия	профилактика заболеваний	коррекция зрения	косметика, макияж
физическая работа		коррекция слуха	бижутерия, нательные украшения
гимнастика гигиеническая, лечебная			татуировка
туризм	уход за кожным, волосным покровом		
подвижные игры	уход за полостью рта		
занятия спортом	облагораживание запаха		
лечение болезней	закаливание организма	«изменение» роста	
коррекция веса, конфигурации тела			
рекреационный отдых		жестикаляция	
питание		походка, осанка	
фитнес		коррекция инвалидности	уход за ногтями
фитотерапия		контрацепция	покраска волос

I. Функционально-созидательное. Деятельность индивида здесь связана с развитием физических сил, укреплением своего здоровья. Основными достижительными видами деятельности

выступают: регулярные физические занятия, физический труд, туризм, подвижные игры. Сюда же включен вид деятельности, связанный с заболеваниями, наносящими, естественно, ущерб здоровому состоянию организма, ухудшению самочувствия. Проблематично во многом отнесение спорта к разряду «созидательных». Не секрет, что занятия профессиональным спортом для многих оборачивается не «созидательным», а «разрушительным» фактором их здоровья (травмы, профессиональные болезни, сокращение срока жизни).

II. Функционально-оздоровительное. Здесь основная задача индивида – предупредить возможное развитие той или иной болезни, недуга. В первую очередь, это относится к мероприятиям прямой профилактики (прививки, техника безопасности и др.). Решению этой задачи способствуют и такие профилактические меры, как умеренная физическая работа, утренняя гимнастика, закаливание и др. Такие факторы жизнедеятельности человека, как питание, рекреационный отдых мы считаем правомочным отнести к группе «созидательных», так и «оздоровительных».

III. Функционально-компенсационное. К нему мы относим деятельность индивида по восстановлению тех или иных физических недостатков, пороков (зрения, слуха, двигательной системы, отсутствие зубов и т.д.).

IV. Функционально-камуфляжное (декоративное). Это многообразная деятельность человека, связанная с желанием придать своей внешности более привлекательный вид за счёт скрытия от взглядов окружающих пороков кожи, строения лица и т.д. Делу привлекательности служат и усилия индивидов по «дополнительному украшательству» своей телесной конструкции и внешнему виду различными атрибутами (косметика, бижутерия, маникюр, татуировка и др.). «Сквозной» и острой, на сегодняшний день, проблемой в реализации всех четырёх направлений являются трансформация веса и конфигурации тела («борьба с весом», пластические операции и т.д.).

Две с половиной тысячи лет назад в Элладе на громадной скале были высечены слова: «Если хочешь быть сильным – бегай, хочешь быть красивым – бегай, хочешь быть умным – бегай». Основное средство физической культуры – физические упражнения, то есть специальные движения, более или менее сложные виды двигательной деятельности. Физические упражнения отличаются большим разнообразием как по содержанию, так и по формам. В практике физической культуры физические упражнения применяют в виде гимнастики, различных видов спортивных игр и туризма [1; 4]. Помимо физических упражнений, в физической культуре используют зарядку, закаливание при помощи естественных факторов (солнце, воздух, вода), гигиенические условия труда и быта.

Феномен человеческого здоровья является важнейшей составляющей физической культуры, её целью мерилom и средством воспроизводства.

Понятие «здоровье» характеризуется сложностью, многозначностью и неоднозначностью состава. Несмотря на мнимую простоту его обыденного понимания, в нем отражаются фундаментальные аспекты биологического, социального, психического и духовного бытия человека в мире [3].

Целенаправленная деятельность человека, связанная с формированием, конструированием здоровья направлена, прежде всего, на его индивидуальное здоровье.

Объектом культуры здоровья является активно действующий здоровый организм. Человек не ждет, когда ослабнут защитные силы, данные ему от природы. Он осознает, что любая деятельность вызывает постепенное истощение физических и психических сил. Поэтому необходимо искусственным путем воздействовать на тело, не дожидаясь, пока появится какая-либо болезнь.

Требуется научиться так управлять организмом, чтобы он восстанавливал те потери физических и психических сил, которые возникают в повседневной жизнедеятельности человека [1; 6].

В течение всей жизни в организме человека происходят непрерывные разнонаправленные изменения, определяющие состояние его здоровья и трудоспособность, особенно выраженные в пожилом возрасте. Даже внешний вид дает достаточно яркое впечатление о возрастных изменениях, позволяет отличить молодого человека от ребенка, взрослого от пожилого или старого. Внешние проявления старения – это результат многочисленных структурных и функциональных изменений, происходящих в организме.

Процессы старения имеют у каждого человека свои особенности, темпы и выраженность, которые определяют различия между календарным и биологическим возрастом людей. Календарный возраст отражает число прожитых лет, а биологический – выраженность возрастных изменений. Он может соответствовать календарному, то есть возрастным изменениям, свойственным большинству людей определенного возраста, может отставать или опережать календарный возраст. Это значит, что стареют с неодинаковой скоростью и старение человека имеет свои особенности, связанные как с наследственным фактором, так и с условиями жизни, трудовой деятельности, перенесенными и приобретенными в течение жизни болезнями [9].

Однако, несмотря на индивидуальные особенности, можно проследить общие закономерности старения, в том числе анатомо-физиологические проявления и психологические изменения, свойственные при старении всем людям. В пожилом возрасте, то есть после 60 лет, а в ряде случаев и раньше происходит снижение показателей физического развития, например, уменьшение роста, окружности грудной клетки, силы и выносливости мышц туловища и конечностей. В то же время общей тенденции к снижению в пожилом и старческом возрасте веса тела противостоит все более частое его увеличение, связанное с недостаточной производственной и бытовой физической нагрузкой (гиподинамией) и избыточным высококалорийным питанием, характерным для значительной части населения [4; 9].

При нормальном старении снижение одних видов психической активности компенсируется усилением других, а мобилизация внимания и наблюдательности компенсирует не только снижение других психических функций, но даже слуха [8].

Природные (анатомо-физиологические) задатки индивида развиваются и реализуются только в условиях социального образа жизни в процессе общения ребенка со взрослыми. Проявление биологических закономерностей жизни человека носит социально обусловленный характер. Его жизнь детерминируется единой системой условий, в которую входят как биологические, так и социальные элементы [3]. При этом биологические составляющие этой единой системы играют роль лишь необходимых условий, а не движущих сил развития. Действия человека, пишет М.С. Каган, образ его мыслей и чувств зависят от объективных исторических условий, в которых он живёт, от особенностей той социальной группы, класса, интересы которых он сознательно или бессознательно представляет. Содержание духовной жизни человека и законы его жизни наследственно не запрограммированы. «Но этого никак нельзя сказать о некоторых потенциальных способностях к творческой деятельности, об индивидуальных особенностях дарования, которые формируются обществом, но на основе наследственных задатков. Наследственные моменты в той или иной степени, прежде всего, через особенности высшей нервной системы, влияют и на характер развития склонностей и способностей человека [5].

Для нормального функционирования человеческого организма и сохранения здоровья необходима определенная «доза» двигательной активности. В этой связи возникает вопрос о так

называемой привычной двигательной активности, то есть деятельности, выполняемой в процессе повседневного профессионального труда и в быту [1–4].

Процесс, так называемой капиталистической модернизации российского общества, все больше приобретающий национальные черты, воспроизводит риски, оказывающие заметное влияние на физическое и социальное здоровье детей, их облик как будущее нации. Отмечается продолжающаяся тенденция разрушения многих традиционных ценностей, поддерживающих здоровый образ жизни. Все это происходит на фоне дискредитации общественных критериев развития. В современных условиях постоянной социальной напряженности подобная тенденция способствует усилению негативных факторов, препятствующих как физическому, так и нравственному оздоровлению детского населения, разрушению природного человеческого потенциала, заложенного в детях. Для понимания закономерностей, определяющих характер этих процессов, и необходим социологический анализ здоровья детей [7].

Детское население (от рождения до 18 лет) не является саморазвивающейся системой. Будучи самой незащищенной частью общества, оно всеми сторонами своего существования и развития включено во все многообразие общественных структур и отношений. Оно воспроизводит и обновляет общество, становясь его частью. Без детей воспроизводство общества невозможно. От качественных и количественных характеристик детского населения зависит будущее общества, будущее нации.

Библиографический список

1. Влияние физических нагрузок при занятиях легкоатлетическим спринтом на физическую работоспособность подростков / В.И. Павлова, С.С. Кислякова, Д.А. Сарайкин, Ю.Г. Камскова // Адаптация биологических систем к естественным и экстремальным факторам среды: материалы IV международной науч.-практ. конф. / Челябинский государственный педагогический университет. – Челябинск, 2012. – С. 336–339.
2. Гавриленко, Р.В. Физическая и умственная деятельность как неделимое целое [Электронный ресурс] / Р.В. Гавриленко. – Режим доступа: www.bestreferat.ru/referat-1217.html.
3. Гольнева, Д.П. Человек, его здоровье и окружающая среда: пособие для учителей и студентов естественно-географических факультетов / Д.П. Гольнева, В.И. Павлова. – Челябинск, 1997. – 120 с.
4. Изменения в системе крови при длительной гипокинезии / Ю.Г. Камскова, А.Г. Рассохин, В.Э. Цейликман, В.И. Павлова // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – Сер. 9: Экология человека и среды обитания. – 2000. – № 1. – С. 90–93.
5. Каган, М.С. Отчуждение человека в перспективе глобализации мира / М.С. Каган // Сб. статей; под ред. Б.В. Маркова, Ю.Н. Солонина, В.В. Парцвания. – СПб.: Изд-во «Петрополис», 2001. – Вып. 1. – 58 с.
6. Семенова, Е.Л. Формирование культуры здоровья подрастающего поколения: проблемы становления и развития: автореф. дис. ... канд. социол. наук / Е.Л. Семенова. – Екатеринбург, 2004. – 12 с.
7. Соломенцева, Г.П. Здоровье детского населения как фактор национальной безопасности России (Социологический аспект): дис. ... канд. социол. наук / Г.П. Соломенцева. – М., 2003. – 185 с.
8. Сонин, М.Я. Пожилой человек в семье и в обществе / М.Я. Сонин, А.А. Дыскин. – М.: Финансы и статистика, 1984. – С. 58–59.
9. Сонин, М.Я. Пожилой человек в семье и в обществе / М.Я. Сонин, А.А. Дыскин. – М.: Финансы и статистика, 1984. – С. 56–57.

Первушина К.Г.

Научный руководитель: Кириенко С.Д., кандидат педагогических наук, доцент
Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. В статье представлен опыт применения здоровьесберегающих технологий на занятиях по изучению английского языка с детьми дошкольного возраста.

Ключевые слова: здоровьесбережение, здоровьесберегающие технологии, иностранный язык, дети дошкольного возраста.

Pervushina K.G.

Supervisor: Kirienko S.D., candidate of pedagogical Sciences, associate Professor
South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Health saves technologies to classes in english with children of preschool age

Abstract. The article describes the experience of the application of health-technology in the classroom for the study of English with children of preschool age.

Keywords: health preservation, health-saving technologies, foreign language, pre-school children.

Здоровьесберегающие технологии – система мер по охране и укреплению здоровья детей, принимающая во внимание важнейшие характеристики образовательной среды и условий жизни ребенка, влияющих на его здоровье. В данной статье мы хотим представить различные методы организации процесса обучения иностранным языкам в детском саду.

Детское здоровье – самое ценное и важное. Исследования последних лет показывают, что состояние здоровья детей дошкольного возраста за период нахождения в детском саду ухудшается: дети чаще болеют, становятся более беспокойными и капризными. Использование новых форм подачи материала, большой объем информации, раннее обучение английскому языку приводит к значительному росту количества детей, не способных полностью адаптироваться к нагрузкам. Следствием этих факторов выступает снижение иммунитета, рост количества заболеваний.

Таким образом, перед образованием ставятся задачи: сбережение и укрепление здоровья детей дошкольного возраста; формирование у них представлений о здоровом образе жизни; использование технологий в образовательном процессе, отвечающих возрастным и индивидуальным особенностям детей.

По определению Н.К Смирнова, «здоровьеформирующие образовательные технологии» – это методы, которые направлены на воспитание у детей культуры здоровья, формирование у них представлений о здоровье как ценности, формирование мотивации на ведение здорового образа жизни.

В.Д. Сонькина считает, что здоровьесберегающие образовательные технологии – это отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания; рациональная организация образовательного процесса, соответствие физической нагрузки возрастным возможностям ребенка; необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим.

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

Уже на первых занятиях детей учат общаться на английском языке, происходит усвоение новых слов, звуков, интонации. Главной задачей педагога является создание благоприятной и комфортной обстановки, положительного эмоционального настроя на занятие, чтобы у детей не появлялось чувства страха перед этим предметом. Чтобы избежать усталости детей, педагог меняет виды работ: аудирование, ответы на вопросы, творческие задания, игры различных направленностей. Смена деятельности способствует также развитию мыслительных операций, памяти и одновременно способствует отдыху детей. Так, например, упражнения педагог меняет каждые 5–10 минут, продолжительность занятий 30 минут для детей до 3 лет, 35 для детей от 3–5 лет, 40–60 минут для детей от 5 до 6 лет.

В качестве здоровьесберегающих технологий, используемых на занятиях с детьми дошкольного возраста по обучению иностранному языку, используются:

1. Физкультминутки. Продолжительная умственная работа на занятии по английскому языку постепенно снижает уровень работоспособности у дошкольников. Двигательная деятельность дошкольников позволяет в значительной мере снять отрицательные сдвиги в отдельных системах организма, умственное утомление детей, предупредить нарушение осанки. С этой целью и используются физкультурные минутки.

Л.П. Матвеев утверждает, что физкультминутки являются «паузами», выполняясь в малых перерывах по ходу работы, но в то же время имеют деятельный характер, так как представляют собою моменты целесообразного переключения на действие иного типа, чем основные учебные операции, которые способны предотвратить падение уровня оперативной работоспособности. Отличительной особенностью многих упражнений на уроке английского языка является активная жестикуляция для подкрепления слухового образа визуальным. Рифмовки, стихотворения, песни на основе движений и проведение физкультминуток позволяют сохранить внимание ребенка: на занятии проводятся 1–2 физкультминутки по 2–3 минуты продолжительностью, через 15–20 минут после начала занятия. Пример зарядки для снятия мышечного утомления с пальцев при письме: Five little gentlemen Going for a walk. Five little gentlemen Stop for a talk. Along came five ladies They stood all together And they began to dance (5 пальчиков – джентльмены, 5 пальчиков – леди, они встречаются и начинают танцевать).

2. Динамические паузы. На уроках английского языка используются песни. Через песню заучивается лексика, практикуются грамматические структуры, отрабатывается фонетика языка, активизируются функции голосового и дыхательных аппаратов, развивается музыкальный слух и память, повышается интерес к изучению иностранного языка. Многочисленные повторы, характерные для песенного жанра, способствуют легкому и произвольному запоминанию лексико-грамматических конструкций.

3. Релаксация. Игра является одной из форм релаксации. Она позволяет снять напряжение, активизировать творческую и речевую деятельности. Так, например, учитель называет слово по-английски и бросает мяч ребенку. Поймавший мяч имеет право перевода. Другой пример, ребенок выходит вперед и встает перед детьми, отбивая мяч от пола, называет 2 части тела, вида спорта, фрукта, и т.д. (I know five English-animals: a cat, a dog, an elephant).

4. Зарядка для глаз. Комплекс упражнений поможет снять усталость и напряжение с глаз:
- быстро поморгать глазами в течение 30–60 секунд (считать от 1 до 10 на английском, чтобы дети повторяли);
 - крепко зажмурить глаза на 5 секунд;
 - посмотреть вдаль в течение 2–3 секунд, затем перевести взгляд на кончик носа на 3 секунды;
 - расположить указательный палец правой руки напротив носа на расстоянии 25–30 см от глаз, перевести взгляд на кончик пальца и смотреть на него 3–5 секунд, опустить руку (про себя назвать, в качестве повторения, дни недели, название месяцев);
 - посмотреть на кончик носа, затем закрыть глаза и посмотреть вправо, влево, вверх, вниз, не поворачивая головы (в это время педагог повторяет слова: to the right, to the left, up, down);
 - посмотреть глазами вверх, вниз по словам Red, red, red, the rose. Blue, blue blue, the dress. Grey grey grey the cat. And is so the rat.

Таким образом, использование здоровьезберегающих технологий, таких как: зарядка для глаз, релаксация, динамические паузы, аутогенные тренировки и физкультминутки позволяет избавить ребенка от чрезмерных нагрузок. Упражнения помогают детям укреплять свое здоровье, психику, нервную систему. Дошкольники учатся преодолевать трудности, ценить свое и чужое здоровье, становятся более расслабленными на занятии, что способствует более глубокому усвоению нового материала на занятии по английскому языку.

Библиографический список

1. Бродкина, Г.В. Здоровьесберегающие технологии в образовании / Г.В. Бродкина, И.И. Зубарева. – М.: АПКРО, 2002.
2. Двигательные игры, тренинги и уроки здоровья / Н.И. Дереклеева. – М., 2004.
3. Ковалько, В.И. Здоровьесберегающие технологии / В.И. Ковалько. – М.: ВАКО, 2004.
4. Колисник И.И. Рациональная организация учебного процесса / И.И. Колисник. – Саратов, 2004.

Пешин В.Е., Мамылина Н.В.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПРИКЛАДНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Аннотация. В статье рассматриваются теоретические предпосылки к исследованию проблемы прикладной физической подготовки учащихся к военной деятельности. Определены ключевые задачи и перспективы разработки данного вопроса в системе физического воспитания.

Ключевые слова: прикладная физическая подготовка (ПФП), военная деятельность, учащиеся общеобразовательных учреждений.

Peshin V.E., Mamylyna N.V.

South Ural state humanities-pedagogical university, Chelyabinsk, Russia

Theoretical bases of research developments in applied physical preparation of pupils of educational institutions

Abstract. This article examines the theoretical premises to the problem of applied physical preparation of pupils to military activity. Are defined key challenges and prospects of the development of this issue in the system of physical education.

Keywords: applied physical training (APT), military activity, pupils of educational institutions.

Дальнейшее совершенствование военной техники, возрастание объема и интенсивности воинской службы предъявляют повышенные требования к качеству подготовки призывников в общеобразовательных учреждениях.

Важную роль в связи с этим имеет обеспечение необходимого уровня профессиональной готовности будущих защитников Отечества, включающие физическую подготовленность, тренированность, работоспособность, развитие профессионально важных качеств (ПВК) и психомоторных способностей.

По данным ученых, точно установлено, что общая физическая подготовка находит непосредственное применение в процессе воинской службы [1, с. 50–52], создает предпосылки для успешной профессиональной деятельности, опосредованно проявляясь в ней через такие факторы, как состояние здоровья, степень физической тренированности, адаптации к условиям стресса, какими являются условия воинской службы [3, с. 17–19; 4, с. 53–54; 5, с. 319–320].

Составная часть физического воспитания, занимающаяся вопросами, связанными с подготовкой к военной деятельности, получила свое название – прикладная физическая подготовка (ПФП). Под ПФП понимается подсистема физического воспитания, наилучшим образом обеспечивающая формирование и совершенствование свойств и качеств, имеющих существенное значение для конкретной профессиональной деятельности [2, с. 26–28].

Сущность ПФП состоит в оптимальном использовании средств, методов и форм физического воспитания с целью достижения и поддержания на базе общей физической подготовки преимущественного развития психических и физических качеств, к которым предъявляют повышенные требования в процессе обучения и службе в вооруженных силах РФ.

Одним из первых дал теоретическое обоснование ПФП В.В. Белинович (1959). Автор определил задачи ПФП, направленные на содействие всестороннему физическому развитию и достижению высокого уровня физической подготовленности учащихся, а также развитие физических качеств, особенно важных для воинской деятельности и воспитание специфических волевых качеств. Общепринято, что в содержании прикладной физической подготовки должны входить обычные средства – физические упражнения и виды спорта, но подобранные и организованные в соответствии с поставленными задачами.

Основная направленность занятий заключается в том, чтобы увеличить диапазон функциональных возможностей организма человека, расширить арсенал его двигательной координации, а также обеспечить эффективную адаптацию организма к различным факторам воинской деятельности.

Как известно, некоторые функции и анализаторы нашего организма подвижны [7]. В связи с этим актуально изучение тех природных задатков, из которых при надлежащих условиях воспитания и обучения должны развиваться необходимые способности к успешному освоению военной профессии. В ряде случаев возможно и необходимо с помощью специальных средств развивать, повышать функциональные возможности молодых людей, желающих обучаться военной профессии, и тем самым делать их профессионально пригодными.

Именно эту задачу и призвана решать ПФП учащихся в общеобразовательном учреждении.

Обращает на себя внимание тот факт, что за период учебы в школе число здоровых детей уменьшается в четыре раза. К окончанию школы у трети выпускников наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой системы. Число страдающих близорукостью увеличивается с 3% до 30%, нервно психическими расстройства – с 15% до 40%, гастроэнтерологическими заболеваниями в 3,9 раза, число детей, состоящих на диспансерном учете, в некоторых школах достигает 50% [6, с. 170–171].

Все это негативно сказывается на юношах призывного возраста при постановке их на воинский учет. Некоторые получают отсрочки от призыва, некоторые просто не годны к службе в ВС РФ. В образовательном учреждении по предмету ОБЖ в старших классах есть раздел: «Основы военной службы». В конце обучения у юношей предусмотрены учебно-полевые сборы, которые определяют готовность юношей к службе в ВС. Большое место в этом предмете занимает прикладная физическая подготовка, которая воспитывает у юношей волю, смелость, физическую силу, упорство, что имеет прямое отношение к подготовке юношей к службе в ВС.

Итак, определим цель ПФП как достижение психофизической готовности учащихся образовательных учреждений к успешной воинской деятельности.

На основании цели выделим следующие задачи ПФП:

1. Развитие ведущих для воинской деятельности физических качеств.
2. Формирование и совершенствование прикладных двигательных навыков.
3. Повышение устойчивости организма к внешним воздействиям условий воинской службы.
4. Воспитание специфических для военной службы волевых и других психических качеств.
5. Повышение функциональной устойчивости и приспособление организма человека к неблагоприятным воздействиям условий воинской службы.
6. Содействие формированию физической культуры личности, укрепление ее психики.

Таким образом, целенаправленное развитие у старших школьников ценностного отношения к воинской службе через систему прикладной физической подготовки создает перспективу развития личности, а, как известно, перспектива придает целям особенно сильный побудительный характер.

Библиографический список

1. Арутюнян, Т.Г. Взаимосвязь военно-патриотического и физического воспитания допризывников в общеобразовательной школе / Т.Г. Арутюнян // Физическое воспитание студентов творческих специальностей / под ред. С.С. Ермакова; М-во образования и науки Украины, Харьков. гос. акад. дизайна и искусств (Харьков. худож.-пром. ин-т). – Харьков, 2008. – № 1. – С. 50–54.
2. Блеер, А.Н. Анализ концепции федеральной системы подготовки граждан РФ к военной службе на период до 2020 г. по проблемам здоровья, воспитания и спорта / А.Н. Блеер и др. // Теория и практика прикладных и экстремальных видов спорта. – 2010. – № 3 (18). – С. 26–30.
3. Валеева, Г.В. Психологическая готовность студентов к оздоровлению и условия её развития / Г.В. Валеева, З.И. Тюмасева // Вестник Челябинского педагогического университета. – 2012. – № 10. – С. 17–28.
4. Латюшин, Я.В. Взаимодействие провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в процессе адаптации организма к 30-суточной гипокинезии / Я.В. Латюшин, Ю.Г. Камскова, Н.В. Мамылина, Л.П. Щетинкина // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2008. – № 1 (19). – С. 53–54.
5. Латюшин, Я.В. Динамика антиоксидантных ферментов в костном мозге животных на фоне коррекции церулоплазмином при действии эмоционально-болевого и гипокинетического

стресса / Я.В. Латюшин, В.И. Павлова, Н.В. Мамылина // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2009. – № 12. – С. 319–326.

6. Семченко, А.А. Оценка гармоничности физического развития современных подростков, проживающих в крупном промышленном городе, на этапе начальной спортивной специализации в легкой атлетике / А.А. Семченко, А.В. Ненашева, В.И. Павлова // Экологическая безопасность, здоровье и образование: сборник научных трудов. – Челябинск: ЗАО «Цицеро», 2015. – С. 170–173.

7. Семченко, А.А. Роль интегральной оценки морфофункциональных параметров тела у ба- рьеристов в системе тренировочно-соревновательной подготовки [Электронный ресурс] / А.А. Семченко, А.В. Ненашева // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2. – Режим доступа: www.science-education.ru/ru/article/view?id=24262.

Рогожина А.В.* , Минина Е.В.**

*Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

**МОУ «СОШ № 42 Копейского городского округа»
Челябинской области, Россия

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СРЕДА КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ ШКОЛЬНИКОВ

Аннотация. В статье рассматривается вопрос создания здоровьесберегающей образова- тельной среды в процессе формирования у школьников информационной культуры.

Ключевые слова: информационная культура, здоровьесберегающая образовательная среда.

Rogozhina A.V.* , Minina E.V.**

*South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

**MOU School № 42 of the Kopeysk urban district of the Chelyabinsk region, Russia

Health-environment as a system-forming factor the odds-ming information culture of schoolboys

Abstract. The article deals with the issue of creating zdorovesbere-ac- tion of the educational en- vironment in the formation of students' in-formational culture.

Keywords: information culture, health-educational environment.

Информационная культура – один из видов человеческой культуры. В научной литературе можно найти различные определения данной категории, не анализируя их, под информационной культурой будем понимать систематизированную совокупность знаний, компетенций, обеспечи- вающую оптимальное (рациональное и здоровьесберегающее) осуществление индивидуальной информационной деятельности, направленной на удовлетворение информационных потребно- стей школьников, возникающих в процессе учебной, научно-познавательной и иных видов дея- тельности. Так как информационная культура – часть общей культуры личности, следует смотреть на проблему формирования информационной культуры с точки зрения культурологического под- хода. Именно этот подход дает возможность поиска глубинных смыслов и ценностных установок: поиск информации не ради получения единицы знания, а для формирования целостной инфор- мационной картины мира; овладение технологиями поиска (получения), отбора, обработки, хра- нения и передачи информации не для написания реферата, а для осознания сущности протекания

информационных процессов в системах различной природы; широкое применение информационных технологий и компьютеров как инструментария, позволяющего оперативно решать поставленные задачи и заниматься продуктивной деятельностью по достижению осознанной цели с оптимальными затратами жизненных и материальных ресурсов, таких как время, здоровье, энергия, деньги. Культурологический подход дает возможность не ограничиваться техническими и технологическими аспектами информатизации, а видеть в процессе формирования информационной культуры личности гуманистические цели, что, несомненно, является здоровьесберегающим фактором как для отдельной личности, так и для всего общества в целом.

Еще одним важным принципом, заложенным в Федеральном государственном образовательном стандарте основного общего образования, является принцип деятельностного подхода. Значительная часть информационных компетенций входит в состав универсальных учебных действий. Их формирование рассматривается в педагогике как необходимое условие успешной учебно-познавательной деятельности школьников, готовности к самообразованию.

Существующее многообразие взглядов на вопрос формирования информационной культуры школьников позволяет говорить о необходимости использования принципа системного подхода к этой проблеме, причем системообразующим фактором, на наш взгляд, должна выступать здоровьесберегающая образовательная среда – система взаимосогласованных мер, административных, организационных, педагогических, распространяемых на преподавание всех учебных дисциплин и внеучебную деятельность, обеспечивающих предупреждение заболеваний, гармоничное социальное, физическое и психическое развитие школьников.

Информационная культура общества и личности, согласно Е.П. Сотниковой, должна обеспечивать возможность непрерывного образования человека и повышения его ответственности за принимаемые решения. Таким образом, информационная культура выступает средством социальной защиты личности и является средством защиты общества от непродуманных действий человека, то есть выступает гарантом безопасности и отдельной личности, и социума. Понятие безопасности опосредованно входит в определение всех составляющих здоровья. Какие функции должна выполнять здоровьесберегающая образовательная среда, обеспечивающая физическую, психическую и социальную безопасность личности в процессе формирования информационной культуры школьника?

Здоровьесберегающая образовательная среда способствует сохранению физической составляющей здоровья школьников:

- информируя и предупреждая негативное влияние, которое могут оказывать непосредственно средства информационно-коммуникационных технологий (излучение, шум, электростатическое напряжение и т.д.);
- способствуя соблюдению и мотивируя на соблюдение санитарно-гигиенических, организационных, физиологических и эргонометрических правил организации образовательного процесса в целом и использования средств ИКТ в частности (соблюдение температурного режима, требований к освещенности, гигиенических требований, режима и продолжительности работы со средствами ИКТ, возрастных ограничений, правил организации рабочего места, использование рекомендованных материалов для отделки помещения и изготовления мебели, соблюдение рекомендаций по планированию режима учебных занятий, выполнение рекомендаций по предупреждению негативного влияния на зрение, осанку, костно-мышечную систему и т.д.).

Здоровьесберегающая образовательная среда способствует сохранению социальной составляющей здоровья школьников:

- повышая степень мотивации школьников в совершенствовании своей информационной культуры;

- мотивируя на соблюдение правовых и этических норм работы с информационными ресурсами (соблюдение права на интеллектуальную собственность, лицензионную частоту, конфиденциальность персональной информации, возрастные ограничения на доступ к информации и др.);

- воспитывая личную ответственность за производство и распространение информации, а также выработку у школьника культуры производства и потребления информации. Эта проблема приобретает особую остроту в наше время, когда информация, неся в себе мощный эмоциональный заряд, способна воздействовать на личность как во благо ей, так и во вред;

- формируя систему противодействия от возможных манипуляций и агрессии массовой культуры, рассматривая возможное негативное воздействие информации на личность и общество.

Здоровьесберегающая образовательная среда способствует сохранению психической составляющей здоровья школьников:

- способствуя критической оценке и тщательному анализу получаемой информации и отбору ее источников, используемых в образовательном процессе, на их достоверность, актуальность, соответствие требованиям безопасности;

- развивая оптимальную реакцию на поступающую информацию и вырабатывая адекватное поведение личности в различных информационных ситуациях;

- формируя умение действовать в условиях избыточной или недостаточной информации, оценивая качественную ее сторону, отбирая достоверную информацию;

- предотвращая дисфункциональное использование информации и привычку потреблять несложную, адаптивную информацию, выработку навыков защиты от «информационного шума»;

- формируя эмоционально сдержанное (но вовсе не бесстрастное) восприятие информации, вербальную подачу, передачу или сопровождение ее в соответствующем тоне или тембре, стремление снять при этом негативные психологические оттенки – важные моменты в создании благожелательной атмосферы при получении пользователем не всегда позитивной информации.

Таким образом, здоровьесберегающая образовательная среда затрагивает все структурные компоненты информационной культуры личности, а значит, является системообразующим фактором формирования информационной культуры школьников.

Библиографический список

1. Алдияров, К.Т. Подходы к формированию информационной культуры студентов при обучении информатике в системе среднего технического образования / К.Т. Алдияров, Е. Бидайбеков // Вестник Российского университета дружбы народов. Сер. «Информатизация образования». – 2011. – № 4. – С. 1–4.

2. Безруких, М.М. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения: методические рекомендации / М.М. Безруких / под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М.: Тригада-фарм, 2002. – 114 с.

3. Горелова, Е.В. Формирование информационной культуры личности в контексте образовательной парадигмы / Е.В. Горелова // Информатизация сельской школы: труды IV Всерос. науч.-метод. симпозиума, Анапа 12–14 сентября 2006 г. – Анапа–М.: Изд-во «Пресс-Атташе» МГОПУ им. М.А. Шолохова; Академия информационного образования, 2006. – С. 398–400.

4. Тюмасева, З.И. Образовательные системы и системное образование / З.И. Тюмасева, Е.Н. Богданов. – Калуга: КГПУ им. К.Э. Циолковского, 2003. – 316 с.

Романова А.Н., Богайчук Е.А., Шевченко Н.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней
г. Челябинск, Россия

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»
Россия

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Аннотация. Среди церебральных осложнений ветряной оспы у детей наиболее часто встречается ветряночный энцефалит, т.н. вторичный энцефалит. При нем нередко повреждаются мозжечок и мозжечковые пути, что клинически проявляется в появлении общего низкого мышечного тонуса и нарушений координации (церебеллит).

Ключевые слова: дети, ветряная оспа, вторичный энцефалит.

Romanov A.N., Bogaychuk E.A., Shevchenko N.A.

Federal State Educational Institution of Higher Education South Ural State Medical University, Department of Nervous Diseases, Chelyabinsk, Russia

Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

Neurological complications of chicken pox especially in children

Abstract. Across cerebrovascular complications of chicken pox in children encephalitis is the most frequent. During this complication cerebellum and it's pathways are injured rather often and that could lead to coordination disturbances (cerebellitis) and low muscle tone. Recovery from this state could be rather long, with asthenic syndrome, coordination disturbances that is why it require individual approach from parents, teachers and mentors.

Keywords: children, chickenpox, secondary encephalitis.

Выздоровление от ветряночного энцефалита довольно длительное, сохраняются астения, нарушение координации, что требует от родителей, педагогов и воспитателей индивидуального отношения к ребенку.

Цель исследования: выявление особенностей клиники ветряночного энцефалита, факторов, провоцирующих их возникновение, длительность сохранения неврологических нарушений.

Ветряная оспа (ВО) – острая вирусная инфекция, которая встречается повсеместно со 100-процентной восприимчивостью [2].

Возбудителем является вирус. Заболевание проявляется не только лихорадкой, своеобразной пятнисто-папулезной сыпью, но нередко вызывает поражение нервной системы, которые в ряде случаев могут быть тяжелыми. Частота поражений нервной системы при ВО примерно 0,1–0,2%. Как правило, не отмечается зависимости между тяжестью течения ветряной оспы и проявлением неврологических осложнений.

При энцефалитах могут поражаться различные отделы головного и спинного мозга. От локализации пораженных структур зависит топический диагноз: энцефалит, энцефаломиелит, оптикомиелит, миелит, полирадикулоневрит, серозный менингит, менингоэнцефалит. При энцефалитах чаще других районов головного мозга возникает поражение мозжечка и его путей, т.н. церебеллит [1].

Литературные данные о патогенезе и структурных изменениях при ветряночных энцефалитах мало информативны [3]. Считается, что возможно непосредственное этиологическое влияние вируса, но чаще осложнения считаются вторичными. Патоморфологическая картина представлена перивенозными воспалительно-инфильтративными изменениями, микро- и макроглиальной инфильтрацией, демиелинизацией. Ганглиозные клетки обычно страдают мало, поражения определяются в полушариях мозга, мозжечке, реже – в стволе и спинном мозге.

Важная роль отводится нарушениям иммунных реакций, что подтверждается присутствием специфических антител в ранние сроки болезни, которые не предотвращают развитие ветряночного энцефалита, а способствуют генерализации инфекции и свидетельствуют об инфекционно-аллергическом генезе. Нарушения иммунитета сохраняются несколько месяцев после острой стадии ВО и даже после восстановления неврологического дефицита,

Собственные исследования. На базе МБУЗ ДГКБ № 8 за 3 года нами было обследовано и пролечено 24 ребенка, в возрасте от 1 до 8 лет. Клиника энцефалита развивалась во время угасания сыпи, преимущественно на 3–8-й день от начала высыпаний.

Неврологическая симптоматика, как правило, возникала остро, на фоне высокой лихорадки, но иногда постепенно при нормальной или субфебрильной температуре. У части детей первыми проявлениями были судороги, расстройства сознания, очаговые симптомы поражения головного мозга. У всех детей наблюдались вялость, адинамия, головная боль, головокружение, рвота, иногда сомналенция. У 3-х детей заболевание начиналось с генерализованных судорог. У 2-х детей наблюдался преходящий гемипарез, у 1-го ребенка – диссеминированный энцефаломиелит, генерализация процесса с поражением почек, печени. У всех детей четко прослеживалось появление атаксии, а у 4-х детей осложнялось появлением гиперкинезов. Атактический синдром проявляется диффузным снижением мышечного тонуса, преимущественно статической атаксией. В одном случае ребенок, у которого развилась шаткость походки, в течение 2 недель посещал детсад.

Особенностью наблюдаемых нами случаев было отсутствие в клинике нистагма, редкость появления скандированной речи, интенционного тремора, тогда как шаткая походка и выраженное снижение мышечного тонуса (миатония) наблюдались во всех случаях и не исчезали к концу периода госпитализации. Типичным было изменение эмоционального фона (гипервозбудимость, негативная реакция на медицинский персонал, апатия). Менингеальные симптомы развивались у трети больных, у них в ликворе отмечался невысокий лимфоцитарный плеоцитоз, высокий белок, что позволило выставить диагноз менингоэнцефалита. Остальным детям был выставлен диагноз ветряночного энцефалита (церебеллита). В наших случаях не наблюдалось нарушений функции тазовых органов, болевого синдрома, трофических и чувствительных расстройств, типичных для миелитов (поражения спинного мозга).

Лечение включало противовирусные препараты, гормоно- иммуномодулирующую терапию, дегидратацию, витамины и нейропротекторы.

Для ветряночного энцефалита и других неврологических осложнений ветряной оспы характерна обратимость последствий при своевременном лечении. Тем не менее почти у половины наблюдаемых нами пациентов выздоровление затягивалось и симптомы атаксии сохранялись более 1,5 лет.

Осложнения чаще наблюдались у детей раннего возраста, имевших перинатальные осложнения ЦНС. У этих детей при проведении МРТ головного мозга выявлены: врожденные пороки развития головного мозга (незаращение листков мозолистого тела, аномалия Арнольда-Киари), компенсированная смешанная, наружная или внутренняя гидроцефалия, кисты головного мозга. Именно у этих детей к концу третьей недели заболевания сохранялись мозжечковые расстройства.

Затяжное течение заболевания у нескольких детей объяснялось поздней диагностикой энцефалита (церебеллита). Одной из причин поздней диагностики неврологических осложнений было неумение родителей и невнимание педагогов у дошкольников заметить нарушение координации и тяжелое астеническое состояние.

Выводы

1. При ветряночном вторичном энцефалите ведущим в неврологической клинике являются повреждения червя мозжечка, клинически проявляющиеся атаксией и резким снижением мышечного тонуса.

2. Ветряночный энцефалит развивается на 3–8 день заболевания и протекает более тяжело у детей с отягощенным перинатальным анамнезом.

3. Последствия перенесенного вторичного ветряночного энцефалита сохраняются в течение нескольких месяцев, что требует индивидуального подхода в реабилитации ребенка.

Библиографический список

1. Инфекционные болезни у детей. Из кн. «Педиатрия по Рудольфу» / под ред. Д. Марри. – М: «Практика». – С. 525–583.

2. Скрипченко, Е.Ю. Прогнозирование развития неврологических осложнений при ветряной оспе у детей / Е.Ю. Скрипченко, А.Б. Пальчик, Ю.В. Лобзин и др. // Науч.-практ. журнал «Нейрохирургия и Неврология детского возраста». – 2012. – № 4. – С. 8–14.

3. Цинзерлинг, В.А. Инфекционные поражения нервной системы. Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики. Руководство для врачей многопрофильных стационаров / В.А. Цинзерлинг, М.Л. Чухловина. – СПб.: «ЭЛБИ – СПб», 2005. – С. 381–385.

Романова А.Н., Зайцева И.Н., Лопатина О.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней
г. Челябинск, Россия

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»
Россия

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Аннотация. Изучено психомоторное развитие 120 детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. С помощью оценочной шкалы развития детей первого года жизни определены показатели нормального и патологического развития недоношенного ребенка в декретированные периоды. Представлен доказательный материал динамики показателей неврологического здоровья на первом году жизни в зависимости от массы тела при рождении. Статистически доказано, что в группе детей, рожденных с массой менее 1500 гр., процент детей с инвалидизирующими диагнозами выше, чем в группе детей, имеющих при рождении массу более 1500 гр.

Ключевые слова: недоношенные дети, новорождённые, неврологическое здоровье.

Romanov A.N., Zaitseva, I.N., Lopatina O.V.

Federal State Educational Institution of Higher Education South Ural State Medical University, Department of Nervous Diseases, Chelyabinsk, Russia

Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

Dynamics of indicators of neurological health of children born with low birth weight infants

Abstract. Psychomotor development of 120 children born with low and extremely low birth weight was studied. Have been identified the indicators of normal and pathological development of a premature baby in decreed periods with using the rating scale development of the infants. The dynamics of indicators of neurological health in the first year of a child's life depending on his birth weight was presented.

It has been proved statistically that the percentage of children with incapacitating diagnoses was higher in the group of children born weighing less than 1500 g., than in the group of children with birth weight more than 1500 grams.

Keywords: premature infants, newborns, neurological health.

С 2010 года Россия перешла на международный стандарт учёта новорождённых. Перинатальный период считается с 22-й недели беременности и веса плода 500 гр. Прогнозируются изменения в структуре показателей неврологической заболеваемости и инвалидности. Это, в свою очередь, диктует совершенствование методов наблюдения за этими детьми, на основе анализа динамики психомоторного развития, что позволяет проводить патогенетическое лечение и индивидуальную реабилитацию детей.

Проведён анализ психомоторного развития 120 недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела за 2012 год. Динамика неврологического здоровья исследовалась в декретированные периоды развития ребёнка [2; 6]. Все дети были распределены на 5 групп.

В первую группу вошли новорожденные с массой тела от 500–1000 гр. Вторую группу составили дети от 1000–1500 гр. В третью группу были включены дети от 1500–2000 гр. Четвёртую группу составили дети от 2000–2500 гр. В пятой группе были новорожденные с массой тела от 2500–2900 гр. В исследование не включены доношенные новорождённые и дети с врождёнными пороками развития.

В каждом возрастном периоде рассчитывались интегральные показатели – сумму рангов по всем выявленным у ребенка диагнозам (нозологиям). Далее сравнивали динамику изменения интегральных показателей в декретированные периоды развития в исследуемых группах [3; 4]. В процессе наблюдения для объективной постановки диагноза согласно МКБ № 10 использовалась оценочная шкала развития детей первого года жизни [2] и нейрофизиологические исследования по стандартным методикам обследования [1; 3; 4].

Между показателями гестационного возраста, массой тела и степенью тяжести неврологического диагноза при рождении выявлена прямая корреляционная связь: чем больше гестационный возраст новорождённого, тем больше масса тела ($r = 0,54$) и меньше тяжесть перинатального поражения ($r = -0,54$). При сравнительном анализе динамики интегральных показателей в декретированные периоды развития статистически доказана значимая тенденция к снижению неврологической заболеваемости при увеличении массы ребёнка: чем больше масса тела новорождённого, тем лучше динамика показателей неврологического здоровья к 12 мес. жизни ($p < 0,01$).

Выявлено, что до первого полугодия жизни снижаются интегральные показатели детей всех весовых категорий, а в дальнейшем наблюдается их стабилизация и рост у детей с массой менее 1500 гр., а у детей с массой более 1500 гр. наблюдается их дальнейшее снижение ($p < 0,01$). Вероятно, эта тенденция связана с формированием к 6 месяцам жизни окончательного морфологического дефекта нервной системы у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Клинически это соответствует задержке психомоторного развития по параметрам оценочной шкалы, за счёт формирующихся двигательных дефектов в восстановительном периоде заболевания. Статистически доказано также, что в группе детей, рожденных с массой менее 1500 гр.,

процент детей с инвалидизирующим диагнозом (ДЦП) выше, чем в группе детей, имеющих при рождении массу более 1500 гр.

Заключение

1. По результатам наблюдения заболеваемость и инвалидность выше у детей с весовой категорией от 500 гр. до 1500 гр.

2. Неврологическое здоровье ребёнка первого года жизни в значительной степени зависит от массы перинатального поражения нервной системы новорожденного.

3. Неврологическое здоровье ребёнка первого года жизни зависит тяжести перинатального поражения нервной системы новорожденного.

Библиографический список

1. Глозман, Ж.М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж.М. Глозман, А.Ю. Потонина, А.Е. Соболева. – СПб.: Питер, 2008. – 80 с.

2. Журба, Л.Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, Е.Д. Айнгорн. – М.: Медицина, 1981. – 272 с.

3. Пальчик, А.Б. Лекции по неврологии развития / А.Б. Пальчик. – М.: МЕД пресс-информ, 2013. – 372 с.

4. Романова, А.Н. Катамнез нейропсихологического развития детей, перенесших критическое состояние в раннем неонатальном периоде / А.Н. Романова, И.Н. Зайцева // Оздоровление средствами образования и экологии: матер. V Междунар. науч.-практ. конф. 24–27 сентября 2008 г. – Челябинск–СПб.: Изд-во ЧГПУ; изд-во ЦНИТ «АСТЕРИОН», 2008. – С. 244–247.

5. Романова, А.Н. Нейропротекторная терапия гидроцефального синдрома у маленьких детей / А.Н. Романова, И.В. Мецгер, Е.А. Никитина, Е.В. Просекова, Е.С. Шепелева, С.А. Школенко, Е.А. Романова // Здоровьесберегающее образование – залог безопасной жизнедеятельности молодежи: проблемы и пути решения: матер. VIII Междунар. науч.-практ. конф. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед ун-та, 2013. – С. 133–136.

6. Шабалов, Н.П. Неонатология / Н.П. Шабалов. – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – Т. 1. – 638 с.

Романова А.Н.* , Романова Е.А.** , Сазонова П.А.***

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней
г. Челябинск, Россия

**Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

***Русско-Британский Институт Управления (РБИУ) (колледж)
г. Челябинск, Россия

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Аннотация. Головные боли (ГБ) являются одним из наиболее частых болевых синдромов. По критериям МКБ 11 в структуре первичных ГБ у школьников, подростков и студентов наиболее часто диагностируется головная боль напряжения (ГБН) – до 18–25%. ГБН отличает постоянный характер, склонность к хронизации, что приводит к эмоциональным расстройствам. Кроме того, постоянное недомогание, жалобы на плохое самочувствие, ухудшение школьной успеваемости приводит к конфликтам с педагогами и сверстниками, снижают адаптивные процессы и ухудшают ка-

чество жизни пациентов. Проблема диагностики, лечения и профилактики ГБН у детей и подростков является важной медицинской, педагогической и социальной проблемой.

Ключевые слова: головная боль, головная боль напряжения, дети, подростки, первичная головная боль, здоровьесберегающая образовательная среда.

Romanova A.N.* , Romanova E.A. , Sazonova P.A.*****

*South Ural State Medical University, Department of Nervous Diseases, Chelyabinsk, Russia

**South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

***Russian-British Institute of Management (RBIM) (college), Chelyabinsk, Russia

Tension-type headache as indication safety violations of the educational environment in teenagers

Abstract. Headache is one of the most common pain syndromes. According to ICD-11 criteria in the structure of primary headaches in schoolchildren, adolescents and students tension-type headache is a prevailing diagnosis – up to 18 – 25%. Tension-type headache are of a permanent character, a tendency to chronisation, that leading to emotional disturbances. In addition, the constant malaise, complaints of feeling unwell, deteriorating academic achievement causes conflicts with the teachers and peers, reduce the adaptive processes and worsen the quality of life of patients. The problem of diagnostics, treatment and prevention of tension-type headache at children and teenagers is a very important medical, educational and social problem.

Keywords: headache, tension-type headache, children, teenager, primary headache, health saving educational environment.

«Человек, страдающий головной болью, является медицинской сиротой. Он проходит путь от офтальмолога к отоларингологу, невропатологу, стоматологу, ортопеду, хиропрактику. Ему назначают массу анализов и дают огромное количество лекарств, а в конце концов он остаётся один на один со своей головной болью...»

R.C. Paccard, 1979

Патогенез ГБН сложен и включает комплекс взаимосвязанных механизмов. А.М. Вейн [1] считал, что в основе ГБН лежит наличие хронического эмоционального стресса, который формируется под влиянием индивидуально значимых психогенных факторов у лиц с определёнными особенностями личности и недостаточностью механизмов психологической защиты, а также функциональной недостаточностью антиноцептивных систем. Значимыми факторами являются наследственная предрасположенность по материнской линии, преобладание среди личностных качеств тревожности и депрессии.

ГБН часто начинается во второй половине рабочего дня после долгих часов напряжённой, нервной, стрессовой работы, или после экзаменов, или накануне экзаменов, сдачи какого-либо важного проекта, либо вскоре после них. На возникновение ГБН влияет недосыпание, депривация сна или нарушение режима сна, бессонница, некачественный, не приносящий отдыха и успокоения сон. ГБН может вызвать некомфортная рабочая поза, плохая эргономика рабочего места, плохая осанка, нерегулярное питание, чувство голода (гипогликемия), жара, духота, холод. Или гипокапния (при гипервентиляционном синдроме), гипоксия мозга, зрительное напряжение, чрезмерная нагрузка на глаза; слишком низкая (холод) или слишком высокая (жара) температура внешней среды. Причиной ГБН могут быть тревожные и депрессивные состояния,

артериальная гипер- и гипотензия, гормональные нарушения, передозировка кофеина и других психостимуляторов и др. [2].

Головная боль отличается постоянством и монотонностью, сдавливающим или стягивающим характером. Локализуется в затылочно-шейной области, часто становится диффузной. У больных могут появляться невротические нарушения, повышенная возбудимость. Различают эпизодическую головную боль и хроническую. Длительность головной боли при первом варианте от 30 мин до 7 дней, число дней с такой головной болью до 15 в месяц. Характер боли давящий, непугливающий («каска», «обруч»); 2-х сторонняя диффузная; умеренная интенсивность, не нарушающая полностью обычную деятельность пациента; отсутствие ухудшения при обычной физической нагрузке. Иногда присутствует фоно- или фотофобия. Хроническая ГБ аналогична эпизодической головной боли; частота эпизодов головной боли значительно выше. Существует семейная склонность к хронической головной боли напряжения. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует [2].

Диагностика ГБ основывалась на международных критериях, включающих перечни наиболее характерных и четко прослеживаемых признаков данного расстройства [6]. Дифференциальный диагноз хронической ГБ является диагнозом исключения: с мигренью; состоянием, вызванным отменой анальгетиков; опухолью мозга; астеническим синдромом; неврозом.

Собственные исследования: под наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 10 до 15 лет и 34 студента 1-го курса педагогического института [3; 4].

Неврологическое обследование проводилось по общепринятой схеме.

Очаговой патологии нервной системы обнаружено не было ни у одного больного. При электроэнцефалографическом исследовании у 75% пациентов обнаружены легкие и умеренные диффузные изменения в виде преобладания низкочастотного β -ритма и увеличения его амплитуды, заостренной формы α и θ волн, гиперсинхронизации α -ритма в затылочных отведениях.

Исследования психологического статуса выявили повышенный уровень тревожности почти у всех больных и в 35% (в среднем, без учета курса и возраста) случаях у студентов. Нарушения характеризовались постоянной напряженностью, дурными предчувствиями, пугливостью, неоправданным беспокойством, ситуационными страхами, обычной жалобой: было ощущение нехватки воздуха, сердцебиения, головокружения несистемного характера. Объективно отмечалась лабильность пульса и артериального давления.

Всем обследуемым пациентам было проведено комплексное медикаментозное, физиотерапевтическое лечение и сеансы психотерапии. Были определены следующие принципы психотерапии: обязательное участие в процессе психотерапии семьи (родителей, супруга, близкого друга), значительная длительность лечения с повторными курсами (продолжительностью курса не менее 2–3 месяцев), системность лечения с использованием 4-х уровней психологической коррекции [3].

В группе пациентов, получавших комплексное лечение в сочетании с психологической помощью, клиническое улучшение отмечалось почти в 70%. Частота головной боли снизилась до 3-х раз в месяц, улучшились психологические показатели. Однако у остальных пациентов интенсивность цефалгий осталась прежней, сохранились вегетативные нарушения, повышенная утомляемость и астенические проявления.

В группе студентов, проходивших факультативный курс здоровьесберегающих технологий, где во время занятий использовались физкультурные паузы, и обрабатывались навыки проведения физкультминутки, случаи головных болей уменьшались примерно на 10–15% [5]. Но данное исследование было прекращено, так как данный курс в настоящее время из образовательных программ исключен.

Выводы

1. Эффективность комплексной терапии у больных детей и подростков составляет около 70%.
2. Для профилактики ГБН важно изменить образ жизни: значительно ограничить потребление продуктов, содержащих тирамин (сыр, шоколад, какао, кофе, чай, маринады, цитрусовые плоды, орехи, яйца, помидоры); поддерживать адекватный режим питания (исключить диеты, длительный перерыв в приеме пищи); исключить вредные привычки (потребление алкоголя, прекратить курение), избегать физического переутомления; увеличить аэробную физическую активность, нормализовать режим сна, отрегулировать время работы за компьютером, гаджетами.
3. Для школьников и студентов, страдающих от ГБН, желательно снимать стрессовую нагрузку в учебном процессе, создавая в коллективах доброжелательный климат и безопасную здоровьесберегающую образовательную среду.

Библиографический список

1. Вейн, А.М. Головная боль (классификация, клиника, диагностика, лечение) / А.М. Вейн, О.А. Колосова, Н.А. Яковлев, Т.К. Каримов. – М: Медицина, 1994. – 286 с.
2. Заваденко, Н.Н. Первичные головные боли у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский, Г.Ш. Хондкранян, Е.М. Шипилова, А.А. Холин / под ред. Н.Н. Заваденко. – М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава России, 2015. – 96 с.
3. Зайцева, И.Н. Психосоматические аспекты головной боли напряжения у детей школьного возраста / И.Н. Зайцева, Н.Н. Ковальская, О.В. Лопатина, А.Н. Романова // Здоровьесберегающее образование – залог безопасной жизнедеятельности молодежи: проблемы и пути решения: матер. VIII Междунар. науч.-практ. конф., 6–8 ноября 2013 г., г. Санкт-Петербург–Челябинск. – Челябинск–СПб.: Изд-во ЧГПУ; изд-во ЦНИТ «АСТЕРИОН», 2013. – С. 51–56.
4. Романова, А.Н. Головная боль напряжения у детей и подростков / Е.А. Романова, А.Н. Романова // Актуальные проблемы физической культуры и спорта в условиях модернизации высшей школы: матер. II Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конф., посвященной 65-летию факультета физической культуры и безопасности жизнедеятельности. Челябинский государственный педагогический университет. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2012. – С. 165–159.
5. Тюмасева, З.И. Критерии и показатели психолого-оздоровительной оценки безопасности и здоровьесбережения в системе «вуз–школа» / З.И. Тюмасева, Г.В. Валеева, И.Л. Орехова, Е.А. Романова // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 8–1. – С. 158–167.
6. The international classification of headache disorders. 2 edition. International headache society. – Cephalgia, 2004. – 4:Suppl. – 1:150.

Романова А.Н. , Сахаутдинова Н.Г.** , Оликова Н.Ю.***

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней

г. Челябинск, Россия

**Реацентр

г. Челябинск, Россия

МИКРОТОКОВАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (МРТ) – ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Аннотация. Одним из приоритетных направлений восстановительной медицины является разработка новых методов, в том числе детей с органическими поражениями нервной системы,

основанных преимущественно на применении неинвазивных технологий, которые сочетаются с приемом лекарственных препаратов. Микроотоковая рефлексотерапия позволяет реализовать саногенетический потенциал различных функциональных систем организма и адресно воздействовать на основные патогенетические процессы.

Ключевые слова: реабилитация детей, биологически активные точки, неинвазивные методики, микроотоковая рефлексотерапия.

Romanova A.N.* , Sakhautdinova N.G. , Olikova N.Y.****

*South Ural State Medical University, Department of Nervous Diseases, Chelyabinsk, Russia

**Reatsentr, Chelyabinsk, Russia

Mikrotokovaya reflexotherapy (MTRT) – as an innovative method for rehabilitation of outcome of organic disturbance of the nervous system

Abstract. One of the main directions of rehabilitation medicine, including the children with organic defects of the nervous system, is the development of new methods, based mainly on the use of non-invasive technologies that are combined with taking medicinal preparations is regarded in the article. We prove that mikrotokovaya reflexotherapy allows to realize the sanogenetic potential of the different functional systems and affect on the main pathogenetic processes precisely in the purpose.

Keywords: rehabilitation of children, acupressure points, non-invasive techniques, mikrotokovaya reflexotherapy.

В последние годы для коррекции двигательных, координаторных нарушений психологического развития с задержками речи наряду с множеством реабилитационных методов [3; 4], применяется микроотоковая рефлексотерапия (МТРТ). Метод позволяет получать стойкий эффект у пациентов с грубыми органическими поражениями головного мозга и дает положительный результат при таких изменениях психологического развития личности, как речевые и когнитивные нарушения [2; 5; 6]. МТРТ признана эффективной новой медицинской технологией и разрешена Минздравом РФ. Это современный неинвазивный метод рефлексотерапии, который позволяет оказывать комплексное рефлекторное и электрофизиологическое воздействие как на центральное, так и на периферическое звено патогенеза [1; 6]. Воздействие током микроамперного диапазона на зоны проекций коры головного мозга и мозжечка, на скальп способствуют улучшению микроциркуляции в коре и полушариях мозжечка, а также приводят к активизации дендритного ветвления в них, что способствует стабилизации рефлекторной деятельности мозга и обеспечивает выработку новых двигательных и речевых навыков. В основе компенсации нарушенных функций мозга при проведении МТРТ лежит перестройка и реорганизация синапсной архитектоники, которая происходит под влиянием афферентной импульсации, поступающей в структуры коры, подкорки, червя и полушарий мозжечка от рецепторов биологически активных точек (БАТ) скальпа и краниовертебрального перехода [7]. Воздействие стимулирующим знакопеременным током позволяет также улучшить нервно-мышечную передачу и активизировать трофические процессы в гипотоничных мышцах опорно-двигательного аппарата. МТРТ позволяет корректировать явления дискоординации и асинергии мышц речевого и дыхательного аппарата и непосредственно стабилизировать тонус артикуляционных мышц.

Для проведения МТРТ используется прибор, разрешённый к серийному производству и применению в медицинской практике «Стимулятор микроотоковый электропунктурный компьютерный – МЭКС», который позволяет использовать необходимое количество акупунктурных точек на сеанс лечения, так как при воздействии на акупунктурную точку постоянным знакопеременным током микроамперного диапазона не происходит разрушения структур биологически активных

точек (БАТ), характерное для иглорефлексотерапии. Воздействие при МТРТ неинвазивное, практически безболезненное. У детей возможно применение данного метода, начиная с 2-х месячного возраста, так как ранее кожный покров считается не сформированным для оказания на него электрофизиологического воздействия [1; 4].

В период с 1994 года до 2010 года электрорефлексотерапия была усовершенствована – разработаны эффективные схемы лечения следующих неврологических заболеваний:

1. Задержка моторного развития (ЗМР).
2. Задержка речевого развития (ЗРР, алалия, дизартрия и пр.).
3. Задержка психического развития (ЗПР).
4. Задержка психоречевого развития у детей с аутизмом (РДА, элементами аутизма).
5. Детский церебральный паралич (ДЦП, различные формы).
6. Гидроцефалия (открытая форма гидроцефалии, не требующая хирургического лечения).
7. Нейросенсорная тугоухость (I, II, III степени).
8. Частичная атрофия зрительного нерва (ЧАЗН).
9. Нарушение когнитивных функций у школьников с проблемами обучения.
10. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).
11. Энурез.

Противопоказаний к проведению МТРТ мало:

- Острые инфекционные заболевания.
- Злокачественные новообразования любой локализации.
- Хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации.

При эпилепсии лечение не проводится в проекции очагов эпилептической активности. Не рекомендуется одновременное проведение МТРТ и электромагнитных физиопроцедур. Перед лечением проводится обследование, позволяющее составить индивидуальную схему лечения. МТРТ проводится курсами по 15 сеансов (3 недели), состоящими из 15 процедур, длительность каждой процедуры составляет 40–50 мин. Курсы лечения проводятся с перерывами: 1 месяц после 1-го курса и 2 месяца после 2-го курса лечения. Для достижения стойкой положительной динамики необходимо проведение повторных курсов (не менее трех). Воздействие осуществляется последовательно на БАТ краниоспинальной области, на зоны краниоакупунктуры, над гипотоничными мышцами.

Режимов работы два: режим торможения – постоянный отрицательный ток, силой 80 мкА; и режим возбуждения – переменный ток, с частотой смены полярности 0,5 Гц, силой 80 мкА. Время воздействия на каждую БАТ составило 60 секунд.

Результаты проведенных клинических исследований установили, что у пациентов с атонически-астатическим и атактическим синдромом при ДЦП и последствия ветряночных энцефалитов с церебеллитом применение МТРТ дает хорошие результаты. Существенно купируется статическая и динамическая атаксии. Снижается амплитуда балансирующих движений головы и туловища, элементов промахивания и интенционного тремора. Дети учатся самостоятельно сидеть и стоять без опоры и поддержки, развиваются навыки самостоятельной ходьбы. У пациентов со скандированной речью положительная динамика проявляется в виде усиления воздушной струи, повышения громкости речи и появления навыка слитного произнесения слов. Также отмечается дополнительный положительный эффект в виде расширения словарного запаса и развитие навыка построения фраз и предложений. При комплексном сочетании МТРТ и медикаментозной терапии с нейропротекторами улучшались когнитивные показатели, нарастали социальные навыки и улучшались показатели на ЭЭГ (восстанавливалась возрастная корковая ритмика).

Вывод: все вышеизложенное говорит о необходимости внедрять МТРТ в реабилитацию детей с последствиями органического поражения нервной системы, используя богатые возможности МТРТ при воздействии на центральное, периферическое звено нервной системы и положительные эффекты со стороны высших корковых функций.

Библиографический список

1. Крюков, Н.Н. Электростимуляционная диагностика и терапия заболеваний нервной системы и расстройств психологического развития у детей: учеб.-метод. пособие для врачей / Н.Н. Крюков, А.В. Левин, Т.А. Уханова, А.П. Гаврилова. – Самара, 2008. – 44 с.
2. Романова, А.Н. Остеопатия в педагогике: возможности применения / А.Н. Романова, А.В. Диденко, Н.В. Цунский, Е.А. Романова // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. Сер. 10. Экология. Валеология. Педагогическая психология. – Челябинск, 2004. – № 5 – С. 132–139.
3. Романова, А.Н. Применение аппарата ЭСИ-032-1 «Протон» при детском церебральном параличе / А.Н. Романова, И.И. Данилова, Е.А. Романова // ДЭНС-факультет. Архив науч.-практ. тр. Применение ДЭНС-терапии в педиатрии. – Екатеринбург, 2005. – Т. II. – С. 18–19.
4. Стояновский, Д.Н. Рефлексотерапия / Д.Н. Стояновский. – Кишинев: Карта Молдовеняскэ, 1987. – 381 с.
5. Тарасова, Н.В. Сочетанное применение микротоковой рефлексотерапии и препарата Кортексин для восстановления двигательных и речевых функций у пациентов, страдающих детским церебральным параличом: учеб.-метод. пособие для врачей / Н.В. Тарасова, Т.А. Уханова, Ф.Е. Горбунов, А.В. Левин, А.П. Гаврилов. – Самара, 2011. – 21 с.
6. Уханова, Т.А. Способ коррекции мышечного тонуса и двигательных нарушений у пациентов с гемипаретической формой ДЦП / Т.А. Уханова, Е.В. Дементьева, Е.Е. Новикова // Вопросы современной медицины: матер. Междунар. заочной науч.-практ. конф., 28 ноября 2011 г. – Новосибирск: Изд-во «Сибирская ассоциация консультантов», 2011. – Ч. II. – С. 121–126.
7. Johnson, Ann. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe / Ann. Johnson // Developmental med. child neurol. – 2002.

Романова А.Н.*, Шепелева Е.С.**, Романова Е.А.***

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней
г. Челябинск, Россия

**Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»
Россия

***Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

РАННИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Аннотация. Сахарный диабет 1 типа проявляется с детства, приводит к тяжелым осложнениям, инвалидизации и даже к летальным исходам. Осложнениями бывают нарушения мозгового кровообращения, развитие энцефалопатии, наиболее часто возникают полинейропатии. В литературе подробно описаны осложнения диабета у взрослых. Настоящая статья посвящена ранней диагностике диабетической нейропатии у детей при сахарном диабете 1 типа.

Ключевые слова: дети, нейропатия, сахарный диабет 1 типа.

Romanova A.N., Shepeleva E.S., Romanova E.A.

*South Ural State Medical University, Department of Nervous Diseases, Chelyabinsk, Russia

**Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

***South Ural State University of Humanities and Education, Chelyabinsk, Russia

Early neurological complications of type 1 diabetes in children

Abstract. Diabetes type I manifestate from childhood and lead to severe complications, disability and even to death. It's complications could be cerebrovascular diseases, encephalopathy, but most frequently it leads to polyneuropathy. In literature complications of diabetes in adults were described in details. Current article is dedicated to diagnostics of early polyneuropathy in children with diabetes type 1.

Keywords: children, neuropathy, diabetes mellitus type 1.

Проблема осложнений сахарного диабета 1 типа актуальна в педиатрии.

СД 1 типа приводит к ранней инвалидизации и летальности, которая обусловлена наличием тяжелых соматических, сосудистых и неврологических осложнений [2; 3]. Чаще всего неврологические осложнения возникают при стаже сахарного диабета более 4–5 лет при неадекватной инсулинотерапии и наследственной предрасположенности. Патологические изменения со стороны различных отделов и структур нервной системы развиваются в результате метаболических нарушений, приводящих к поражению нейронов и их отростков как в периферической, так и в центральной нервной системе, а также микроангиопатия. В патогенезе диабетической нейропатии [1] ведущую роль играют функциональные и/или структурные изменения капилляров, отвечающих за микроциркуляцию в нервных волокнах и метаболические нарушения, которые включают следующие процессы: активация полииолового пути и снижение активности Na/K+–АТФ, неэнзиматическое гликозирование белков, нарушение обмена жирных кислот, нарушение нейротрофики и оксидантный стресс.

Современная классификация диабетической нейропатии [2] выделяет центральную диабетическую нейропатию (энцефалопатия, миелопатия) и периферическую диабетическую нейропатию [3]. В последней – дистальная симметричная нейропатия проявляется преимущественным поражением чувствительных нервов (сенсорная форма) или двигательных нервов (моторная форма).

Реже наблюдаются комбинированное поражение нервов (сенсомоторная форма) или проксимальная амиотрофия [5]. Диффузная автономная нейропатия проявляется поражением сердечно-сосудистой системы (безболевого инфаркт миокарда, ортостатическая гипотензия, нарушение ритма сердца), желудочно-кишечного тракта (атония желудка, атония желчного пузыря), диабетическая энтеропатия (ночная диарея), мочеполовой системы («нервный мочевой пузырь», половая дисфункция) и дисфункцией других органов и систем (нарушение зрачкового рефлекса, потоотделение, бессимптомные гипогликемии). Может наблюдаться очаговая нейропатия черепных или нервов конечностей (монойропатия, множественная монойропатия, полирадикулопатия, плексопатия).

Методы и собственные исследования. За год под нашим наблюдением находилось около 200 детей с сахарным диабетом 1 типа, в возрасте от 2 лет до 16 лет, со стажем болезни до 7–8 лет. Всем детям неоднократно проводилось клиническое исследование неврологического статуса с оценкой в динамике состояния поверхностной и глубокой чувствительности и моторных нарушений. При стаже болезни более 2–3 лет проводилась (электронейромиография) ЭНМГ [4; 5].

На начальных стадиях клинических проявлений доминировали сенсорные, сенсомоторные повреждения периферических нервных волокон: симптомы раздражения чувствительных воло-

кон: дизестезии, парестезии, гипестезии, чувство «жжения» стоп, недомогание типа «беспокойных ног», боли в конечностях различной степени выраженности (нередко усиливаются в ночное время, вызывая нарушение сна, часто сочетаются с возникновением болезненных тонических судорог в икроножных мышцах). Постепенно такие осложнения приводили к нарастающим нарушениям вибрационной, температурной, болевой и тактильной чувствительности, к которым впоследствии присоединялась мышечная слабость (вялые парезы).

Клинические проявления вначале затрагивали нижние, затем верхние конечности. На электромиографии (СНМГ) регистрировались снижение амплитуды суммарного чувствительного потенциала, нормальные или умеренно замедленные скорости распространения возбуждения. СНМГ выявляла снижение амплитуды М-ответов, небольшое замедление скорости распространения возбуждения. Исследование дистальных мышц конечностей игольчатыми электродами регистрировало денервационные феномены – потенциалы фибрилляций и положительные острые волны. Таким образом, диагностировалась нейросенсорно-моторная демиелинизирующая и, реже, в сочетании с аксональной нейропатией.

Также у детей со стажем сахарного диабета более 4 лет появлялись клинические признаки диабетической (метаболической) энцефалопатии: быстрая утомляемость, тревожность, раздражительность, снижение аппетита, нарушение сна, возникали трудности в усвоении школьного и иного учебного материала из-за нарушения внимания, снижения памяти, негрубых нарушений процессов мышления.

В клинике дополнительно отмечались проявления сенсорно-вегетативной нейропатии, которая проявлялась в виде: кардиоваскулярной симптоматики (тахикардия или аритмия покоя, ортостатическая гипотензия, артериальная гипертензия), урогенитальной невропатии, гастроинтестинальной патологии (тошноты, рвоты, чувства раннего насыщения, боли в области эпигастрия, потери веса, ночной диареи, нарушения функции сфинктеров прямой кишки).

За год наблюдения был один случай тяжелого осложнения СД – острое нарушение мозгового кровообращения в виде инфаркта головного мозга.

Пациентам с ранними осложнениями сахарного диабета назначалось адекватное лечение [1]. В динамике у них отмечались улучшение показателей ЭНМГ, клинические проявления сенсорной и сенсомоторной полинейропатии, сенсорно-вегетативные проявления и когнитивные функции.

Выводы

1. В практике детского диабета 1-й ст. тяжелыми и редкими осложнениями являются острые нарушения мозгового кровообращения ишемического генеза (1 случай на 200 клинических наших наблюдений).
2. Ранние клинические и нейрофизиологические симптомы будущих тяжелых сенсомоторных нарушений вследствие формирующейся диабетической нейропатии при СД 1 типа появляются при стаже заболевания в 3–4 года и регистрируются при нейрофизиологическом обследовании.
3. Адекватное лечение сахарного диабета 1 типа даже при наличии неврологических осложнений дает положительный эффект.
4. Задачей невролога становится своевременное выявление и совместно с родителями проведение профилактики осложнений сахарного диабета.

Библиографический список

1. Алгоритм специализированной медицинской помощи сахарным диабетом / под ред. И.И. Дедова, М.В Шестаковой. – М., 2006. – 104 с.
2. Дедов, И.И. Руководство по детской эндокринологии / И.И. Дедов, В.А. Петернова. – М.: «Пабблишинг», 2006. – 536 с.

3. Левин, О.С. Полинейропатии / О.С. Левин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 496 с.

4. Романова, А.Н. К вопросу значимости генетически обусловленных факторов в обеспечении безопасности здоровья детей в образовании / А.Н. Романова, В.И. Павлова, Е.А. Романова // Адаптация биологических систем к естественным и экстремальным факторам среды: матер. III Междунар. науч.-практ. конф. – Челябинск, 2010. – С. 304–306.

5. Шаймурзин, М.Р. Новые модифицированные стандарты диагностики и терапии миелино- и аксонопатии у детей с наследственными мотосенсорными невропатиями (научный обзор и личные наблюдения) / М.Р. Шаймурзин // Междунар. неврологический журнал. – 2012. – № 1 (47). – С. 11–12.

Романова Е.А.* , Романова А.Н. , Сигалов Д.О.****

*Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет

г. Челябинск, Россия

**Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней

г. Челябинск, Россия

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК ОТРАЖЕНИЕ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ

Аннотация. В статье сделана попытка составить социальный портрет и изучить основные социальные и психологические черты родителей детей с поражениями ЦНС. Выяснить зависимость отношения родителей к заболеванию ребенка в зависимости от уровня их медицинской культуры.

Ключевые слова: социальный портрет, уровень медицинской культуры, социальные и психологические черты родителей больных детей, отношение родителей к заболеванию ребенка, социальная и психологическая адаптация больных детей.

Romanova E.A.* , Romanova A.N. , Sigalov D.O.****

*South Ural State University of Humanities and Education, Chelyabinsk, Russia

**South Ural State Medical University, Department of Nervous Diseases, Chelyabinsk, Russia

Social portrait of parents of children with lesions of the central nervous system as a reflection of the level of medical culture of population

Abstract. In this article has been made an attempt to create a social portrait and study the basic social and psychological characteristics of parents of children with central nervous system defeats. Clarify the dependence attitude of the parents to the disease of the child, depending on the their level of medical culture.

Keywords: social portrait, the level of medical culture, social and psychological characteristics of parents of ill children, parental attitudes to the disease of the child, social and psychological adaptation of ill children.

Актуальность проблемы. В условиях ЕГЭзации среднего образования при общем уменьшении учебных часов на предметы естественно-биологического цикла общий уровень биологической и медицинской грамотности, и, как следствие этого и общей медицинской культуры, снижается. Реальное состояние сегодняшней Российской медицины и постоянное культивация в

СМИ негативных процессов, реально имеющих место в современном здравоохранении, также не способствует формированию у большей части населения правильного отношения к своему здоровью, методам его поддержания и улучшения. Эти процессы затронули также и абсолютно все сферы санитарно-гигиенического воспитания и образования населения, что только ухудшает общую картину.

Между тем родителям детей, имеющих поражения ЦНС, жизненно необходимо иметь тесное взаимодействие с медицинским персоналом, хорошее понимание основных медицинских, социальных и психологических последствий заболеваний их детей, способов лечения и коррекционно-реабилитационной работы [1; 2; 4; 6]. Вот почему уровень медицинской культуры родителей в семье, имеющей больного ребенка с поражением ЦНС, является важной терапевтической составляющей, без которой невозможно адекватное участие и успех в лечении, социализации и абилитации ребёнка. Связь психологического микроклимата в семье с приверженностью к лечению и результатами этого лечения делает подобные исследования актуальными, особенно у детей [2; 5], поскольку во многих случаях кроме медикаментозного лечения необходима социальная и психологическая адаптация детей, которую невозможно обеспечить, не понимая нюансов отношения родителей к заболеванию, их уровень доверия медицинскому персоналу и, соответственно, приверженность к назначаемому лечению и соблюдению рекомендаций лечащего врача [1].

Цель работы: составить социальный портрет родителей детей с поражениями ЦНС и выяснить их общий уровень медицинской культуры.

Задачи работы:

- Выявить основные социальные черты родителей и их уровень общемедицинской культуры.
- Выяснить отношение родителей к заболеванию ребенка и их оценку уровня доверия медицинскому персоналу и качества его работы.

Объектом исследования явились родители 42 детей в возрасте от 0 до 15 лет с поражениями ЦНС, находившихся в неврологическом отделении МБУЗ ДГКБ № 8 (изучаемая группа), и 15 детей того же возрастного интервала, считающихся неврологически здоровыми (контрольная группа). Возраст детей при выборке был равномерно распределен в обеих группах: от 0 до 2 л. 11 мес. 28 дн.; от 3 лет до 6 л. 11 мес. 28 дн.; от 7 лет до 9 л. 11 мес. 28 дн. – по 25% в обеих группах; от 11 лет до 15 лет – по 25%. Распределение детей по полу так же было близко в обеих группах: мальчики – 58% и 67%, девочки – 42% и 33% соответственно.

Методы обследования: анкетирование родителей детей с поражениями ЦНС по карте медико-социального портрета ребенка и его семьи, документальное подтверждение диагноза согласно медицинским документам [3].

Результаты и их обсуждение. После сбора и анализа анкет в обеих группах были выявлены следующие общие черты социального уровня.

Большинство родителей в обеих группах имеют или получают высшее образование – 87% и 91%. Дети родились от желанной (100%) беременности, в законном браке (94% и 76% соответственно), в основном от первой беременности (79% и 82%) и первых родов (82% и 94%). Большинство родителей на момент начала беременности имели место постоянной работы или учебы – 94% и 76% соответственно.

При попытке выяснить отношение родителей к заболеванию ребенка и оценку работы медицинского персонала и уровень доверия к нему были получены следующие результаты:

1. Все мамы считали свою беременность нормальной (100%), хотя по данным обменных карт имели признаки угрозы прерывания беременности 72% и 33% соответственно в изучаемой и контрольной группах.

2. Причину заболевания ребенка родители видят в следующих факторах: плохие взаимоотношения в семье – 25% и 8%. Плохие жилищные условия в период роста и развития ребенка – 33% и 25%. Некачественная медицинская помощь – 67% и 8% – соответственно. Неблагоприятные условия труда матери – 8% только в контрольной группе.

3. На вопрос «Считаете ли Вы, что в заболевании ребенка кто-то виноват?» ответы распределились следующим образом: «Да» ответили 87% в изучаемой группе и 42% – в контрольной; «Скорее да, чем нет» по 8% в обеих группах; «Скорее нет, чем да» 5% и 25% соответственно; «Нет» ответили 25% в контрольной группе.

4. На вопрос «Кого Вы считаете виновным?» распределение ответов было следующим: «Медицинские работники» 79% в изучаемой и 8% в контрольной группе; «Другие» дали 21% родителей изучаемой группы; «Никто» ответили 72% в контрольной группе.

5. На вопрос «Доверяете Вы тому врачу, у которого находится под наблюдением Ваш ребенок»: «Да, полностью» ответили 42% родителей в контрольной группе и 7% в изучаемой; «Не совсем» – 15% в изучаемой группе и 58% в контрольной группе; «Нет» – 8% родителей в изучаемой группе; «Затрудняюсь ответить» – 19% изучаемой группе.

6. Работой своего врача удовлетворены: полностью ответили 50% родителей в контрольной группе и 9% родителей – в изучаемой группе; не всегда – 33% в изучаемой группе и 17% – в контрольной группе; не удовлетворены работой медперсонала – 58% в изучаемой группе и 33% – в контрольной группе.

Попытка определить примерный уровень информированности родителей о причинах возникновения заболевания ребенка были выявлены следующие результаты:

- На вопрос «Достаточно ли Вы информированы о состоянии (болезни) своего ребенка?» ответили: «Да, достаточно» 27% и 41% соответственно; «Не полностью хотелось бы больше узнать» – 42% только в контрольной группе; «Не полностью и считаю, что лучше об этом не знать» – 73% и 17% соответственно.

- На вопрос об источнике знаний о характере заболевания ребенка ответы распределились следующим образом: «От врача или медицинской сестры, у которых наблюдаемся» – 8% и 42% соответственно; «На родительских сайтах интернета» – 59% и 34% группе соответственно; «От родителей детей с такими же заболеваниями» и «Из медицинских книг, брошюр, журналов» по 8% в обеих группах; «Другие» – 17% и 8% в изучаемой и контрольной группе соответственно.

Выводы

- Выявлен катастрофически низкий уровень медицинской культуры родителей. Они недостаточно информированы, пользуются недостоверными источниками, а зачастую и не хотят получать медицинскую информацию. Все это приводит к непониманию причин возникновения неврологического дефекта, а, как следствие, причин назначения комплекса медико-психолого-педагогических мероприятий по подготовке ребенка к школе и необходимости выполнения этих назначений в полном объеме.

- Социальный уровень в изучаемой и контрольной группах практически однороден.
- Родители детей, имеющих поражения ЦНС, которые сопровождают их с рождения, достоверно чаще склонны винить в возникновении заболевания медицинских работников или других людей, но только не себя и негативные факторы окружающей среды.

- Уровень доверия к рекомендациям медицинских работников и приверженность к лечению выше у родителей, имеющих относительно более высокий уровень материального достатка и образования.

- При данном исследовании выявить достоверную статистическую связь между социальным уровнем родителей, частотой и тяжестью поражений ЦНС не удалось.

Библиографический список

1. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб.: Изд-во Цифра, 2000. – 240 с.
2. Никифоров, Г.С. Психология здоровья: учеб. для вузов / Г.С. Никифоров / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
3. Практикум по психологии здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – 351 с.
4. Романова, А.Н. К вопросу о значимости генетически обусловленных факторов в обеспечении здоровья детей в образовании / А.Н. Романова, В.И. Павлова, Е.А. Романова // Комплексная безопасность объектов и субъектов социальной сферы: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. В.В. Латюшина. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2010. – С. 304–306.
5. Романова, Е.А. Сравнительные результаты влияния социально-медицинских факторов на формирование уровня психофункционального состояния организма студентов первого года обучения в условиях многоуровневого образования / Е.А. Романова, А.Н. Романова // Вестник ЧГПУ. – Челябинск, 2013. – № 9. – С. 190–196.
6. Тюмасева, З.И. Критерии и показатели психолого-оздоровительной оценки безопасности и здоровьесбережения в системе «вуз–школа» / З.И. Тюмасева, Г.В. Валеева, И.Л. Орехова, Е.А. Романова // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 8–1. – С. 158–167.

Салахова Н.Г., Питакова Ю.В.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»
Россия

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ОБЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ
В НЕОНАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

Аннотация. В статье обсуждается практическое применение метода общей терапевтической гипотермии у 27 доношенных детей с неонатальной гипоксически-ишемической энцефалопатией. Метод давно известен своей эффективностью у новорожденных с гипоксическими интра- и антенатальными повреждениями головного мозга, но практическое применение его достаточно редко в отделениях патологии новорожденных.

Ключевые слова: новорожденные, неонатология, гипоксическая энцефалопатия, терапевтическая общая гипотермия.

Salakhova N.G., Pitakova Yu.V.

Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

Experience with common method of therapeutic hypothermia in neonatology for children with neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy

Abstract. The practical application of the general method of therapeutic hypothermia for 27 term infants with neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy has been discussed. Has long been famous for his effectiveness in infants with hypoxic intra- and antenatal brain damage method nevertheless, it has rather rare practical application in neonatal pathology in newborns.

Keywords: newborns, neonatology, hypoxic encephalopathy, therapeutic general hypothermia.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) асфиксия остается ведущей причиной летальности и инвалидизации у новорожденных, как недоношенных, так и доношенных детей. Большинство летальных исходов происходят в первую неделю жизни в связи с развитием тяжелой полиорганной недостаточности [1]. У выживших детей многократно повышается риск развития детского церебрального паралича, задержки психомоторного, речевого и интеллектуального развития. Лечение гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) у новорожденных относится к одной из актуальных проблем перинатальной неврологии и неонатологии, что связано не только с частотой данной патологии, но и с малой эффективностью лекарственных методов терапии у новорожденных [2]. Совершенствование неонатальной медицинской помощи при ГИЭ у новорожденных имеет большое медико-социальное значение.

В 1901 году известный французский акушер Пьер Буден (1846–1907) в серии работ доказал значительную роль охлаждения детей (особенно недоношенных) сразу после рождения [1; 3; 5]. Им было установлено, что если ректальная температура у детей с массой тела менее 2000 гр. снижается ниже 32°C, то неонатальная смертность составляет 98%, если колеблется между 32°C и 35°C – 90%, но если она выше 35°C, то смертность, независимо от формы патологии, составляет 23%. В 1958 году Westin В из Нового Орлеана провел исследование, включившее 10 новорожденных детей, родившихся с оценкой по шкале Апгар менее одного балла на первой минуте жизни. Детей охлаждали до температуры 27°C. В результате этих лечебных мероприятий 1 ребенок погиб, а 9 – выжили. Так появился первый положительный опыт применения гипотермии у новорожденных детей [4].

ГИЭу новорожденного – это динамично развивающийся процесс, инициированный эпизодом гипоксии, приводящим к нарушению мозгового кровотока с последующим его восстановлением и запуском патологического ишемического каскада. Он включает в себя избыточное выделение и накопление глутамата во внеклеточном пространстве, гиперстимуляцию глутаматных рецепторов, открывание N-метил-D-аспартат-управляемых каналов и мощный поток ионов Ca₂₊ внутрь клетки, приводящий к отсроченной кальциевой дисрегуляции, лежащей в основе нейротоксичности. Основной целью разрабатываемых способов нейропротективной терапии является гипоксический каскад, однако на сегодняшний день ее применение крайне ограничено ввиду недостаточности накопленных знаний относительно длительности так называемого «терапевтического окна» у новорожденных детей [2]. Единственным методом, относительно широко используемым у детей, перенесших тяжелую асфиксию в родах, является контролируемая гипотермия.

Суть методики гипотермии заключается в создании гипотермического воздействия, позволяющего прервать вторую фазу гипоксически-ишемического повреждения и снизить количество погибших клеток в результате вторичного энергетического дефицита, появления апоптоза. Принципиальным моментом является время начала гипотермии: в первые 6 часов после рождения, что соответствует «терапевтическому окну». В своей работе мы четко придерживались показаний к проведению гипотермии: соответствие клинико- лабораторно- инструментальных показателей оценке тяжести интранатальной асфиксии, принятыми в неонатологии.

- Критерии группы «А»: оценка по шкале Апгар ≤ 5 на 10-й минуте, или сохраняющаяся потребность в искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на 10-й минуте жизни.

- Критерии группы «В»: оценка проводилась сразу при поступлении ребенка в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) не позднее первого часа жизни. Наблюдались тонические, клонические, смешанные судороги, и/или мышечная гипотония и гипорефлексия, и/или выраженный гипертонус и гиперрефлексия и/или нарушения зрачкового рефлекса.

- Критерии группы «С»: результат 30-минутного мониторинга CFM (аЭЭГ), проведенного в отделении реанимации сразу после выявления показаний к проведению а ЭЭГ. Мониторинг а ЭЭГ проводился строго доведения противосудорожных и седативных препаратов.

Лечебную гипотермию назначали, если был выявлен хотя бы один критерий из группы «А», плюс хотя бы один критерий из группы «В», плюс хотя бы один критерий из группы «С». Оценка ребенка по вышеуказанным критериям осуществлялась в максимально короткие сроки, так как чем раньше начато охлаждение, тем выше эффект. Оптимальное время начала гипотермии в течение первого часа-двух после рождения, плюс постановка венозного катетера в пупочную вену. Лечебная гипотермия не назначалась, если:

- гестационный возраст был менее 35 недель;
- масса тела при рождении была менее 1800 гр.;
- на НСГ были выявлены внутричерепные кровоизлияния;
- определялись пороки развития, не совместимые с жизнью или требующие немедленной хирургической коррекции;
- возраст старше 6 часов.

Процедура общей терапевтической гипотермии состояла из трех фаз: начальной, основной и согревания.

1 фаза: проводилось неврологическое обследование, а ЭЭГ для принятия решения о необходимости продолжить или прекратить дальнейшее охлаждение ребенка. Если у новорожденного не было показаний к продолжению охлаждения, то проводилось медленное согревание со скоростью 0,2–0,4°C /час.

2 фаза: поддержание осевой температуры (температуры ядра) 33,5–34,5°C в течение 72 часов.

3 фаза: согревание 0,2°C /час в первые 2 часа и 0,4°C /час до полного согревания. Процесс согревания нередко сопровождался судорожным синдромом, гипогликемией, гипокалиемией, гипотензией, то есть требовал четкой и адекватной терапевтической коррекции.

Результаты и их обсуждение: на базе МБУЗ ДГКБ № 8 ОРИИТ для новорожденных проведена общая терапевтическая гипотермия 27 детям в комплексе с интенсивной терапией. Далее после стабилизации витальных функций ребенок переводился на второй этап выхаживания в ОПН и НД. Из 27 детей было 18 мальчиков и 9 девочек. Гестационный возраст в среднем составил 38 недель. Минимальная масса тела при рождении – 2700 гр., максимальная – 4450 гр. Все дети при рождении получили первую оценку на первой минуте по шкале Апгар менее 3 баллов, вторую оценку по шкале Апгар на пятой минуте менее 6 баллов. Минимальная оценка на 1 минуте составила 1 балл, минимальная оценка на 5 минуте составила 4 балла.

У всех детей отмечался судорожный синдром, купированный назначением тиопентала натрия 5% в/в, в дозировке от 1–3 мг/кг/час. Средняя продолжительность терапии тиопенталом натрия составила 78 часов. Максимальная длительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ) – 9 суток, минимальная – 4 суток. Средняя длительность проведения ИВЛ около 6 суток.

При проведении НСГ в первые сутки у всех детей отмечен умеренный перивентрикулярный отек. В динамике в последующие 10 суток отмечены диффузные изменения мозговой ткани гипоксически-ишемического характера.

Результаты лечения: из 27 детей, получивших общую лечебную гипотермию, 27 выписаны домой, то есть летальности не было. Средняя продолжительность госпитализации составила 21 день, максимальная – 52 дня, минимальная – 12 суток. Состояние детей при выписке оценивалось средней тяжести.

Заключение

1. Успешность общей лечебной гипотермии определяют: своевременное начало, оптимальная глубина и длительность гипотермии.

2. Своевременное и адекватное проведение общей лечебной гипотермии позволяет существенно снизить летальность и способствовать снижению инвалидизации детей после перенесенной тяжелой ГИЭ.

3. Приводим известное изречение академика Н.П. Шабалова: «таким образом, окончательно тяжесть асфиксии диагностируют не в родильной комнате, а по окончании раннего неонатального периода».

Библиографический список

1. Романова, А.Н. Неврологический катамнез детей, перенесших острую дыхательную недостаточность в периоде новорожденности / А.Н. Романова, Е.В. Просекова, Г.В. Акимов // Неотложная педиатрия: матер. науч.-практ. конф., посвященные 25-летию организации службы интенсивной терапии в Челябинской области. – Челябинск, 1994. – С. 132–137.

2. Сурков, Д.Н. Целевой температурный менеджмент с заданным профилем в интенсивной терапии тяжелой неонатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии / Д.Н. Сурков // Детская медицина Северо-Запада. – 2011. – Т. 2. – № 3. – С. 22–25.

3. Шабалов, Н.П. Неонатология / Н.П. Шабалов. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – Т. 1. – 638 с.

4. Horn, A. Induced hypothermia for infants with hypoxic ischaemic encephalopathy using a servo controlled fan: an exploratory pilot study / A. Horn, C. Thompson, D. Woods, A. Nel, A. Bekker, N. Rhoda, C. Pieper // Pediatrics. – 2009. – № 123. – P. 1090–1098.

5. Jacobs, S.E. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy / S.E. Jacobs, M. Berg, R. Hunt et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2013. – Jan 31. – Vol. 1:CD 003311. – doi: 10.1002/14651858. – CD 003311. – Pub 3.

6. Sarkar, S. Should amplitude integrated electroencephalography be used to identify infants suitable for hypothermic neuroprotection? / S. Sarkar, J.D. Barks, S.M. Donn // Journal of Perinatology. – 2008. – № 28. – P. 117–122.

Салахова Н.Г.*, Романова А.Н., Дубровская А.М.***

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»
Россия

**Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней
г. Челябинск, Россия

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ ГИПОГЛИКЕМИЮ

Аннотация. В условиях неонатологического отделения обследовано 114 новорожденных, перенесших в периоде новорожденности гипогликемию различной степени выраженности. Контрольная группа состояла из 37 детей. Сроки гестации более 37 недель. Оценка по шкале Апгар не ниже 7/8 баллов. Катамнестическое исследование в возрасте 4–6 лет показало, что неонатальная гипогликемия оказывает негативное влияние на когнитивное развитие детей, а задержка нейropsychического развития у детей раннего возраста коррелирует с тяжестью перенесенной гипогликемии.

Ключевые слова: гипогликемия, когнитивное развитие, новорожденный.

Salakhova N.G.*, **Romanova A.N.****, **Dubrovskaya A.M.***

*Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

**Federal State Educational Institution of Higher Education South Ural State Medical University, Department of Nervous Diseases, Chelyabinsk, Russia

Features of early cognitive development in children with neonatal hypoglycemia

Abstract. 114 neonates with hypoglycemia and 37 healthy neonates were observed by means of routine assessment in Neonatal Unit. At 4–6 years these children were evaluated by means of the routine neurological assessment and Battery of Psychological Tests. These evaluation demonstrated that babies with neonatal hypoglycemia had decrease of cognitive, speech and memory performance. Severity of neonatal hypoglycemia correlated with cognitive retardation.

Keywords: neonates, cognitive development, hypoglycemia

Глюкоза является основным энергетическим субстратом мозга, доказано, что энергетические потребности мозговой ткани на 90–95% обеспечиваются только за счет глюкозы. Нарушение метаболизма глюкозы вызывает ослабление системы антиоксидантной защиты мозга и способствует усилению перекисного окисления липидов, вызывающих повреждение клеточных мембран и гибель клеток. При критическом снижении уровня гликемии происходит рассогласование функционального взаимодействия клеточных структур, отвечающих прежде всего за высшие формы нервной деятельности: сознание, память, мышление.

В клетках коры головного мозга, гиппокампа и полосатого тела разрушение клеток после гипогликемии происходит с наибольшей интенсивностью. Учитывая, что нейроны гиппокампа играют важную роль в процессе обучения и запоминания, возникновение гипогликемии приводит к ухудшению функции мозговой ткани и торможению процесса формирования памяти. При частых повторных гипогликемиях личность больного изменяется по типу эпилептоидной, для которой характерны такие особенности характера, как мелочность, педантичность, вязкость, эмоциональная ригидность. После длительной гипогликемии всегда отмечаются симптомы повреждения высших корковых функций, напоминающие синдром Корсакова (грубые нарушения памяти, мыслительных процессов, вялые периферические параличи). Описаны нарушения произвольного внимания и кратковременной памяти у больных с гипогликемиями.

С помощью электронной микроскопии доказано, что повреждение нейронов не просто результат метаболического истощения, но активного повреждения. Это означает, что гипогликемия запускает определённые процессы в нейронах, следствием чего становится глубокое нарушение их функции.

Цель работы: изучить особенности когнитивного развития детей, перенесших neonatalную гипогликемию.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клиническое, психоневрологическое, лабораторно-инструментальное обследование 151 ребенка в периоде новорожденности с последующим наблюдением за ними в течение 4–6 лет. Дети были разделены на две группы: исследуемую и контрольную. Исследуемая группа представлена 114 детьми, перенесшими в периоде новорожденности гипогликемию различной степени выраженности. Контрольная группа состояла из 37 детей, не имевших гипогликемии в периоде новорожденности. Все дети рождены при сроке гестации более 37 недель, в удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар не ниже 7-8 баллов, без признаков соматической и неврологической патологии, от матерей с удовлетворительным течением беременности и родов. По тяжести течения гипогликемии исследуемая группа разделена на три подгруппы: с легкой, средней тяжести и тяжелой гипогликемией. Критерии тяжести

гипогликемии: за тяжелую принята стойкая, продолжительностью более 3 суток гипогликемия, со склонностью к рецидивированию и снижением глюкозы в крови ниже 1,3 ммоль/л. Легкой считалась легко купируемая гипогликемия, со снижением сахара в крови не ниже 1,67 ммоль/л. Всем детям проводилось общепринятое в неонатологической практике соматоневрологическое обследование, лабораторные исследования, нейросонография, УЗИ внутренних органов.

В возрасте 4–6 лет у всех детей был исследован уровень когнитивного развития с помощью схем нейропсихологической диагностики Ж.М. Глозмана, тестов О.Н. Земцовой и С.Е. Гаврина [1–4]. Исследование когнитивных функций детей проводилось по 8 субтестам. Каждый субтест включал в себя набор проб, по выполнению которых производилась балловая оценка каждой пробы по 6-балльной шкале. Далее выводился суммарный балл с вычислением средней арифметической по каждой психической сфере. Кроме того, оценивался суммарный показатель по всем шкалам, и делалось заключение в соответствии с полученным результатом оценки. Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов SAS 9.2, STATISTICA 8 и SPSS-17. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. В случае превышения достигнутого уровня значимости статистического критерия этой величины принималась нулевая гипотеза.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что распространенность гипогликемии (при нижней границе нормы глюкозы в крови 2,6 ммоль/л) составила 17,5% из 2500 детей свободной выборки. Показатели физического развития при рождении соответствовали гестационному возрасту. Статистически значимых отличий между исследуемой и контрольной группой по физическому развитию не выявлено ($p > 0,1$).

Нейропсихологическое тестирование обследованных детей в возрасте 4–6 лет показало, что у детей исследуемой группы достоверно чаще выявляется задержка развития. Преобладали дети с гиперактивностью, повышенной возбудимостью, склонные к аффективным вспышкам, конфликтам, плачу, или напротив – пассивные, замкнутые, неконтактные. Дети исследуемой группы по показателям тестирования имели худшие результаты по сравнению с детьми в контрольной. Наибольшие различия дети демонстрировали в тестах на исследование гнозиса, памяти и речи, отмечена несформированность пространственного гнозиса в пробе на идентификацию пространственно-ориентированных фигур, допускались ошибки при идентификации эмоций.

Основными симптомами нарушения памяти были: низкая продуктивность объема запоминания в процессе заучивания (ниже нормативного для данного возраста), конфабуляции (вплетение непредъявленных предметов), низкий показатель объема заучивания, незапоминание последовательности и смысла элементов, трудности усвоения двигательной программы. В пробе на заучивание не связанных по смыслу слов наблюдался недостаточный объем запоминания, семантические и звуковые замены (дождь – вода; лес – деревья, снег – зима; лес – лето). Показатели зрительной и моторной памяти у детей исследуемой группы также были достоверно хуже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$) [5]. В контрольной группе достоверно чаще встречалась сложная дислалия и стертая дизартрия. При исследовании спонтанной речи отмечалась смазанность, гнусавость, заикание, скандированность, монотонность, дисфония, парафазии, недостаточная развернутость фраз, наличие аграмматизмов, бедность активного словаря (несоответствие эпикризному сроку).

В результате изучения нейропсихологического развития детей, перенесших неонатальную гипогликемию, была выявлена зависимость между степенью тяжести гипогликемии и уровнем задержки той или иной функции. У детей с тяжелой гипогликемией задержку развития встречали

объективно чаще. Значимость корреляции находится на уровне $p < 0,01$. Сопряженность задержки нейropsychологического развития и неонатальной гипогликемии представлена на рис. 1.

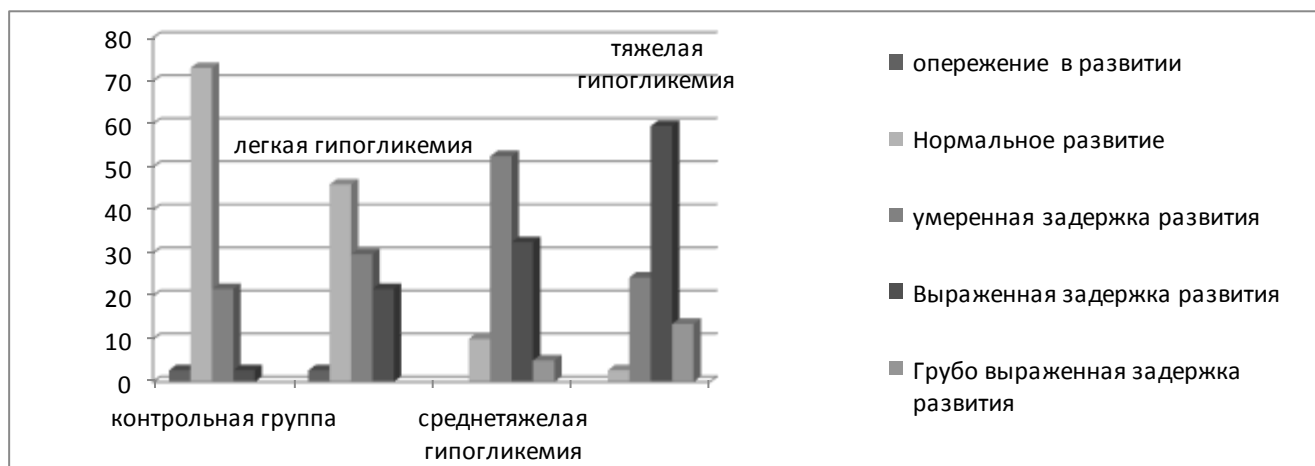


Рис. 1. Сопряженность задержки нейropsychологического развития и неонатальной гипогликемии

При анализе диаграммы обращает на себя внимание ряд закономерностей. По мере утяжеления гипогликемии количество детей с опережением в развитии и нормальным развитием уменьшается, тогда как задержка развития прогрессивно увеличивается.

Выводы

1. Неонатальная гипогликемия оказывает негативное влияние на когнитивное развитие детей, особенно на показатели пространственного гнозиса, памяти и речи в виде сложной дислалии и стертой дизартрии.

2. Задержка нейropsychологического развития у детей раннего возраста коррелирует с тяжестью перенесенной гипогликемии в периоде новорожденности.

Библиографический список

1. Бачериков, Н.Е. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков. – Киев: Здоровье, 1989. – 447 с.
2. Гаврина, С.Е. Большая книга тестов. Для детей 4–5 лет / С.Е. Гаврина, Н.Л. Кутявина, И.Г. Топоркова, С.В. Щербинина. – М.: ООО Изд-во «РОСМЭН-ПРЕСС», 2004. – 137 с.
3. Глозман, Ж.М. Нейropsychологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж.М. Глозман, А.Ю. Потонина, А.Е. Соболева. – СПб.: Питер, 2008. – 80 с.
4. Земцова, О.Н. Тесты для детей 3–4 лет: учеб. пособие / О.Н. Земцова. – М.: Machaon, 2007. – 112 с.
5. Косьянова, Т.И. Отдаленные последствия перинатального поражения центральной нервной системы в подростковом возрасте / Т.И. Косьянова, А.Н. Романова // Комплексная безопасность объектов и субъектов социальной сферы: матер. Всерос. науч.-практ. конф., 24–25 ноября 2010 г., г. Челябинск. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2010. – С. 64–66.
6. Auer, R.N. Hypoglycaemia: brain neurochemistry and neuropathology / R.N. Auer, B.K. Siesjo // *Baillieres Clin. Endocrinol. Metab.* – 1993. – № 7. – P. 611–625.
7. Evans, M. Carbohydrates as a cerebral metabolic fuel / M. Evans, S.A. Amiel // *Pediatr. Endocrinol. Metab.* – 1998. – Vol. 11. – P. 99–102.

РЕАЛИЗАЦИЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ УРАЛГУФК

Аннотация. В статье раскрываются содержательные характеристики и эффективность реализации физкультурно-оздоровительных технологий восточного и западного направлений со студентами вуза для повышения культуры здоровья современного общества.

Ключевые слова: здоровье студентов, образовательный процесс, физическая культура, физкультурно-оздоровительные технологии.

Safronova K.A., Mironova V.M., Kazarina A.S.

Ural state University of physical culture, Chelyabinsk, Russia

Implementation of physical health-improving technologies in the educational process of students UralGUFK

Abstract. The article reveals the characteristics of and the effectiveness of implementing health and fitness technology, East and West directions with students to improve the culture of health in modern society.

Keywords: health of students, educational process, physical culture, sports and recreation technology.

Здоровье студентов и их образ жизни в последнее время являются предметом пристального внимания отечественных и зарубежных исследователей. Объективный анализ состояния здоровья студентов выявил ухудшение здоровья уже в первый год обучения в вузе и далее с первого по четвертый курсы. Ведущим фактором вузовской дезадаптации выступает воздействие образовательной среды и, в основном, учебной нагрузки. Восприятие и переработка большого объема информации в условиях дефицита времени, инновационные формы и методы преподавания, высокая плотность занятий и большое число видов учебной деятельности предъявляют повышенные требования к управлению процессами, протекающими в ЦНС и сопровождающихся выраженным психоэмоциональным напряжением [1, с. 43].

Оздоровление студентов средствами физической культуры имеет огромное социальное значение. Отечественная школа физического воспитания имеет богатый опыт. В то же время не меньшими, а иногда и большими знаниями и методами их реализации обладают зарубежные системы. К ним относятся восточные системы оздоровления, которые впитали в себя многовековые традиции и богатейший опыт многих поколений, позволяющий познавать и использовать скрытые резервы человека, развивать его психофизические качества в гармонии с окружающей средой.

Именно в системе вузовского образования возможна интеграция различных научных, культурных и духовных традиций, то есть многообразного социокультурного опыта в сфере оздоровления человека для системного формирования у студенческой молодежи новых мировоззренческих установок, нового, отвечающего современным требованиям отношения к здоровью.

Образовательный процесс студентов в Уральском государственном университете физической культуры по профилю «Физкультурно-оздоровительные технологии» строится на глубоком изучении теории и методики оздоровительных технологий Востока и Запада как целостной и ком-

плексной системы оздоровления различных контингентов занимающихся. В круг приоритетных задач программы обучения студентов входят следующие:

1. Обучение студентов эффективным технологиям самооздоровления, саморегуляции, повышение стрессоустойчивости, преодоления негативных последствий стрессовых, экстремальных и кризисных ситуаций, творческого самораскрытия (используемые средства: китайская гимнастика ушу, цигун, индийская гимнастика хатха-йога, телесно-ориентированные методы восстановления и др.).

2. Психологическое и валеопсихологическое просвещение студенчества (дисциплина по выбору).

3. Коррекция неадекватных установок и дефицитарных представлений о здоровье, обусловленных недостаточным знанием и нерациональным использованием собственных внутриличностных ресурсов (микрокинезитерапия).

4. Психологическая помощь студентам в процессах социальной адаптации и самоопределении (в форме психологического консультирования и психоэнергетической поддержки). Проведение тренингов, семинаров, групп самопознания и личностного роста, в том числе с выездом на природу [3, с. 191].

Занятия позволяют: повысить интерес и активность к занятиям оздоровительной физической культурой, настроение и самочувствие студентов; повысить уровень здоровья; улучшить физическую подготовленность и функциональное состояние отдельных систем организма занимающихся; проводить профилактику простудных заболеваний и болезней, вызванных возрастными изменениями; развивать самосознание, мотивацию на здоровый образ жизни, способствовать снижению эмоциональных напряжений; сформировать позитивное отношение у студентов к необходимости регулярных физкультурно-оздоровительных занятий [2, с. 215].

С целью получения необходимой информации об эффективности занятий нами было проведено анкетирование студентов с первого по четвертый курс дневного отделения кафедры теории и методики оздоровительных технологий и физической культуры Востока УралГУФК в течение 2015–2016 года. Анкетирование проводилось анонимно, по 10 вопросам, отражающим отношение респондентов к процессу обучения по специализациям, качество получаемых знаний, возможность их использования в жизни, видение перспектив своей профессиональной реализации и собственное оздоровление.

Анализ полученных данных подтвердил обоснованность функционирования данного направления образования, так как все 100% респондентов выразили только позитивное отношение по всем вопросам анкеты, 70% из них отметили улучшение состояния здоровья.

Обобщая вышеизложенное, можно сделать следующие выводы: третье тысячелетие – время практических знаний о здоровье человека. Доступные сегодня для широкой общественности знания должны быть использованы для массового оздоровления населения нашей страны. Ведущая роль в решении этой чрезвычайно важной социальной задачи отводится образованию, которое в наибольшей степени способно обеспечить системность в формировании культуры здоровья людей через специалистов, получивших концептуальные знания о здоровье и методах его сохранения в процессе обучения в УралГУФК по направлениям «Физическая культура» и «Физкультурно-оздоровительные технологии».

Библиографический список

1. Восточные системы оздоровительной гимнастики в образовательном процессе студентов: матер. региональной науч.-практ. конф. – Оренбург: ОГПУ, 2008. – С. 40–50.

2. Система менеджмента качества в вузе: здоровье, образованность, конкурентоспособность: матер. III Междунар. науч.-практ. конф. – Челябинск: УралГУФК, 2014. – С. 214–217.

3. Система менеджмента качества в вузе физической культуры: здоровье, образованность, конкурентоспособность: матер. II Междунар. науч.-практ. конф. – Челябинск: Уральская академия, 2013. – С. 190–193.

Семёнкина Е.А., Трубина Л.Н.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ НА УРОКАХ ОСНОВ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗЛИЧНЫМ РАЗДЕЛАМ ПРОГРАММЫ

Аннотация. В данной работе обсуждается использование ситуационных задач на уроках ОБЖ по различным разделам программы для самоактуализации школьника.

Ключевые слова: ситуационная задача, самоактуализация.

Semenkina E.A., Trubina L.N.

South Ural State University of Humanities and Education, Chelyabinsk, Russia

Using case studies on the lessons of life safety in different sections of the programs

Abstract. This paper discusses the use of case studies on the lessons of life safety in different sections of the program. The possibility of using tasks on life safety lessons for self-actualization of the student.

Keywords: case study, self-actualization.

Ситуационное обучение формирует познавательную активность учеников, умения практической деятельности, способствует выработке психологической установки на преодоление познавательных трудностей, развитию интеллектуальных и творческих способностей.

Решение ситуационных задач на уроках основ безопасности жизнедеятельности (ОБЖ) по различным разделам программы позволяет ученику формировать такие умения и навыки, с помощью которых он сможет самостоятельно решать сложные, нестандартные, неординарные, порой, опасные жизненные ситуации.

Ситуационные задачи по ОБЖ – это задачи, позволяющие ученикам осваивать интеллектуальные операции последовательно в процессе работы с информацией по дисциплине: ознакомление – понимание – применение – анализ – синтез – оценка, повышающие общую активность учащихся по осмыслению реальных жизненных ситуаций по сохранению здоровья и жизни.

При всём многообразии видов учебных ситуационных задач все они имеют типовую структуру. В.А. Беликов определяет структуру ситуационной задачи, которая включает в себя:

- название (желательно яркое, привлекающее внимание учащихся);
- ситуацию – случай, проблема, история из реальной жизни;
- личностно-значимый познавательный вопрос;
- информацию по данному вопросу, представленную в разнообразном виде (текст, таблица, график, статистические данные);
- вопросы или задания для работы с задачей [1, с. 35].

При решении ситуационных задач по различным разделам ОБЖ у учащихся формируются: *аналитические умения* – выделять существенную и несущественную информацию, анализировать, представлять информацию; *практические умения* – использовать на практике теорию предмета, изучать способы решения проблемы; *творческие умения* – владеть приемами знаний в новой учебной ситуации, развивать интеллектуальные умения (оригинальность, отличной от традиционности); *коммуникативные умения* – вести дискуссию, убеждать окружающих, защищать собственную точку зрения, составлять краткий, убедительный отчет; *социальные умения* – оценивать поведение людей, уметь слушать, поддерживать дискуссию или аргументировать противоположное мнение.

Для сегодняшних учеников очень важна самоактуализация и индивидуализация, реализация своих способностей и талантов в учебной деятельности при решении ситуационных задач по различным разделам программы ОБЖ: оказание первой доврачебной помощи, изучение правил дорожного движения, чрезвычайные ситуации социального, природного, техногенного характера, здоровый образ жизни [2]. Он может показать свой жизненный опыт, свое миропонимание, свою жизненную позицию, свои приоритетные ценности.

Могут рассматриваться различные подходы к решению ситуационных задач по ОБЖ: построение ситуационных задач на основе соответствующих вопросов учебника; решение реальных жизненных проблем, заложенных в тематике дисциплины ОБЖ; отработка универсальных учебных действий по тематике ОБЖ, но не на абстрактном материале, а на материале, значимом для ученика; выделение в практико-ориентированных задачах по ОБЖ понятий, закономерностей, условий.

Таким образом, учащиеся получают не готовые знания, а вырабатывают их сами, накапливая жизненноважный опыт решения проблем, формируя умения слушать и понимать других. Создаются комфортные условия обучения, при которых все ученики активно взаимодействуют между собой, моделируя на уроках ОБЖ реальные и жизненные ситуации и осуществляя поиск их решения. Это способствует развитию творчества и учителя, и учеников. Для учителя важно создать банк ситуационных задач разного уровня сложности по всем разделам программы ОБЖ, который требует постоянного пополнения и обновления. При этом вовлечь и заинтересовать учащихся в моделирование ситуаций, встать на позицию ученика на уроке: «Я учусь сам» – «Я учу других» – «Я – автор учебной деятельности».

Библиографический список

1. Беликов, В.А. Образование. Деятельность. Личность: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / В.А. Беликов. – М.: Академия Естествознания, 2010. – 339 с.
2. Попова, Г.П. Основы безопасности жизнедеятельности. 5–8 классы: Школьный курс в тестах, играх, кроссвордах, заданиях с картинками / Г.П. Попова. – Волгоград: Учитель, 2006. – 367 с.

Сибилёва Л.В.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

АНАЛИЗ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Аннотация. В статье актуализируется проблема безопасности жизнедеятельности, представлены теоретико-методологические основы формирования безопасности личности ребенка, анализируются отдельные программы развития безопасных форм поведения, определяются проблемы.

Ключевые слова: безопасное детство, безопасность жизнедеятельности, проблема сбережения здоровья, психологическая безопасность, межпредметные связи, сотрудничество.

Sibileva L.V.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Analysis of the solution of the younger generation of health and safety problems

Abstract. Updated life safety issue, presents the theoretical and methodological bases of formation of security a child's personality are analyzed separate programs of safe behaviors defined problems.

Keywords: safe childhood, life safety, health savings problem, psychological safety, interdisciplinary communication and cooperation.

Проблема безопасности жизнедеятельности и сбережения здоровья человека – одна из приоритетных во всем мире. В Российской Федерации от социальных проблем, техногенных и природных катастроф, терактов, насилия и бытовых аварий страдают взрослые и дети. Несмотря на внимание к решению многих вопросов в этой сфере, со стороны государственных структур на практике недостаточно разработано и внедрено программ, которые снизили бы детский травматизм на дорогах, уберегли детей от посягательств на их физическое и психическое здоровье. Становится более очевидным, что сохранение здоровья подрастающего поколения и решение задач безопасного детства – проблема междисциплинарная и в ней важная роль принадлежит медицинским специалистам, педагогам, психологам и общественности. Действительно убедительно показывает необходимость подключения к сотрудничеству родителей для более эффективного решения проблемы. Такое взаимодействие необходимо для ознакомления их с проблемой безопасности, с разными аспектами здорового образа жизни и сохранения здоровья детей, возможными мерами реализации приоритетных задач в этой области.

В словаре В.И. Даля безопасность представлена как отсутствие угрозы причинения зла или вреда, сохранность, надежность. Психологическая наука сформулировала ряд определений психологической безопасности, однако каждое из них содержит свои характеристики: как определенную систему межличностных отношений, как целостную систему психических процессов, как психологическое явление и т.д. Предлагаются к рассмотрению уровни организации психологической защиты (Г.В. Грачев), стратегии обеспечения самозащиты (Т.М. Краснянская), выделяются подходы к формированию безопасности личности (Н.А. Лызь).

Вопросы безопасности жизнедеятельности разрабатывались в исследованиях отечественных ученых (В.А. Алексеенко, А.В. Гостюнин, Э.Я. Соколов и др.). Большую организационно-педагогическую и научно-методическую работу проводит Международная академия наук экологии и безопасности жизнедеятельности (МАНЭБ). Вопросы привития навыков безопасности детям дошкольного возраста отражены в трудах Н.Н. Авдеевой, Л.П. Анастасовой, О.Л. Князевой, Л.Ф. Тихомировой и др. Воспитание безопасного поведения в быту рассматривали М.А. Котик, О.Н. Русак, Т.Г. Хромцова и др. Однако аспект безопасности детей дошкольного и младшего школьного возраста реализуется недостаточно, и необходимость в решении проблемы на практике по-прежнему остается первостепенной (детей уводят из детского сада, со двора собственного дома, истязают сверстники пр.). Особого внимания это направление подготовки к жизни заслуживает у детей с психологическими и физическими проблемами, поскольку в их жизни больше, чем у здоровых, возникает трудностей, неожиданностей, незнакомых ситуаций. В соответствии с этим в медицинских и педагогических учебных учреждениях необходимо сделать акцент на проблеме и готовить специалистов для ее совместного решения на основе тесного сотрудничества.

В программы подготовки специалистов и в их реализации на практике необходимо включить вопросы, которые должны предусмотреть теоретическую компетентность, накопление опыта сотрудничества с образовательными учреждениями, приобретение умений взаимодействия с родителями и детьми. Вопросы, связанные с приобретением необходимых знаний и умений студентов, предлагается рассматривать в дисциплинах, имеющих медицинскую, психологическую, педагогическую, социальную и методическую направленность, обсуждать на курсах по выбору, в практической деятельности студентов в образовательных учреждениях, укрепляя межпредметные связи.

Анализ литературы позволяет выделить различные подходы в решении обозначенной проблемы. На наш взгляд, данная проблема должна анализироваться и внедряться с позиции системного, деятельностного и индивидуально-личностного подходов. Системный подход представляет собой направление методологии специально-научного познания и социальной практики, в составе которого лежит исследование объектов как систем. Деятельностный подход оказался удачным в разработке проблем возрастной психологии. По убеждению А.Н. Леонтьева, ребенок должен решать по отношению к приобретаемому опыту определенную практическую или познавательную задачу, адекватную воплощенной в нем человеческой деятельности. Усвоение индивидом социального опыта, психологических функций и способностей, систем и отношений осуществляется в процессе собственной активности, в умении преодолеть неожиданности, неприятности, опасности и угрозы своей жизни. Данные подходы в своем единстве позволяют осуществить проблему безопасности жизнедеятельности человека с учетом возрастных и индивидуально-личностных особенностей.

Предметами изучения, в первую очередь, становятся вопросы социальной компетентности ребенка (Т.Н. Антонова, Е.А. Арнаутова и др.), формирование картины мира, пути осознания ребенком себя в этом мире (С.А. Козлова, С.Е. Шукшина, Э.М. Куликовская и др.). В соответствии с возрастными особенностями учитывается роль игры в формировании детской среды для усвоения эффективных моделей взаимодействия со сверстниками и взрослыми. Вместе с тем правомерно встают вопросы, каким образом изучать эту проблему и какие методы применять в контроле результативности ее решения с учетом возрастных особенностей детей?

Нельзя сказать, что задачи знакомства с трудностями и сохранения здоровья не решались в образовательных учреждениях, однако круг решения их был достаточно узким (дорожное движение, опасность огня, бытовых предметов и пр.). Анализ имеющихся программ показывает, что в деятельности детских образовательных учреждений предпринимаются попытки в решении новых задач сохранения здоровья и обеспечении безопасности. В программе «Детство» ставятся и реализуются задачи безопасного обращения с электроприборами, рассматриваются правила поведения в опасных ситуациях, реализуется обучение навыкам оказания элементарной помощи. В программу «Радуга» включен раздел «Правила личной безопасности». Разработанная на основе Государственного стандарта дошкольного образования программа Н.Н. Авдеевой, О.Л. Князевой, Р.Б. Стеркиной оказалась наиболее продуманной, так как она включает несколько блоков и способствует воспитанию у ребенка соответствующего поведения в самых разных ситуациях. Это удачно отличает ее от других программ, направленных на решение отдельных ситуационных задач. В работах Т.Г. Хромцовой предлагается программа по формированию знаний и развитию умений безопасного поведения детей 4–5 лет в быту. Разработаны занятия, продуманы приемы, способы формирования правильного поведения с использованием моделирования ситуаций, предлагаются разнообразные дидактические задания. Несмотря на положительный опыт, безусловно, нельзя считать проблему безопасности жизнедеятельности детей вполне решенной, по-

сколькx взрослые и их дети продолжают в реальной жизни сталкиваться с опасностями, в том числе и в социальном плане. Возрастные особенности детей не всегда позволяют использовать приемы, применяемые с другими категориями людей в силу недостаточной информированности, умения переработать знания, самостоятельно применить знакомые приемы в домашней среде, их физического развития.

Таким образом, современное положение в мире и конкретном обществе усиливает значение проблемы безопасности жизнедеятельности детей и необходимость создания адекватных возрасту мер для их психического и физического здоровья.

Библиографический список

1. Лукина, Л.И. Безопасность дошкольного образовательного учреждения / Л.И. Лукина // Управление ДОУ. – 2007. – № 4. – С. 33–40.
2. Лызь, А.Н. Модельные представления о безопасности личности / А.Н. Лызь // Гуманитарные проблемы современной психологии. – Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2005. – № 7 (51). – С. 21–25.
3. Сибилёва, Л.В. Основы гендерной психологии и полового воспитания / Л.В. Сибилёва. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2008. – 165 с.
4. Хромцова, Т.Г. Воспитание безопасного поведения в быту / Т.Г. Хромцова. – М.: Педагогическое общество России, 2005. – 81 с.

Симонова К.С., Миронова В.М.

Уральский государственный университет физической культуры
г. Челябинск, Россия

ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ РЕКРЕАЦИЯ ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА МЕТОДАМИ ВОСТОЧНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ

Аннотация. В статье раскрывается значимость повышения состояния здоровья женщин зрелого возраста средствами восточно-оздоровительной гимнастики, которая реализуется как система психофизической рекреации.

Ключевые слова: психофизическая рекреация, женщины зрелого возраста, восточно-оздоровительная гимнастика.

Simonova K.S., Mironova V.M.

Ural state University of physical culture, Chelyabinsk, Russia

Psycho-physical recreation for women of Mature age methods of Eastern healing gymnastics

Abstract. The article reveals the importance of improving the health of women of Mature age means East health gymnastics, which is implemented as a system of psycho-physical recreation.

Keywords: psycho-physical recreation, women of Mature age, eastern health exercises.

Проблема сохранения и восстановления здоровья женщин зрелого возраста носит фундаментальный междисциплинарный характер, является предметом исследования медико-биологических, педагогических, психологических, социальных и ряда других фундаментальных наук [1, с. 3].

Одно из ведущих мест в психофизических рекреационных и оздоровительно-развивающих мероприятиях на современном этапе, по мнению многих авторов, должно быть уделено восточным оздоровительным системам, объединяющим в единый комплекс энергетические, психиче-

ские и физиологические ресурсы человека и направляющим их на активную адаптацию с окружающей социальной и природной средой.

Психофизическая рекреация поддерживает физическую и духовную форму, способствует восстановлению трудоспособности, регулированию неблагоприятного влияния монотонной работы и нездоровой жизненной среды, предупреждению заболеваний, двигательной активности и увлекательному проведению свободного времени [2, с. 2].

В научном плане проблема интеграции форм и средств восточных оздоровительных систем в отечественной рекреационной оздоровительной физической культуре является практически неразработанной и, прежде всего, в теоретико-методологическом аспекте [2, с. 2].

Восточно-оздоровительные гимнастики содержат многообразие движений растягивающего и скручивающего характера, способствуют улучшению гибкости и увеличению подвижности в суставах, что имеет существенное значение при некоторых заболеваниях, а также восстановлению функционального и психоэмоционального состояния [3, с. 3].

Организация и методы исследования

Была организована экспериментальная группа из 15-и человек по следующему критерию: женщины в возрасте от 36 до 55 лет (второй период зрелости, Э.Г. Эриксон).

В течение двух месяцев (август–сентябрь 2016 г.) проводился подбор тестов, затем было проведено тестирование для определения психофизического состояния женщин зрелого возраста на начальном этапе исследования, а также констатация начальных данных.

Для определения уровня психофизического состояния нами были выбраны следующие методы диагностики:

- измерение подвижности в плечевых суставах;
- измерение подвижности в тазобедренном суставе;
- измерение подвижности позвоночника;
- оценка психоэмоционального состояния.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели психофизического состояния у женщин зрелого возраста контрольной и экспериментальной групп до педагогического эксперимента представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели психофизического состояния у женщин зрелого возраста экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) групп до педагогического эксперимента

Тесты	X±σ		Разница	p
	ЭГ	КГ		
Круговое движение палкой назад в поперечной плоскости, см	79,4±11,4	78,8±9,4	0,6	>0,05
– индекс X1	2,0±0,4	2,02±0,3		
– индекс Косса	0,29±0,09	0,29±0,09		
Отведение руки, см	71,3±6,3	72,3±4,7	1	>0,05
– индекс X2	0,99±0,18	1,12±0,3		
Заведение рук за спину, см	2,7±1,6	2,5±3,8	0,2	>0,05
Отведение рук назад с гимнастической палкой, градусы	62,6±15,8	60,1±9,8	2,5	>0,05
Отведение ноги в сторону, см	90,9±17,5	89,5±6,1	1,4	>0,05
– индекс X3	0,99±0,18	1,02±0,3		
Наклон вперед из положения сидя, см	3,6±0,9	4,0±0,8	0,4	>0,05
Поворот туловища, градусы	90,8±19,2	91,2±4,4	0,4	>0,05
САН	4,96±0,108	4,91±0,105	0,05	>0,05
Тревожность	42±1,24	43±1,5	1	>0,05
ПЭС (ВК)	0,8±0,06	0,7±0,08	0,1	>0,05

Таким образом, анализ результатов тестирования свидетельствует о том, что уровень подвижности в суставах у женщин зрелого возраста, практически по всем показателям, характеризуется как низкий. Это связано с тем, что с возрастом ухудшаются эластичность мышц и подвижность суставов. Полученные результаты для теста САИ являются низкими, что свидетельствует о невысокой активности, благоприятном самочувствии и настроении, но находящемся в диапазоне ниже нормы. Результаты теста на уровень тревожности находятся в рамках умеренного уровня, но приближающегося к высокому уровню. Вегетативный коэффициент у испытуемых находится в пределах нормы, но свидетельствует о доминировании парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и о преобладании установки на отдых и минимизации собственных усилий.

Исходя из полученных данных, которые свидетельствуют о необходимости оздоровительной работы с женщинами зрелого возраста, направленной на улучшение психофизического состояния, нами разработана программа на основе восточно-оздоровительной гимнастики, основанная на целостном подходе к женщинам зрелого возраста, как к многоуровневой системе, реализующей себя на физическом и функциональном уровнях.

Библиографический список

1. Карлышев, В.М. Интегративно-валеологический подход к оздоровительной физической культуре людей зрелого возраста: учеб. пособие / В.М. Карлышев, В.М. Миронова, В.М. Крылов. – Челябинск: Уральская Академия, 2003. – 53 с.
2. Састамойнен, Т.В. Восточные оздоровительные системы психофизической рекреации: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04 / Т.В. Састамойнен. – СПб., 2004. – 32 с.
3. Самсонова, Е.П. Комплексные физкультурно-оздоровительные занятия на основе фитнес-йоги с женщинами среднего возраста: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Е.П. Самсонова. – СПб., 2010. – 21 с.

Тимофеева А.О., Трубина Л.Н.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ОПОРНЫЕ КОНСПЕКТЫ ПО ОСНОВАМ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аннотация. В статье рассмотрена методика опорных конспектов В.Ф. Шаталова. Описываются этапы создания опорных конспектов, этапы работы с ними, представлен тест-исследование.

Ключевые слова: основы безопасности жизнедеятельности, школа, опорные конспекты.

Timofeeva A.O., Trubina L.N.

South Ural State University of Humanities and Education, Chelyabinsk, Russia

Supporting sunopsis of the basis of safe life activity

Abstract. In article the technique of basic abstracts of V.F. Shatalov is considered. Stages of creation of basic abstracts, stages of work with them, the test research conducted by us among students of CSPU is presented.

Keywords: fundamentals of Health and Safety, School.

В настоящее время по методике В.Ф. Шаталова разработаны опорные конспекты по всем учебным предметам школьного курса. Ее охотно применяют преподаватели школ, техникумов, вузов. Во всех опорных конспектах по дисциплинам наблюдается упрощенная подача материала и

структурированность. Большие возможности использования методики В.Ф. Шаталова в образовательной области «Безопасность жизнедеятельности».

Целью обучения и воспитания школьников Виктор Федорович Шаталов видел в создании условий, в которых каждый ученик будет иметь возможность развивать свои способности [1].

Для выявления информированности студентов нашего факультета, будущих преподавателей-организаторов основ безопасности жизнедеятельности (ОБЖ), о методике опорных конспектов В.Ф. Шаталова нами было проведено тест-исследование.

В опросе приняло участие 20 человек. Опрос проводился при помощи интернет-ресурса www.surveymonkey.com.

Мы получили следующие результаты:

1. Знакомы с методикой В.Ф. Шаталова 25% респондентов.

Всем, кому не была знакома методика, предлагалось ознакомиться с ее кратким описанием и примерами опорных конспектов по ОБЖ.

2. На вопросы: «Считаете ли Вы данную методику полезной для ученика?» и «Считаете ли Вы данную методику полезной для учителя?», положительно ответили все респонденты.

3. На вопрос: «Стали бы Вы применять ее на уроках ОБЖ в школе?», положительно ответило 19 человек из 20.

Один из респондентов не стал бы применять данную методику в школе, так как, по его мнению, методика объяснительно-иллюстративного обучения ОБЖ, которая сейчас применяется в школе, оптимальна для всех.

4. Все опрошенные единогласно считают, что переписывать опорные конспекты и составлять их по другим темам и разделам ОБЖ – это интересное занятие, которое понравится ученикам, придаст мотивации в учебе.

Таким образом, из результатов опроса можно сделать вывод, что данная методика окажется эффективной для будущих учителей ОБЖ.

Система В.Ф. Шаталова содержит шесть составляющих: повторение информации, проверку знаний, систему оценки знаний, методику решения задач, опорные конспекты, спортивную работу с детьми.

В образовательной области «Безопасность жизнедеятельности» есть опыт создания и использования опорных конспектов по ОБЖ. Доцент Мордовского государственного педагогического института А.В. Шигаев подготовил и опубликовал учебно-методическое пособие, где представлены опорные конспекты по ОБЖ для 10 и 11 классов по разделам: ЧС природного, техногенного, криминального характера; организация ГО образовательного учреждения; первая медицинская помощь при ранениях, травмах, при остановке сердца; правовые основы военной службы, права и ответственность военнослужащих, общевоинские уставы, военная присяга и др. Это позволяет преподавателям-организаторам ОБЖ и студентам использовать опорные конспекты и их фрагменты в обучении ОБЖ и БЖД [2, с. 35].

Опорный конспект – система опорных сигналов, связанных между собой и представляющих собой наглядную конструкцию. После объяснения учителя связи между элементами опорного конспекта становятся понятными.

Методические рекомендации для создания опорного конспекта по ОБЖ по различным разделам программы:

– вычленив и в краткой форме изложить основные взаимосвязи и взаимозависимости частей информационного текста;

– сократить записи и сделать набросок на листе;

- присвоить каждой записи свое графическое обозначение, сигнал;
- объединить сигналы в блоки и отделить блоки друг от друга контурами, отобразить связи между ними;
- выделить главные элементы цветом.

Возможности использования методики В.Ф. Шаталова в образовательной области «Безопасность жизнедеятельности» на разных возрастных этапах обучения безграничны. Она эффективна и продуктивна при обучении, позволяет развить интерес обучающихся к безопасному и здоровому образу жизни.

Библиографический список

1. Шаталов, В.Ф. Трудных детей не бывает / В.Ф. Шаталов. – М.: Дортранспечать, 2001. – 88 с.
2. Учебно-методические материалы для преподавателей-организаторов основ безопасности жизнедеятельности / А.В. Шигаев. – Саранск, 2005. – 101 с.

Третьякова Н.В.

Российский государственный профессионально-педагогический университет»
г. Екатеринбург, Россия

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ: МЕХАНИЗМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА

Аннотация. В статье показаны механизмы обеспечения качества деятельности образовательных организаций в области охраны и укрепления здоровья обучающихся в контексте положений управления качеством образования. Раскрыта система ключевых процессов здоровьесберегающей деятельности, показана важность создания координирующего данную деятельность совета в структуре образовательной организации.

Ключевые слова: качество здоровьесберегающей деятельности, процессный подход, ключевые процессы, координационный совет.

Tretjakova N.V.

Russian state vocational pedagogical university, Ekaterinburg, Russia

The activities of educational institutions for health students: quality assurance mechanisms

Abstract. Showing mechanisms for ensuring the quality of the activities of educational institutions for health students in the context of education quality management. Disclosed system key processes of health students, shows the importance of establishing a coordinating the activity of the Council in the structure of the educational organization.

Keywords: the quality of health care, the process approach, the key processes, Coordinating Council.

Усиление направлений деятельности образовательных организаций (ОО) в области охраны и укрепления здоровья обучающихся, обусловленное сохраняющейся тенденцией снижения уровня здоровья обучающихся и существенной силой влияния, динамикой и неоднозначностью различных факторов внешней и внутренней среды (в том числе учебной), приводят к тому, что совершенствование методов обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности ОО становится актуальным научным направлением.

Анализ результатов научных исследований, изучение имеющегося опыта здоровьесберегающей деятельности позволили выявить противоречие, заключающееся в необходимости эффективного осуществления ОО деятельности в области охраны и укрепления здоровья обучающихся и неразработанностью системы результативного управления качеством данной деятельности. Данное противоречие может быть снято за счет разработки соответствующих механизмов управления, построенных на основе процессного подхода, в соответствии с положениями теории управления качеством образования и принципами Всеобщего управления качеством – TQM (Total Quality Management).

Система образования все чаще рассматривается как сфера услуг, удовлетворяющая образовательные потребности населения. Объективно она работает на следующих рынках: 1) образовательных услуг, обеспечивая удовлетворение потребностей граждан в образовании и воспитании; 2) труда, обеспечивая удовлетворение потребностей работодателей и специалистов; 3) интеллектуальных товаров, обеспечивая удовлетворение потребителей (заказчиков) в новых знаниях, технологиях, наукоемкой продукции. Соответственно, говоря о качестве, мы имеем в виду, как продукт деятельности, так и услугу.

Качество деятельности ОО в области охраны и укрепления здоровья обучающихся, будучи одним из элементов качества образования, а значит, системой более низкого порядка, вбирает в себя компоненты системы высшего порядка, отражая и преломляя их в соответствии со спецификой своих целей и результатов. В структурном плане его можно охарактеризовать как совокупность элементов, обеспечивающих успешную реализацию данного вида деятельности. Его пространство включает цели и содержание образовательного процесса (здоровьеориентированные программы), субъектов здоровьесбережения (обучающихся и их родителей, педагогических работников, психологов и т.п.) и способы образовательных процессов (здоровьеориентированные методы и технологии). Кроме того, качество здоровьесберегающей деятельности складывается из качества нормативно-целевых документов и образовательных программ. Все названные элементы имеют свой состав свойств и качество (уровень) этих свойств, поэтому правомерно вести речь о сосуществовании различных подсистем качества, имеющих в своей основе разную природу.

Сегодня, в соответствии с мировой тенденцией, гарантией качества образования выступает наличие в ОО соответствующих систем управления качеством, построенных на основе требований международных стандартов серии ИСО 9000 и отражающих основные принципы TQM. Современные представления об управлении базируются на том, что деятельность ОО необходимо точно определять, измерять, анализировать и улучшать. В данной связи все чаще в управлении ОО применяется процессный подход, в основе которого лежит выделение ключевых процессов (основных видов деятельности) ОО и управление ими.

Используя комплексный подход к характеристике и применению процессного подхода в здоровьесберегающей деятельности начнем с того, что стандарт ГОСТ Р ИСО 9000:2015 призывает рассматривать любую деятельность или комплекс деятельности как процесс (соответственно здоровьесбережение следует рассматривать именно в таком качестве) [1]. Исследователи характеризуют процесс как последовательность исполнения функций (работ), направленных на создание результата, имеющего ценность для потребителя. Данная формулировка обращает внимание на то, что важно выстраивать порядок функций, регламент их исполнения (системно или стихийно), а также подчеркивает ориентацию процесса на результат, поскольку не может быть процесса без результата, ценность которого оценивает не исполнитель, а потребитель.

Руководствуясь определением, приведенным в стандарте ГОСТ Р ИСО 9000:2015 [1], будем понимать процесс здоровьесбережения как устойчивую, целенаправленную совокупность взаи-

мосвязанных видов деятельности по охране и укреплению здоровья обучающихся, представляющую ценность для своих внутренних и внешних потребителей. Основными потребителями с внешней стороны выступают государство и общество в целом, с внутренней – обучающиеся, их родители (законные представители), а также педагогические и иные работники ОО, результат деятельности которых во многом зависит от уровня состояния здоровья обучающихся.

Необходимым условием в достижении качества здоровьесбережения является установление потребностей и ожиданий ее потребителей [1]. Выявить ожидания и требования внешних потребителей возможно посредством изучения и анализа нормативно-законодательных документов различного уровня и современных направлений научных исследований в данной области, а требования внутренних потребителей – анкетно-опросными способами. Установленные требования следует рассматривать как основные направления деятельности, в соответствии с которыми, в последующем, будут формироваться основные процессы здоровьесбережения, обязательное описание и детализация которых позволит избежать расплывчатости в формулировках и в измерителях.

В частности ключевыми процессами здоровьесберегающей деятельности, образующими ее сеть (систему) нами выделены: 1) медицинское и санитарно-гигиеническое сопровождение; 2) формирование здоровьесберегающей личностной позиции у субъектов образовательного процесса педагогическими средствами; 3) физкультурно-оздоровительное сопровождение; 4) психолого-педагогическое сопровождение; 5) мониторинг уровня физического развития и состояния здоровья обучающихся [3, с. 82].

Каждый процесс имеет свои цели и обеспечивается соответствующими ресурсами (кадровыми, материально-техническими и методическими). Построение процессов является сугубо специфичным для конкретной ОО (учитываются направленность, стратегические цели и ресурсные возможности учреждения). Общими могут быть алгоритмы, лежащие в основе моделирования процессов, в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9000:2015, и позволяющие определить организационно-педагогические условия их функционирования. К числу таких условий мы относим создание координационного совета, обеспечивающего реализацию данной деятельности, в состав которого входят ведущие специалисты выделенных нами направлений здоровьесберегающей деятельности. Каждое из направлений с позиций процессного подхода следует рассматривать как ключевой процесс здоровьесбережения. Во главе координационного совета находится руководитель здоровьесберегающей деятельности, наделенный соответствующими полномочиями и ответственностью.

Применение системы взаимосвязанных процессов уже может считаться процессным подходом, и стандарт ГОСТ Р ИСО 9000:2008 дает описание шагам, выполнение которых обеспечивает внедрение системы процессного управления в организации [2]. В частности, необходимо (п. 4.1.): 1) определить процессы; 2) определить последовательность и взаимодействие этих процессов; 3) определить критерии и методы, необходимые для обеспечения результативности как при осуществлении, так и при управлении процессами; 4) обеспечивать наличие ресурсов и информации, необходимых для поддержки процессов и их мониторинга; 5) осуществлять мониторинг, измерение и анализ процессов; 6) принимать меры, необходимые для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения процессов. Кроме всего перечисленного, организация должна осуществлять менеджмент процессов путем привязки сети процессов к функциональным подразделениям организации. В нашем случае речь идет о привязке ключевых процессов к направлениям здоровьесберегающей деятельности.

Ряд исследователей, раскрывая механизмы управления качеством деятельности, вводят понятие «владелец процесса» – сотрудник, отвечающий за результат процесса, его эффективность. Это должностное лицо, несущее ответственность за получение результата процесса и обладающее полномочиями для распоряжения ресурсами, необходимыми для выполнения процесса. В нашем случае владельцами ключевых процессов здоровьесберегающей деятельности могут выступать ведущие специалисты, входящие в состав координационного совета.

Таким образом, рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как интегральную характеристику ОО в области охраны и укрепления здоровья, мы относим его к категории качества образования, что отражает адекватность содержания образования потребностям социума и личности. Оно представляет собой сложную многоуровневую, динамическую систему качеств, которые в интегральной форме ориентированы на обеспечение итогового качества – готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности. В контексте процессного подхода достижение желаемого результата возможно в том случае, если разными видами здоровьесберегающей деятельности и соответствующими ресурсами управлять как процессом. Что, в свою очередь, приводит к необходимости определения всех ключевых процессов здоровьесберегающей деятельности, установления их целей, назначения лиц, ответственных за эти процессы и их документальной регламентации.

Библиографический список

1. ГОСТ Р ИСО 9000:2015. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. – М.: Стандартиформ, 2015. – 48 с.
2. ГОСТ Р ИСО 9000:2008. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. – М.: Изд-во стандартов, 2001. – 26 с.
3. Третьякова, Н.В. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технология обеспечения / Н.В. Третьякова, В.А. Федоров. – Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2014. – 198 с.

Тюмасева З.И.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

РАЗНООБРАЗИЕ НАСЕКОМЫХ КАК НЕОБХОДИМЫЙ КОМПОНЕНТ УСТОЙЧИВОСТИ ЭКОСИСТЕМ СУРГУТСКОЙ НИЗИНЫ

Аннотация. В статье представлено разнообразие насекомых, зарегистрированных в биотопах Сургутской низины. Дана характеристика массовости отдельных групп насекомых, обитающих в природных экосистемах Сургутской низины.

Ключевые слова: разнообразие, устойчивость, экосистема, насекомые, Сургутская низина.

Tumaseva Z.I.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

The variety of insects as an essential component of the ecosystem stability in the Surgutskay lowland

Abstract. The article presents the variety of insects, which are registered in the biotopes of the Surgutskay lowland. The article contains the description of the mass character of separate groups of insects living in the natural ecosystems of the Surgutskay lowland.

Keywords: the variety, the stability, the ecosystem, insects, the Surgutskay lowland.

Материалом для написания данной работы послужило восьмилетнее (2003–2010 гг.) исследование энтомофауны в различных биотопах Сургутской низины. Распространение, численность, обилие и специфические пути адаптации насекомых в первую очередь обусловлены природными условиями среды обитания. Поэтому изучение приуроченности насекомых к определенному биотопу, трофические их связи имеют важное научное и практическое значение.

Сургутская низина является частью Среднеобской низменности, расположенная на правобережье Среднего Приобья в бассейнах рек Лямин, Пим, Тромъеган, Аган и сформировалась в пределах глубокой (до 3 км) депрессии центральной части Западно-Сибирской плиты, осложненной крупными структурами осадочного чехла – Сургутским сводом.

Равнинный рельеф территории способствует зональному распределению растительного покрова, которое в значительной степени нарушается сильной заболоченностью огромных площадей водораздельных пространств [4; 5].

Территория находится в пределах распространения многолетней и длительной сезонной мерзлоты. В связи с поступлением недостаточного количества тепла почва летом оттаивает на небольшую глубину, а влага просачивается лишь до слоя многолетней мерзлоты. Поэтому даже при небольшом количестве осадков поверхностные горизонты оказываются переувлажненными. Регион нашего исследования характеризуется ярко выраженной антропогенной нагрузкой: асфальтированные дороги, нефтепроводы, разлив нефти в низинах, нефтедобыча, свалка мусора и др.

Поскольку климат континентальный и сравнительно суровый (средняя температура июля +16,5–17,5 градусов) состав лесообразующих пород не отличается большим разнообразием. Доминируют хвойные породы: ель сибирская, кедр, сосна.

Энтомофауна данного региона изучена недостаточно. Настоящая работа является необходимой для восполнения пробела в отношении выявления видового состава, биотопической приуроченности насекомых изучаемого региона.

Цель данного исследования – выявление видового разнообразия и распределение насекомых Сургутской низины, а также проведение количественных учетов некоторых групп насекомых.

Материал и методы исследования. Изучение разнообразия насекомых проводилось нами с 2003 по 2010 гг. в летне-осенний период в следующих биотопах: поляны и опушки смешанного леса п. Барсово, прирусловая часть протока р. Оби, антропогенный луг в окрестности д. Сайгатина, сосновый лес, участки вдоль дорог и пустырей, стоячие водоемы и прибрежная их часть.

При сборе материала использовались стандартные методы изучения наземных и водных насекомых, изложенные в многочисленных руководствах [1–3]. Собранный материал хранится в личной коллекции профессора З.И. Тюмасевой (г. Челябинск).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных исследований, камеральной обработки и определения нами были зарегистрированы насекомые из 12 отрядов, 74 семейств. Анализ наземной энтомофауны показывает, что в природных экосистемах Сургутской низины на протяжении восьми лет доминируют представители из отрядов Diptera, Homoptera, Coleoptera и Heteroptera.

Причем из отряда Diptera преобладают виды из 36 семейств. Из отряда Homoptera в большом количестве (более 10% от общих сборов) встречаются настоящие тли. Из отряда Coleoptera

обнаружены виды из 17 семейств, из них доминируют жужелицы, листоеды, пластинчатоусые, долгоносики и кокцинеллиды. Представители отрядов Hymenoptera и Heteroptera зарегистрированы в следующих биотопах: поляны и опушки смешанного леса, прирусловой части протока р. Оби и в пойме рек Пим, Тром-Еган и других.

Распределение этих насекомых-опылителей неравномерное, что обусловлено их кормовой базой.

Среди перепончатокрылых встречаются (до 1% от общих сборов) пчелиные, осы, наездники-бракониды и настоящие пилильщики. Отряд жуков на обследованной территории представлен видами доминирующих семейств достаточно равномерно.

Отряд клопов во всех биотопах Сургутской низины имеет близкие характеристики массовости, при этом среди полужесткокрылых преобладают слепняки и щитники. Прочие отряды представлены прежде всего прямокрылыми, сетчатокрылыми, ручейниками и другими.

Таблица 1

Характеристика массовости отдельных групп насекомых, обитающих в природных экосистемах Сургутской низины

№ п/п	Отряды	Усредненные данные							
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Двукрылые – Diptera	38,2	41,7	37,5	42,2	43,8	42,1	40,8	39,2
2	Равнокрылые – Homoptera (П/отряд Aphidinea)	25,7	22,9	30,1	22,9	21,9	24,7	25,1	24,6
3	Жуки – Coleoptera	15,2	16,1	15,2	15,9	17,2	15,7	15,8	16,5
4	Клопы или полужесткокрылые – Heteroptera	9,8	8,1	7,9	6,8	7,2	6,3	7,9	8,1
5	Перепончатокрылые – Hymenoptera	4,4	4,3	3,1	3,9	4,1	5,2	4,3	4,9
6	Стрекозы – Odonata	2,9	3,8	2,7	4,2	3,0	5,1	3,2	2,9
7	Чешуекрылые – Lepidoptera	2,4	1,9	2,3	2,8	1,8	1,8	2,2	2,3
8	Все прочие отряды	1,4	1,2	1,2	1,3	1,0	1,1	0,7	1,5

Выводы

Колебания массовости за отдельные годы для отрядов Diptera и Homoptera с высокой доминантной характеристикой достигает 6,3–7,2%, в то время как колебание показателя массовости для отрядов-субдоминантов находится в пределах 2,0–3,5%. Для рецедентных систематических групп насекомых колебание массовости за отдельные годы не превосходит 1,4%. Порядок доминирования различных отрядов наземной энтомофауны за восемь лет исследований менялся только для представителей разных семейств, относящихся к отрядам-доминантам и субдоминантам.

Большой интерес представляет характеристика массовости насекомых, принадлежащих к систематическим группам порядка более низкого, чем отряд, скажем, относящихся к определенному семейству, роду и виду. Однако такие исследования являются очень масштабными по объему и выполнить их возможно только силами большой группы энтомологов.

Библиографический список

1. Тюмасева, З.И. Актуальные вопросы охраны насекомых на Южном Урале / З.И. Тюмасева. – Челябинск: ЧГПИ, 1988. – 63 с.
2. Тюмасева, З.И. Кокцинеллиды Урала и сопредельных территорий: монография / З.И. Тюмасева. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2013. – 248 с.
3. Фасулати, К.К. Полевое изучение наземных беспозвоночных / К.К. Фасулати. – М.: Высш. шк., 1971. – 424 с.

4. Экология Ханты-Мансийского автономного округа / под ред. В.В. Плотникова. – Тюмень: Софт-Дизайн, 1997. – 288 с.

5. Югория: энциклопедия ХМАО / под ред. Е.С. Зашихина. – Тюмень: Изд-во «Сократ», 2000. – Т. 1. – 399 с.

Тюмасева З.И.* , Гуськова Е.В.**

*Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

**Алтайский государственный университет
г. Барнаул, Россия

ЭКОЛОГО-ФАУНИСТИЧЕСКИЙ ОБЗОР КОКЦИНЕЛЛИД (COLEOPTERA, COCCINELLIDAE) СРЕДНЕЙ ТАЙГИ СРЕДНЕГО ПРИОБЬЯ (РОССИЯ)

Аннотация. Впервые приводится эколого-фаунистический обзор кокцинеллид средней тайги Среднего Приобья. Зарегистрировано 24 вида кокцинеллид, относящихся к 15 родам и 3 подсемействам. Дан фаунистический и зоогеографический анализ фауны, для некоторых видов уточнены биологические особенности.

Ключевые слова: кокцинеллиды, Среднее Приобье, энтомофаги, Coleoptera, Coccinellidae.

Tumaseva Z.I.* , Guskova E.V.**

* South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

**Altai State University, Barnaul, Russia

Ecological and faunistic review of koktsinellid (Coleoptera, Coccinellidae) of the middle taiga of middle ob (Russia)

Abstract. The authors gives ecological and faunistic review of Lady beetles (Coleoptera, Coccinellidae) of the middle taiga of Middle Ob. 24 species of coccinellidae belonging to 15 genera and 3 subfamilies are registered. The authors gives faunistic and zoogeographical analysis of fauna, clarifies the biological features for some species.

Keywords: lady beetles, Middle Ob, entomophages, Coleoptera, Coccinellidae.

Coccinellidae Latreille, 1807 (Coleoptera, Coccinellidae) насчитывают в мировой фауне 6000 видов, относящихся к 360 родам [5]. В Палеарктике зарегистрировано около 2000 видов, в России – 167 видов из 41 рода. Coccinellidae – это хорошо узнаваемые жуки и чаще всего известны как эффективные энтомофаги многих вредителей сельского и лесного хозяйств. Однако изученность локальных фаун на территории Сибири весьма слабая, особенно это касается территорий, вовлеченных в хозяйственную деятельность, к каким и относится Салымское нефтяное месторождение (средняя тайга Среднего Приобья), где добывается более половины всей нефти страны. Среди множества экологических проблем, возникающих в нефтяных регионах, заметное место в настоящее время занимает проблема углеводородного загрязнения среды. Полностью ликвидировать разлившуюся нефть в настоящее время уже невозможно, поэтому познание природы загрязняющих веществ, изучение реакций экосистемы на эти загрязнители, выявление разнообразия энтомофауны являются весьма актуальными.

Цель данного исследования – выявление видового состава кокцинеллид территории средней тайги Среднего Приобья (на примере Салымского нефтяного месторождения).

Материалы и методы исследования. Изучение биоразнообразия средней тайги Среднего Приобья, насекомых-опылителей, энтомофагов проводилось нами с 2006 по 2008 гг. в летне-осенний период в следующих биотопах: смешанный мелкотравный лес, пойма рек Лев и Большого Салыма, участки вдоль шоссеиных дорог, березняк вейниковый, просека ЛЭП смешанного леса, просека ЛЭП пихтово-хвойного леса, вырубка смешанного леса (территории Салымского нефтяного месторождения). При сборе материала использовались стандартные методы, изложенные в многочисленных руководствах [1–3]. Весь собранный материал хранится в личной коллекции З.И. Тюмасевой (г. Челябинск).

Результаты исследований и их обсуждение. Систематический список составлен в соответствии с системой, принятой в Catalogue of Palaearctic Coleoptera [4].

Coccinellinae Latreille, 1807

***Coccinella* Linnaeus, 1758**

***C. septempunctata* Linnaeus, 1758**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***C. quinquepunctata* Linnaeus, 1758**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***C. hieroglyphica* Linnaeus, 1758**

Распространение: Европа, Казахстан, Западная и Восточная Сибирь.

***C. trifasciata* Linnaeus, 1758**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***C. nivicola* Mulsant, 1850**

Распространение: Западная и Восточная Сибирь, Дальний Восток, Монголия, Китай.

***Coccinula* Dobzhansky, 1925**

***C. quatuordecimpustulata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Oenopia* Mulsant, 1850**

***O. conglobata* Linnaeus, 1758**

Распространение: Трансголарктический вид.

***Adalia* Mulsant, 1850**

***A. bipunctata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Трансголарктический вид.

***A. conglomerata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Propylea* Mulsant, 1846**

***P. quatuordecimpunctata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Myzia* Mulsant, 1846**

***M. oblongoguttata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Calvia* Mulsant, 1846**

***C. quatuordecimguttata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Adonia* Mulsant, 1846**

***A. variegata* (Goeze, 1777)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Hippodamia* Dejean, 1835**

***H. tredecimpunctata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Трансголарктический вид.

***Anisosticta* Dejean, 1835**

***A. bitriangularis* Say, 1824**

Распространение: Сибирь, Дальний Восток, Северная Америка.

***A. sibirica* Bielawski, 1958**

Распространение: Западная и Восточная Сибирь, Дальний Восток.

***A. novemdecimpunctata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***A. terminassiani* Bielawski, 1959:**

Распространение: Сибирь, Дальний Восток, Монголия, Китай.

***Psyllobora* Dejean, 1835**

= *Thea* Mulsant, 1846

***P. vigintiduopunctata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Anatis* Mulsant, 1846**

***A. ocellata* (Linnaeus, 1758)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

Lithophilinae Imhoff, 1856

***Coccidula* Kugelann, 1798**

***C. scutellata* (Herbst, 1783)**

Распространение: Европа, Казахстан, Западная Сибирь.

***C. rufa* (Herbst, 1783)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

Scymninae Mulsant, 1846

***Stethorus* Weise, 1885**

***S. pusillus* (Herbst, 1797)**

= *punctillum* J. Weise, 1891

Распространение: Транспалеарктический вид.

***Scymnus* Kugelann, 1794**

***S. frontalis* (Fabricius, 1787)**

Распространение: Транспалеарктический вид.

Таким образом, для фауны средней тайги Среднего Приобья на сегодняшний день достоверно зарегистрировано 24 вида, относящихся к 15 родам и 3 подсемействам. Транспалеарктический тип ареала имеют 15 видов божьих коровок, центрально-восточно-палеарктический тип ареала у 4 видов, это *Anisosticta bitriangularis*, *A. sibirica*, *A. terminassiani* и *Coccinella nivicola*. Три вида (*Hippodamia tredecimpunctata*, *Oenopia conglobata*, *Adalia bipunctata*) с Трансголарктическим типом и всего 2 вида имеют западно-центрально-палеарктический ареал (*Coccinella hieroglyphica* и *Coccidula scutellata*).

В таблице 1 приведены сводные данные по некоторым экологическим особенностям каждого вида, отмечены такие характеристики, как встречаемость, экологические группы по отношению к трофическим предпочтениям коровок и экологические группы в зависимости от местообитания.

Видовое разнообразие кокцинелид и их экологическая характеристика

№ п/п	Название вида	Встречаемость	Экологические группировки	Экологические группировки в зависимости от местообитания
1	<i>Coccinella septempunctata</i>	массовый	афидофаг	дендро-тамно-хортобионт
2	<i>C. quinquepunctata</i>	обычный	афидофаг	дендро-тамно-хортобионт
3	<i>C. hieroglyphica</i>	массовый	афидофаг	хортобионт
4	<i>C. trifasciata</i>	массовый	афидофаг	хортобионт
5	<i>C. nivicola</i>	обычный	афидо-кокцидофаг	дендро-хортобионт
6	<i>Coccinula quatuordecimpustulata</i>	обычный	афидофаг	хортобионт
7	<i>Oenopia conglobata</i>	редкий	афидо-кокцидофаг	тамно-дендробионт
8	<i>Adalia bipunctata</i>	редкий	афидофаг	дендро-тамно-хортобионт
9	<i>A. conglomerata</i>	редкий	афидо-кокцидофаг	дендробионт
10	<i>Propylea quatuordecimpunctata</i>	обычный	афидофаг	дендро-хортобионт
11	<i>Myzia oblongoguttata</i>	обычный	афидо-кокцидофаг	дендробионт
12	<i>Calvia quatuordecimguttata</i>	обычный	афидофаг	дендро-хортобионт
13	<i>Adonia variegata</i>	обычный	афидофаг	хортобионт
14	<i>Hippodamia tredecimpunctata</i>	массовый	афидофаг	хортобионт
15	<i>Anisosticta bitriangularis</i>	обычный	афидофаг	хортобионт
16	<i>A. sibirica</i>	обычный	афидофаг	хортобионт
17	<i>A. novemdecimpunctata</i>	массовый	афидофаг	хортобионт
18	<i>A. terminassiani</i>	редкий	афидофаг	хортобионт
19	<i>Coccidula scutellata</i>	обычный	афидофаг	хортобионт
20	<i>C. rufa</i>	обычный	афидофаг	хортобионт
21	<i>Psyllobora vigintiduopunctata</i>	обычный	мицетофаг	хортобионт
22	<i>Anatis ocellata</i>	обычный	афидо-кокцидофаг	дендро-тамнобионт
23	<i>Stethorus pusillus</i>	редкий	акарифаг	дендро-хортобионт
24	<i>Scymnus frontalis</i>	обычный	афидофаг	хортобионт

Таким образом, в результате проведенного анализа установлено, что пять видов коровок являются массовыми, четырнадцать – обычными, пять – редкими видами.

В зависимости от трофических связей кокцинелид можно выделить их в три экологические группировки: афидофаги составляют 75%, афидо-кокцидофаги – 20,8%, мицетофаги – 4,2%.

Выявленные экологические группировки кокцинелид в зависимости от местообитания представлены следующим образом: хортобионты составляют 54,2%; дендро-хортобионты – 16,7%; дендро-тамно-хортобионты – 12,5%; дендробионты – 8,3%; тамно-дендробионты – 8,3%.

Выводы. Впервые для фауны средней тайги Среднего Приобья на сегодняшний день достоверно зарегистрировано 24 вида кокцинелид (Coleoptera, Coccinellidae), относящихся к 15 родам и 3 подсемействам. Самым многочисленным по видовому составу подсемейству является Coccinellinae, которое включает в себя 20 видов. Массовыми видами являются *Coccinella septempunctata*, *C. hieroglyphica*, *C. trifasciata*, *Hippodamia tredecimpunctata* и *Anisosticta novemdecimpunctata*.

Библиографический список

1. Песенко, Ю.А. Принципы и методы количественного анализа в фаунистических исследованиях / Ю.А. Песенко. – М.: Наука, 1982. – 288 с.

2. Тюмасева, З.И. Кокцинеллиды Урала и сопредельных территорий: монография / З.И. Тюмасева. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2013. – 248 с.
3. Фасулати, К.К. Полевое изучение наземных беспозвоночных / К.К. Фасулати. – М.: Высш. шк., 1971. – 424 с.
4. Löbl, I. & A. Smetana (eds) Catalogue of Palaearctic Coleoptera. Catalogue of Palaearctic Coleoptera / I. & A. Löbl // Elateroidea, Derodontoidea, Bostrichoidea, Lymexyloidea, Cleroidea and Cucujoidea. – 2007. – Vol. 4. – 935 p.
5. Slipinski, S.A. Order Coleoptera Linnaeus, 1758, P. 203–208 / S.A. Slipinski, R.A.B. Leschen & J.F. Lawrence // In: Zhang, Z.-Q. (ed.) Animal biodiversity: An outline of higher-level classification and survey of taxonomic richness. – Zootaxa, 3148, 2011. – 237 p.

Тюмасева З.И., Левченко А.Б.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ К СДАЧЕ НОРМ ГТО

Аннотация. В статье рассматривается проблема физической подготовки младших школьников, сохранение и укрепление здоровья средствами физической культуры. Дано научное представление об оздоровительных возможностях физической культуры.

Ключевые слова: физическая подготовка, здоровье, физическая культура, сдача норм ГТО, младшие школьники.

Tumaseva Z.I., Levchenko A.B.

South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

Physical training the primary school age pupils by the means of classes in physical education to reach the RLD qualifying standard

Abstract. The article considers the question of physical development of primary school age pupils, health protection and promotion by the means of classes in physical education. A scientific review of the capabilities of physical trainings for health improving set before

Keywords: physical development, physical education, reaching the RLD qualifying standard, primary school age pupils

На образование как государственную структуру ложится важнейшая задача сохранения и укрепления физического, психического и нравственного здоровья школьников. Здоровый стиль в жизни в XXI веке будет доминировать в числе главных факторов обеспечения в социально значимых видах деятельности, в жизни каждого человека.

Физическая культура, наряду с медициной, экологией, представляет собой сложное явление, которое способствует сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения.

Современное представление о физической культуре опосредовано, с одной стороны, проводятся физиологические, биологические исследования, изучаются психофизиологические особенности человека, его возможности, а с другой – психолого-педагогические, направленные на понимание такого феномена, как здоровье, оздоровление.

Физическая подготовка школьника становится приоритетной задачей социального развития, имеющей научное представление об оздоровительных возможностях физической культуры, а также необходимость в разработке новых методов, средств к преподаванию дисциплин, которые будут способствовать физическому здоровью школьника и успешной сдаче норм ГТО.

С этой целью необходимо изучить особенности онтогенетического развития младшего школьника. Ребенок 7 лет характеризуется высокой возбудимостью нервной системы, повышенной реактивностью (частота сердечных сокращений 88 уд/мин). Артериальное давление семилетнего ребенка составляет 85/60, а десятилетнего – 90/55. Масса и размеры сердца меньше, чем у взрослых, ещё не закончилось окостенение скелета, слабо развиты мышцы, особенно мышцы туловища, недостаточно крепкие связки и сухожилия, что способствует деформации позвоночника при нагрузке. Перегруз может привести к задержке роста ребенка. Поэтому система укрепления и сохранения здоровья такого ребенка необходима. В неё прежде всего входит закаливание организма. Занятия физкультурой, по возможности, следует проводить на воздухе, а если они проходят в помещении, то следует придерживаться гигиенических требований (регулярная влажная уборка и проветривание). Важным показателем нормального физического развития ребенка является правильная осанка, которая предопределяет нормальное положение и функционирование внутренних органов [1].

Анализ литературных источников показал, что результативность выполнения нормативов комплекса ГТО имеет отрицательную динамику. У мальчиков к 13-летнему возрасту происходит ухудшение двигательной активности. Из 42 обследованных младших школьников только 42,3% мальчиков и 43,3% девочек в состоянии выполнить требования I ступени комплекса ГТО.

У учащихся 1–2-х классов (I ступень) проявляются особые трудности. Мальчики и девочки – испытывают затруднения в беге на 30 м, в челночном беге 3х10 м, метании мяча в цель, подтягивании на перекладине и лыжных гонках на 1 км с учетом времени. В этих видах более 50% первоклассников, как правило, не выполняют нормативные требования. Однако дети первого класса справляются с прыжками в длину с места, с наклоном вперед с прямыми ногами и лыжными гонками без учета времени. Остается проблема с выполнением норматива в плавании. Проплыть 10–15 м без учета времени смогли только 41,1% и 55% младших школьников. Следовательно, при поступлении в школу 58,9% мальчиков и 54,5% девочек не умеют плавать [4].

Результативность выполнения нормативов II ступени комплекса ГТО и отдельных видов испытаний школьниками 3–4 классов общеобразовательных организаций России невысокая. Это свидетельствует об ухудшении физического состояния детей 9–10 лет как по России, так и в отдельных регионах страны. Больше всего мальчики и девочки слабо справляются с бегом на короткую дистанцию, с прыжками в длину с разбега, метанием мяча, подтягиванием на перекладине. Количество детей, которые не умеют плавать, в этой возрастной группе, составляет 53% [2].

Таким образом, проблема формирования физической подготовки младших школьников остается первостепенной и актуальной. Она носит комплексный характер, обусловленный рядом многих факторов, возникших на протяжении многих лет, но особенно усугубившихся в последние годы. Несмотря на аналогичное название и приблизительно те же ступени и нормы спортивного комплекса (ГТО), освоение его происходит в новых изменившихся условиях. Это, прежде всего, ухудшение экологической составляющей нашей жизни, соматического здоровья, финансового благополучия населения и повышенной стрессонапряженности.

За последние 15 лет учеными (Л.Н. Волошина, Ю.И. Громыко, В.Г. Гришин, А.В. Листенева, В.И. Прокопенко и др.) в области физкультурно-оздоровительной деятельности разработано и внедрено в практику немало здоровьесформирующих технологий. В них сочетаются традиционные

и нетрадиционные формы и методы укрепления здоровья средствами физической культуры. Наблюдаются положительные результаты в практике, где используется китайская гимнастика ушу для улучшения показателей соматического здоровья детей 7–14 лет. Комплекс ГТО в качестве основной задачи ставит улучшение физической подготовленности людей разного возраста. Поэтому внедрение здоровьесформирующих технологий в процесс физического воспитания может повысить двигательную активность и укрепить здоровье. Таким образом, может способствовать подготовке школьников к сдаче норм ГТО.

В настоящее время для обучения плаванию младших школьников (для сдачи норм комплекса ГТО) используется методика Н.Ж. Булгаковой. В основном данная методика позволяет достичь необходимого результата с соблюдением всех требований безопасности. Однако её можно дополнить, включив на первом этапе обучения плаванию упражнение «поплавок», которое позволит школьнику преодолевать психологический барьер и убедить его в том, что тело человека вполне способно держаться на поверхности воды.

Подготовка детей к выполнению силовых упражнений за ограниченный временной интервал осложняется недостатком развития у них осознанного мышления, которое играет важную роль в развитии быстроты движений при соблюдении правильной техники. Немаловажную роль в этом играет и своевременное выявление у детей всех отклонений состояния здоровья самого разного характера.

Для развития и укрепления силового потенциала младших школьников целесообразно ввести в программу регулярные занятия по физической культуре с использованием элементов силового комплекса, по специальным методикам, учитывая особенности телосложения детей и требования техники безопасности. Ученые считают, что применение дозированных циклических упражнений в аэробном режиме значительно улучшает работу органов кровообращения и дыхания, повышает физическую работоспособность и способствует постепенному развитию общей выносливости у младших школьников [6].

Однако основным фактором всегда была и будет личная мотивация, которая является существенным модификатором результативности любых занятий и зависит в разной степени как от внешних факторов, так и от персональных качеств. В этой связи доказана эффективность сопряженного воздействия оздоровительных видов гимнастики на физическую подготовленность младших школьников. В процессе сопряженного психофизического воздействия двигательная активность включает в себя не только освоение двигательных умений и навыков, но и познавательный и личностный аспекты. При соответствующем подборе физкультурно-оздоровительных упражнений можно сформировать здоровые привычки, позволяющие осуществлять самоконтроль при стрессовых ситуациях, снижать уровень тревожности и контролировать своё поведение [5].

Библиографический список

1. Кабачков, В.А. Комплекс ГТО в XXI веке. Оценка физической подготовленности учащихся по результатам выполнения нормативов комплекса «Готов к труду и защите Отечества» в 2008–2010 гг. / В.А. Кабачков, В.К. Петров, Е.И. Перова, Т.В. Евстратова // Вестник спортивной науки, 2010. – № 2. – 47 с.
2. Клысова, Д.Г. Теория и методика обучения и воспитания физической культуре младших школьников / Д.Г. Клысова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения, 2013. – № 31. – С. 156–159.
3. Макарова, Т.А. Сопряженное воздействие оздоровительных видов гимнастики на физическую подготовку младших школьников / Т.А. Макарова // Известия РГПУ им. А.И. Герцена, 2011. – № 141.

4. Прокопенко, В.И. Физкультурно-оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях и школах. Из опыта работы: учеб.-метод. пособие / В.И. Прокопенко, Л.Н. Волошина, Ю.И. Громыко. – Екатеринбург: УрГПУ, 2002. – 334 с.

5. Пушкарева, И.Н. Методика обучения плаванию детей младшего школьного возраста для сдачи норм комплекса ВФСК ГТО / И.Н. Пушкарева, Л.Ф. Старцева, К.А. Тычкина // Педагогическое образование в России, 2015. – № 12. – С. 271–275.

6. Семёнова, Г.И. Взаимосвязь комплекса ГТО и здоровьесформирующих технологий / Г.И. Семёнова // Педагогическое образование в России, 2014. – № 9. – С. 90–92.

Федоткина Ю.О., Малозёмова И.И.

Уральский государственный педагогический университет
г. Екатеринбург, Россия

ГОТОВНОСТЬ ПЕДАГОГОВ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Аннотация. Статья посвящена проблеме готовности педагогов дошкольных образовательных организаций к реализации инклюзивного образования детей. Рассматриваются вопросы профессиональной и психологической готовности педагога. В статье представлены данные, иллюстрирующие готовность педагогов на данный момент времени. Описываются основные профессиональные трудности педагога, связанные с эмоциональным принятием и знаниями особенностей развития детей с особыми образовательными потребностями. А также предлагается ряд мероприятий по подготовке педагогов к работе с детьми с ОВЗ.

Ключевые слова: инклюзивное образование, дети с ограниченными возможностями здоровья, дошкольное образование, педагоги дошкольных учреждений, профессиональная подготовка, психологический барьер.

Fedotkina Yu.O. , Malozëmova I.I.

Ural state Pedagogical University, Ekaterinburg, Russia

Readiness educators' preschools for inclusive education

Abstract. The article is devoted to the problem of readiness of preschool teachers for the implementation of inclusive education. The purpose of the article is to give the reader some information on about professional and psychological preparedness of the preschool teacher. The article presents data on the current state of readiness of the preschool teacher. Also it describes the main professional difficulties to work with children with disabilities, in particular, psychological barrier, emotional acceptance and knowledge and skills about the peculiarities of development of children with special educational needs. The article is offered some proposals for the training of preschool teachers to work with children with disabilities.

Keywords: inclusive, children with disabilities, preschool teacher, educators of preschools, professional training, psychological barrier.

Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья – это одна из основных тенденций развития современной образовательной практики. Уполномоченный при Президенте РФ по правам ребенка Павел Астахов подчеркнул, что число детей с ограниченными

возможностями здоровья каждый год растет (в 2015 г. – 542 тыс. человек, в 2013 г. – 521 тыс. человек, в 2011 г. – 505 тыс. человек) [2].

Поэтому в наше время инклюзия, становясь реальностью, неуклонно «входит» во все уровни образования, включая и дошкольное. За последние годы интерес к социально-психологической взаимоадаптации детей с ограниченными возможностями здоровья и детей без ограничений здоровья в условиях дошкольного учреждения общеразвивающей направленности возрос во много раз, в том числе и со стороны государства, и со стороны родителей. С 1 сентября 2013 г. в образовательных организациях реализуется право на совместное обучение и воспитание детей с ОВЗ и их нормально развивающихся сверстников согласно закону «Об образовании в Российской Федерации» [1]. Также согласно новым требованиям ФГОС ДО, «инклюзивное образование должно быть направлено на обеспечение коррекции нарушений различных категорий детей с ОВЗ, оказание им квалифицированной помощи в освоении программы, их всестороннее развитие с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и особых образовательных потребностей, социальной адаптации» [3].

Основная проблема на данный этап времени – это профессиональная неготовность педагогов дошкольных организаций к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

В ходе написания статьи был проведен опрос среди следующих дошкольных учреждений: МКДОУ «ЦРР – Д/С № 40», МКДОУ «ЦРР – Д/С № 41», МКБДОУ «Д/С №1» (Челябинская область, г. Сатка), а также МОУ «Центр диагностики и консультирования» для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. В опросах принимали участие воспитатели, психологи, логопеды, дефектологи трёх представленных ранее детских садов и специалисты центра диагностики и консультирования. Итого в опросе приняли участие 62 человека.

Данный опрос показал, что готовность к инклюзии со стороны педагогов достаточно низкая. На вопрос «Должны ли все дети воспитываться вместе?» положительно ответили 31,8%, сомневалось – 56,3%, не согласилось – 11,9%.

Также выяснилось, что педагогам не хватает теоретической базы знаний об особенностях развития детей с ОВЗ. Низкая степень представления выявилась в следующих видах нарушений: РАС, множественные нарушения, ОДА, нарушения слуха. Более высокое представление у педагогов выявилось в следующих видах нарушений: нарушение речи, ЗПР, умственная отсталость. На вопрос о необходимости получения дополнительных знаний по инклюзивному образованию больше половины опрошенных (68%) дало положительный ответ.

Но актуальная проблема состоит не столько в теоретических знаниях педагога, сколько в его психологической и эмоциональной неготовности к работе с детьми с ОВЗ. По данным опроса, более половины человек испытывают жалость, неловкость и страх в ходе взаимодействия с данными детьми.

Для решения данной проблемы необходимо, чтобы подготовка к работе с детьми с ОВЗ велась последовательно и не спеша. И.М. Яковлева утверждает, что «нецелесообразно начинать знакомство с деятельностью педагога с посещения учреждений для детей с тяжелой патологией. Первое тяжелое впечатление, отрицательные эмоции могут надолго остаться в эмоциональной памяти и даже спровоцировать желание сменить направление профессионального обучения» [4]. С этим утверждением нельзя не согласиться.

Что можно предпринять, чтобы сформировать готовность педагога к работе с детьми с ОВЗ:

1) формирование подхода к ребенку с оптимистической гипотезой (безграничная вера в ребенка): каждый ребенок может научиться всему. Конечно, для этого необходимо разное коли-

чество времени и усилий и со стороны ребенка, и со стороны воспитателя, но педагог не может сомневаться в возможности достижения результата каждым отдельным ребенком;

2) создание «школы» подготовки педагогов к работе с детьми с ОВЗ. В «школе» будут проходить лекции дефектологов, логопедов, специалистов в данной области. В конце курса обучения будет проходить экзамен, где будет выдаваться сертификат;

3) формирование мотивационной готовности педагога. Она является своего рода «стержневым, направляющим образованием», так как «вне мотива и смысла не возможна ни одна деятельность, не реализуемы никакие, даже самые усвоенные знания и предельно сформированные умения». Поощрения со стороны руководства за патронаж и воспитание каждого отдельного ребенка с ОВЗ. При достижении положительных результатов предлагается поощрение. Это может быть материальное поощрение: прибавка к премии, абонемент в фитнес-клуб, салон красоты и так далее. Необходимо помнить, что наличие мотивационной готовности «еще не говорит о наличии психологической готовности к деятельности, но существование последней невозможно без первой»;

4) формирование психологической готовности педагога путём волонтерского сопровождения детей с ОВЗ, а также волонтерское посещение онкологических отделений, интернатов. Всё это необходимо, чтобы сформировать профессиональные компетенции педагога: адекватная эмпатия, толерантность, стрессоустойчивость, спокойствие, позитивный настрой. Также это поможет преодолеть следующие барьеры, с которыми сталкиваются педагоги в работе с детьми с ОВЗ: барьер стыда, барьер страха, барьер вины, барьер сострадания, барьер превосходства.

Сказанное выше позволяет сделать вывод о том, данная проблема требует решения со стороны как администрации дошкольных учреждений, так и учреждений высшего, среднего и дополнительного образования, которые готовят современных педагогов.

Библиографический список

1. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. № 1155 г. Москва «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».

2. Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rfdeti.ru>.

3. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

4. Яковлева, И.М. Профессионально-личностная готовность педагога к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья / И.М. Яковлева // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии. – 2011. – № 9. – С. 140–143.

Хуснутдинова З.А., Кабиров Т.Р., Голубков С.А.

Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы
г. Уфа, Россия

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКАМИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Аннотация. В статье показана недостаточность научных исследований, направленных на изучение роли физической культуры и спорта в профилактике употребления психоактивных веществ детьми и молодежью. Изучены две группы школьников 9–10 классов г. Уфы, отличающихся степенью вовлеченности в занятия физической культурой и спортом. В группе детей, регулярно

пропускающих уроки физической культуры или освобожденные от них, чаще в семье встречались лица, злоупотребляющие алкоголем. Среди них были и курящие, и в 1,6 раза было больше лиц, употребляющих алкоголь. На основе психологического тестирования были выявлены лица с выраженными признаками склонности к зависимому поведению. Изучено мнение школьников об условиях обеспечения привлекательности уроков физической культуры.

Ключевые слова: школьники, физическая культура, психоактивные вещества, аддиктивное поведение.

Khusnutdinova Z.A., Kabirov T.R., Golubkov S.A.

Bashkir State Pedagogical University im. M. Akmulla, Ufa, Bashkiria

The Role of Physical Exercise in the Prevention of Drug Abuse by Schoolchildren

Abstract. The article shows the lack of research on the role of physical culture and sports in the prevention of psychoactive substances abuse by children and young people. Study was conducted within two groups of 9-10 year pupils of Ufa, differing in degrees of involvement in physical culture and sports. Families of children who were regularly skipping classes of physical education or were exempt from them had more members abusing alcohol and tobacco. Psychological testing have revealed students with signs of inclination to addictive behavior. Opinion of students about the conditions ensuring the attractiveness of physical training lessons werestudied.

Keywords: students, physical education, psychoactive substances, addictive behavior.

Одной из главных задач первичной антинаркотической профилактики в соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года, направленной на снижение спроса на наркотики, является приобщение подростков и молодежи к занятиям физической культурой и спортом, всестороннее вовлечение их в сферу физкультурно-спортивной профилактической деятельности. Данный вид деятельности в системе первичной профилактики, как альтернативы различным моделям аддиктивного поведения детей, подростков, молодёжи является наиболее доступной, эффективной и в то же время явно недооцененной сферой, способной сформировать у детей, подростков и молодежи надежные и устойчивые ценностные позиции [6].

Воспитательные возможности физической культуры и спорта позволяют реализовать потребность детей и молодежи в здоровом и активном образе жизни. Важность занятия активной деятельностью заключается и в том, что они являются средствами снятия психологического напряжения и стрессов. Необходимо также отметить влияние физической культуры и спорта на развитие в подрастающем поколении коммуникабельности, самодисциплины, адаптации к условиям современной жизни и в целом на процесс социализации личности.

Из данных научной литературы следует, что большинство опрошенных старшеклассников и студентов-первокурсников вузов (68,6%) считают физическую культуру и спорт самым эффективным средством профилактики употребления наркотиков и проведения досуга. 44,4% респондентов нравятся регулярные занятия физической культурой, и столько же опрошенных с удовольствием посещали бы спортивные секции, но они не всегда доступны [1].

Однако на сегодня образовательные учреждения, педагогический коллектив и, прежде всего учителя ОБЖ и физической культуры, которые должны нести школьникам знания о здоровом образе жизни и безопасности жизнедеятельности, не проявляют должной активности в данном направлении. Об этом свидетельствуют и полученные нами результаты исследования.

Следует отметить также, что образовательный и воспитательный потенциал физической культуры и спорта, изначально заложенный в них огромный профилактический антинаркотический потенциал, не может быть эффективно реализован без создания социальных условий и ис-

пользования специально разработанных новейших педагогических, в т.ч. физкультурно-профилактических технологий, определения содержания, форм физкультурно-спортивной работы, направленных на социализацию детей и подростков, профилактику их возможного асоциального поведения [2]. В практике физического воспитания подростков сегодня недостаточно представлены и реализуются программы, связанные с использованием привлекательных и популярных в молодежной среде видов двигательной активности [4].

К сожалению, сегодня крайне редко встречаются и научные исследования, посвященные проблемам профилактики формирования различных видов девиантного, в т.ч. аддиктивного, поведения средствами физической культуры и спорта. При этом анализ доступных нам научных работ по данной проблеме свидетельствует о высокой эффективности использования средств физической культуры и спорта как альтернативы различных видов деструктивного поведения подрастающего поколения [3–5].

Учитывая вышеизложенное, с целью изучения отношения школьников к физической культуре и спорту, нами было организовано и проведено специальное исследование на базе МБОУ СОШ № 9 Кировского района г. Уфы. Исследованием были охвачены 76 учащихся 9–10 классов, в т.ч. 42 девушки и 34 юноши.

Программа сбора информации – анкета включала ряд вопросов, характеризующие отношение респондентов к занятиям физической культурой и спортом и позволяющие охарактеризовать отношение подростков к употреблению различных видов ПАВ. Для выявления склонности школьников к аддиктивному поведению нами был использован психологический тест, разработанный В.В. Юсуповым и В.А. Корзуниным [6], «Оценка склонности подростков к аддиктивному поведению». Тест состоит из 30 утверждений, на которые испытуемый может дать варианты ответов «да» или «нет».

По результатам анонимного анкетирования учащиеся были распределены на две группы. В первую группу вошли 48 респондентов, регулярно посещающие уроки физической культуры, ведущие здоровый образ жизни. 45,0% респондентов из их числа посещали спортивные секции, активно участвовали в спортивной деятельности школы, района, города. Вторую группу составили школьники (28 подростков), регулярно пропускающие уроки физической культуры или освобожденные от них. Кроме того, в ходе предварительной беседы с нашими респондентами, учащиеся данной группы высказались, что спорт – это не та деятельность, которая для них в настоящее время является привлекательной и значимой.

Оценка достоверности различий между сравниваемыми группами в результатах исследований проводилась с помощью критерия Стьюдента (t).

Нами выявлены некоторые различия в социально-психологическом статусе школьников. Так, среди детей 2-й группы каждый пятый-шестой проживал в неполной семье, а среди детей 1-й группы – лишь каждый десятый. На вопрос «Есть ли в Вашей семье лица, злоупотребляющие алкоголем?» удельный вес детей, ответивших утвердительно, в 1-й группе оказалось более чем в два раза ниже, чем во 2-й (15,0% против 39,0%; $P < 0,05$). Если в 1-й группе все дети отрицали факт курения, то во 2-й группе таковых оказалось 7,1% и курить они начали с 11–14 лет. Анализ ответов учащихся показал, что большинство из них алкоголь содержащие напитки не употребляет, однако в 1-й группе детей таковых было несколько больше, соответственно 68% против 81% ($P < 0,05$). Кроме того, в первой группе в 1,6 раза было меньше детей, употребляющих алкоголь. Во второй группе детей один из учащихся признался в том, что он пробовал наркотические вещества «в компании с дядей». По мнению каждого десятого опрошенного 1-ой группы и пятого 2-й группы, наркотические вещества свободно распространяются в их окружении.

Основным источником информации группы о вреде наркотиков для детей 1-й и 2-й групп стали СМИ и телевидение (31%) и учителя (27%). Для 13–15% респондентов подобным источником стали или родители, или интернет, а для каждого десятого – газеты.

Интересно отметить, что практически все респонденты обеих групп (соответственно по группам 100% и 97%) выразили резко отрицательное отношение к наркотическим веществам. То, что употребление наркотических веществ и занятия спортом несовместимы, считают также большинство (73%) респондентов 1-й группы. А во 2-й группе 27% из числа всех опрошенных утверждали, что наркотики «не помеха» занятиям спортом.

Более 80% всех опрошенных указали на то, что в их окружении есть лица и даже друзья, регулярно употребляющие наркотики.

Психологическое тестирование детей на аддиктивную склонность показало, что если среди детей 1-й группы (учащиеся, регулярно посещающие уроки физической культуры, ведущие здоровый образ жизни) риск зависимого поведения от ПАВ не установлен, то во 2-й группе у двух школьников (5%) выявлены выраженные признаки склонности к зависимому поведению.

Установлено, что 28,8% из числа всех опрошенных учащихся посещают только обязательные занятия по физической культуре, а 6,8% респондентов посещают уроки физической культуры нерегулярно. 11,9% от контингента опрошенных, кроме уроков физкультуры, посещают спортивные секции в школе, а 20,3% – ДЮСШ. Каждый 3–4-й из респондентов (27,1%) предпочитают дополнительно заниматься упражнениями самостоятельно. Освобожденных от уроков физической культуры среди респондентов 2-й группы оказалось 5,1%. В целом по школе таких детей было 34 человека или 4,1%. Следует отметить, что для них в школе не организованы специальные занятия в зависимости от их состояния здоровья.

По мнению школьников, повышение привлекательности и авторитета учебной дисциплины «Физическая культура» могут способствовать следующие условия: возможность заниматься любимым видом спорта (35% школьников из 1-й группы и 25% – из 2-й группы), возможность заниматься под музыкальное сопровождение (31%). В числе наиболее значимых условий, определяющих интерес подростков к урокам физической культуры, были названы также использование разнообразных средств и методов тренировки (17%), возможность снижения усталости и повышения работоспособности (25%), а также всестороннего физического развития (18%).

На основании проведенного исследования нами разработан ряд конкретных рекомендаций, реализация которых могла бы способствовать активизации физкультурно-оздоровительной деятельности, как учителя данного профиля, так и школы в целом:

1. С целью пропаганды идей здорового образа жизни из числа школьников, наиболее активно занимающихся физической культурой и спортом, организовать волонтерское движение для работы по принципу «равный – равному».

2. Учитывая, что школьники, освобожденные от уроков физической культуры по состоянию здоровья, никаким образом не вовлечены в оздоровительную двигательную активность, необходимо для них организовать специальные занятия по адаптивной физкультуре. Для этого в штатном расписании школы следует предусмотреть ставку соответствующего специалиста.

3. Для совершенствования организации и проведения уроков физической культуры и физкультурно-оздоровительной профилактической деятельности в целом по школе администрации учебного заведения необходимо периодически, путем анонимного анкетирования, проводить изучение мнения школьников разных ступеней обучения.

4. Учителю физической культуры регулярно на своих уроках акцентировать внимание обучающихся на значимости физкультуры и спорта в формировании здоровья и здорового образа жизни.

Библиографический список

1. Буров, А.Э. Молодежь, физическая культура и наркотики / А.Э. Буров // Теория и практика физической культуры и спорта в условиях модернизации образования: матер. Всерос. науч.-практ. конф. – Ижевск: Изд-кий дом «Удмуртский университет», 2009.
2. Евсеев, С.П. Опыт внедрения системы профилактики наркозависимости подростков и молодежи / С.П. Евсеев, А.Г. Гревцов // Адаптивная физическая культура. – 2008. – № 1. – С. 33–36.
3. Еремин, М.В. Профилактика наркомании средствами физической культуры и спорта детей и подростков: дис. ... канд. пед. наук / М.В. Еремин. – Самара, 2003. – 141 с.
4. Мугалимова, Н.Н. Первичная профилактика наркомании среди подростков различными видами двигательной активности: дис. ... канд. пед. наук / Н.Н. Мугалимова. – Набережные Челны, 2010. – 165 с.
5. Перфильева, И.В. Образовательная модель профилактики наркомании подростков и молодежи средствами физической культуры и спорта: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.В. Перфильева. – М., 2006. – 24 с.
6. Хуснутдинова, З.А. Проблемы формирования аддиктивного поведения в подростковой среде / З.А. Хуснутдинова, Г.Г. Саитгалиева // Социологическое исследование. – 2013. – № 6. – С. 86–90.
7. Юсупов, В.В. Психологическая диагностика зависимого поведения / В.В. Юсупов, В.А. Корзунин. – СПб.: Речь, 2007. – 128 с.

Цунский Н.В., Назарова М.В., Просекова Е.В.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинска»
Россия

ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ (ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ) У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ИШЕМИЮ

Аннотация. Работа посвящена изучению вегетативно-висцеральных нарушений у новорожденных и детей в возрасте до одного года при гипоксических поражениях центральной нервной системы (ЦНС). Применены современные нейрофизиологические методы для оценки выявления нарушений сердечной деятельности, обусловленных преимущественно вегетативной дисфункцией. Сделаны выводы об особенностях функционирования сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей, перенесших церебральную ишемию (ЦИ), в течение первого года жизни.

Ключевые слова: новорожденные, дети до 1 года, церебральная ишемия, вегетативно-висцеральная дисфункция.

Tsunsky N.V., Nazarova M.V., Prosekova E.V.

Municipal budgetary institutions Health Children's City Clinical Hospital № 8, Chelyabinsk, Russia

Vegetative-visceral disorders (especially the cardiovascular system) in infants who had fall under cerebral ischemia

Abstract. The work is devoted to the study of the vegetative-visceral disorders in newborns and children aged up to one year who had fallen under hypoxic lesions of the central nervous system (CNS). To detect and assess the degree of abnormality of the of cardiac activity, mainly caused by the action of the vegetative dysfunction of modern neurophysiological methods were applied. Conclusions about the peculiarities of the functioning of the cardiovascular system (CVS) in children who had fallen under cerebral ischemia (CI) for the first year of life have been made.

Keywords: infants and children under 1 year old, cerebral ischemia, autonomic-visceral dysfunction.

Церебральная ишемия: возникает в результате недостаточного поступления кислорода в ткани головного мозга, связанного как со снижением содержания O_2 в артериальной крови (гипоксемией), так и со снижением мозгового кровотока (ишемией) [8]. Частота ЦИ в популяции новорожденных 0,5–10%. До 70% новорожденных с ЦИ имеют признаки поражения ССС.

Острое падение парциального напряжения кислорода в крови плода на срочном этапе адаптации вызывает расширение мелких артерий и артериол во всех сосудистых бассейнах, за исключением мозгового кровотока, усиление активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), немедленный выброс катехоламинов, переход на гиперкинетический тип циркуляции. Наблюдается феномен централизации кровообращения. Поддержание нормального артериального давления осуществляется с большим напряжением вследствие более низкой силы сердечных сокращений, а сосудистый тонус при этом, напротив, повышается до более высокого значения. Опосредованное влияние гипоксии на функцию ССС (цереброкардиальный синдром) – нарушение нейровегетативной регуляции способствует возникновению электрической нестабильности миокарда и реализации кардиальных механизмов [1], пример: синдром внезапной смерти детей первого года жизни [4]. По мнению Н.А. Белоконь (1987) [3; 6], именно дисфункции ВНС принадлежит ведущая роль в становлении гипертрофической кардиомиопатии у детей, перенесших перинатальную энцефалопатию [4]. В основе нарушения сердечного ритма и поражения миокарда при цереброгенных поражениях сердца лежат дисбаланс электролитов и выброс биологически активных веществ, обусловленных дисфункцией гипоталамуса [2; 5]. Нарушение вегетативной регуляции коронарных сосудов обуславливает локальное снижение сократительной функции миокарда и нарушение функции синусового узла.

Следует отметить, что работа неврологического отделения МБУЗ ДГКБ № 8 по данному направлению ведется с 80-х годов прошлого века [7].

Целью нашего исследования являлось определение особенностей функционирования сердечно-сосудистой системы у детей, перенесших церебральную ишемию, в течение первого года жизни. Основная группа – 64 ребенка с ЦИ, поступивших в неврологическое отделение МБУЗ ДГКБ № 8 из роддомов г. Челябинска. Мальчики – 38 (59,4%), девочки – 26 (40,6%). Возраст от 7 дней до 1 года. Контрольная группа: 24 ребенка, мальчиков и девочек по 50%.

Критерии включения в обследуемую группу: доношенные новорожденные с подтвержденным диагнозом ЦИ 2-й степени; информированное согласие родителей; возможность динамического наблюдения за детьми до достижения ими возраста одного года.

Критерии исключения: подтвержденные врожденные пороки сердца, пороки развития ЦНС; травматические, токсико-метаболические и инфекционные поражения ЦНС; недоношенность.

Достоверных различий по встречаемости аритмий, нарушений внутрижелудочковой проводимости, в т.ч. неполная блокада правой ножки пучка Гисса (НБПНПГ), нарушений процессов реполяризации у детей, перенесших ЦИ, в сравнении со здоровыми детьми, в течение первого года жизни выявлено не было. Частотные и спектральные показатели вегетативной регуляции у ново-

рожденных с ЦИ по данным кардиоинтервалографии (КИГ) и холтеровского мониторирования (ХМ) достоверно не отличались от аналогичных характеристик детей контрольной группы. В возрасте 6 месяцев у каждого 3-го ребенка с ЦИ имело место резко выраженное перенапряжение механизмов регуляции сердечного ритма. В группе здоровых детей истощение регуляторных механизмов не регистрировалось. Вегетативная реактивность: распространенность различных типов вегетативной реактивности в группах сравнения была одинаковой. Вегетативная регуляция детей с ЦИ в динамике первого года жизни по данным КИГ:

- По мере взросления детей происходило нарастание «вагусного» влияния на регуляцию сердечного ритма.
- Изменения отдельных «парасимпатических» показателей у детей с ЦИ происходило неравномерно: (врожденные пороки развития – 3 мес., среднеквадратное различие смежных RR-интервалов (RMSSD) – 9 мес.).
- В возрасте 1-го года показатели вегетативной регуляции у детей с ЦИ значимо не отличались от «здоровых».
- Вегетативная регуляция по данным холтеровского мониторирования.
- Нарастание величины показателей регуляции: VAR, SDNN, RMSSD с достижением максимальных значений у детей с ЦИ в возрасте 9 месяцев.
- В возрасте 1-го года достоверных различий между группами не выявлено.
- Различий частотных характеристик на протяжении года не выявлено.
- В возрасте 9 месяцев у детей с ЦИ в 5 раз чаще регистрировалась гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности.

Выводы

1. Детям с ЦИ показано обследование ССС с целью выявления нарушений сердечной деятельности, обусловленных преимущественно вегетативной дисфункцией.
2. В комплекс функциональных исследований ССС у новорожденных с ЦИ, кроме электрокардиографии и эхокардиоскопии, должны быть включены КИГ и, по показаниям, – ХМ.
3. Для детей, перенесших ЦИ, в течение всего первого года жизни характерно сохранение гиперсимпатикотонии (в т.ч. во время сна) при умеренно сниженном уровне нейрогуморальной регуляции сердечного ритма, что проявляется в более высоких значениях числа сердечных сокращений при эхокардиоскопии, регистрируемыми во время ХМ.
4. Значения QTmax и QTd (интервалы на ЭКГ), значимо превышающие показатели здоровых детей, отражают повышенную степень электрической нестабильности миокарда.
5. В течение первого года жизни отмечены особенности функции ССС: разнонаправленные изменения тонуса ВНС, проявляющиеся неравномерным нарастанием степени влияния на сердечный ритм (на фоне сохраняющейся «выраженной симпатикотонии») парасимпатического отдела НС с «пиком» в 9 месяцев. Полученные результаты вполне оправдывают диагноз: «другие уточненные поражения ЦНС» (по МКБ – 10. Шифр G 96.8), что нередко в клинической практике трактуется как вегетативная дистония, или синдром вегетативной – висцеральной дисфункции.

Библиографический список

1. Белоконь, Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей: рук-во для врачей / Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер. – М.: «Медицина», 1987. – Т. 2. – 480 с.
2. Вегетативно-сосудистая дистония у детей: метод. рекомендации. МЗ СССР / под ред. А.М. Вейна, Н.А. Белоконь. – М.: «Медицина» 1987. – 25 с.

3. Заваденко, Н.Н. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков / Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский // Педиатрия. – 1991, 2012. – № 2. – С. 92–101.

4. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных: метод. рекомендации. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 40 с.

5. Мухамедьянова, И.М. Лечение психовегетативного синдрома у детей / И.М. Мухамедьянова, Е.А. Олейникова, А.Н. Романова, Е.С. Шепелева, Е.А. Романова // Здоровьесберегающее образование – залог безопасной жизнедеятельности молодежи проблемы и пути решения: матер. VII Междунар. науч.-практ. конф. г. Санкт-Петербург, Челябинск. – СПб., Челябинск: Изд-во ЧГПУ; Изд-во ЦНИТ «АСТЕРИОН», 2011. – С. 230–233.

6. Прусакова, В.Ф. Диагностика и коррекция развития ребенка первых лет жизни: рук-во для врачей / В.Ф. Прусакова, М.А. Уткунова, М.З. Белоусова / под ред. М.М. Дьяконова. – СПб., Казань: ООО «ИПК КОСТА», 2009. – 93 с.

7. Романова, А.Н. Организационное обеспечение этапной помощи детям с натальным поражением нервной системы в условиях многопрофильной ДГКБ № 8 / А.Н. Романова, Л.И. Совцова, Г.К. Чернова, Н.В. Цунский // Матер. науч.-практ. конф. по вопросам перинатологии. – Челябинск, 1993. – С. 147–151.

8. Романова, А.Н. Некоторые сравнительные показатели красной крови у доношенных новорожденных с нарушением мозгового кровообращения / А.Н. Романова // Нарушение мозгового кровообращения: матер. науч.-практ. конф. – Омск, 1978. – С. 106–110.

Чертюк Н.В.* , Мамылина Н.В.**

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская клиническая поликлиника № 5 г. Челябинска»
Россия

**Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет
г. Челябинск, Россия

СПОСОБЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ ТРАВМИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. В статье представлены результаты восстановления подвижности в лучезапястном суставе верхней конечности у женщин зрелого возраста с помощью традиционного комплекса лечебной физической культуры, а также комплекса ауторелаксирующих упражнений. Обоснована эффективность применения в качестве способа реабилитации травмированной верхней конечности комплекса ауторелаксирующих упражнений у женщин зрелого возраста в постиммобилизационном периоде. При применении традиционного комплекса лечебной физической культуры доказано более длительное ограничение движений в лучезапястном суставе травмированной конечности у женщин.

Ключевые слова: перелом дистального метаэпифиза лучевой кости, эмоциональный стресс, постиммобилизационный период, лечебная физическая культура, комплекс ауторелаксирующих упражнений

Chertok N.V.* , Mamylyna N.V.**

* Municipal budget healthcare institution City Clinical hospital № 5, Chelyabinsk, Russia

** South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

The methods of the wrist joint mobility restoration of the injured limb in older women.

Abstract. The article presents the results of the wrist joint mobility restoration of the upper limb in older women using a traditional complex of physical therapy, as well as complex of auto relaxing exercises. The efficiency of the application of the complex of auto relaxing exercises as a method of rehabilitation of the injured upper limb in women of older age in post-immobilization period has been stated. When using a traditional complex of physical therapy, a longer limitation of the wrist joint mobility of the injured limb in women has been proved.

Keywords: fracture of the distal radius metaepiphysis, emotional stress, post-immobilization period, physical therapy, complex of auto relaxing exercises, mobility restoration.

Травмы опорно-двигательного аппарата, в том числе переломы дистального отдела костей предплечья, у лиц зрелого и пожилого возраста в настоящее время встречаются довольно часто, сопровождаясь эмоциональным стрессом различной продолжительности. Являясь нестабильными повреждениями, данный вид перелома после позиционирования отломков кости в гипсовой повязке способствует вторичному смещению, а также развитию комплексного регионального болевого синдрома (КРБС) [1, с. 104–110; 5, с. 53–54; 7]. В патогенезе данного повреждения имеют место гемодинамические и регуляторные расстройства, включая нейродистрофический синдром, нарушения функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма пациентов [4, с. 319–321; 8, с. 63–68]. Кроме того, в перспективе у женщин зрелого возраста после перелома верхней конечности могут наблюдаться проблемы структурно-функционального характера в костной и мышечной тканях: контрактуры, тугоподвижность, анкилоз, дисфункции суставного аппарата, атрофия мышц, остеопороз и т.д. [2, с. 33–36; 6, с. 87–89; 8, с. 63–64].

В проводимом нами на базе муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая поликлиника № 5» исследовании участвовали 52 женщины 55–65 лет с диагнозом – перелом дистального метаэпифиза лучевой кости. В динамике постиммобилизационного периода после травмы (через 3, 7, 14 суток) женщинам было предложено два способа реабилитации: контрольной группе пациенток – по классической методике лечебной физической культуры (ЛФК); основной группе – по методике, основанной на постизометрической миорелаксации [3, с. 320; 6, с. 87–91]. Ранее нами было показано, что первая неделя постиммобилизационного периода после травмы верхней конечности сопровождалась для всех женщин исследуемых групп сильным эмоциональным стрессом, сопровождаемым психоэмоциональными нарушениями, тревожностью, расстройством сна [8, с. 63–65].

Цель исследования заключалась в выявлении более эффективного способа физической реабилитации функции повреждённой конечности у женщин исследуемых групп в динамике постиммобилизационного периода после травмы. С целью реализации поставленной задачи мы оценили степень ограничения активных движений в лучезапястном суставе в динамике восстановления у женщин, измерив по амплитуде объём движений относительно симметричного сустава здоровой верхней конечности. Результаты выразили по пятибалльной шкале оценки движений в процентном отношении к объёму движений в неповреждённом лучезапястном суставе этого же пациента [6, с. 87–91].

Через месяц иммобилизационного периода (фоновый уровень) у женщин было выявлено резкое ограничение движений в лучезапястном суставе повреждённой конечности (был зафиксирован максимальный балл). Через трое суток реабилитации у женщин контрольной группы по-прежнему сохранялось подобное ограничение, у женщин основной группы было отмечено огра-

нижение подвижности лучезапястного сустава травмированной конечности (на 20,8% ($p < 0,05$) от-
личаясь от фонового уровня). Через семь суток реабилитации у женщин контрольной группы
наблюдалось ограничение (на 14,3% ($p < 0,05$) от-
личаясь от фонового уровня), у женщин основной
группы было отмечено умеренное ограничение подвижности лучезапястного сустава травмиро-
ванной конечности (на 29,2% ($p < 0,05$) от-
личаясь от фонового уровня).

Через две недели периода восстановления у контрольной группы наблюдалось умеренное
ограничение (на 32,7% ($p < 0,05$) от-
личаясь от фонового уровня), у основной группы было отмече-
но незначительное ограничение подвижности лучезапястного сустава травмированной конеч-
ности (на 70,8% ($p < 0,01$) от-
личаясь от фонового уровня), а у ряда пациенток ограничения отсут-
ствовали. У большинства пациенток контрольной группы отсутствие ограничений подвижности
лучезапястного сустава травмированной конечности наблюдалось только к концу второго меся-
ца реабилитации.

Полученные нами результаты изучения подвижности травмированной конечности свиде-
тельствуют о большей эффективности примененного комплекса ауторелаксирующих упражнений
для восстановления амплитуды движений в лучезапястном суставе у женщин, находящихся в
постменопаузальном периоде жизни. Результаты от применения традиционного комплекса ле-
чебной физической культуры более пролонгированы по времени и менее эффективны, так как ме-
тодика ЛФК не отличается комплексным подходом и не учитывает многие факторы восстановле-
ния [8, с. 63–68]. Апробированная нами методика ауторелаксации травмированного сегмента
верхней конечности даёт большую возможность избежать возникновения у пациентов отдален-
ных осложнений, что позволяет восстановить трудоспособность женщин в кратчайшие сроки, а
значит повысить качество их жизни, самочувствие, активность, настроение.

Библиографический список

1. Баховудинов, А.Х. Современное состояние проблемы комплексного болевого синдрома при переломе лучевой кости в типичном месте / А.Х. Баховудинов, В.А. Ланшаков, А.А. Панов // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 104–110.
2. Власова, И.А. Показатели эффективности оздоровительных тренировок в пожилом воз-
расте / И.А. Власова // Лечебная физическая культура и спортивная медицина. – 2012. – Т. 97. –
№ 1. – С. 33–36.
3. Калюжнова, И.А. Лечебная физкультура / И.А. Калюжнова, О.В. Перепелова. – Ростов н/Д;
М.: Феникс, 2010. – 349 с.
4. Латюшин, Я.В. Динамика антиоксидантных ферментов в костном мозге животных на фоне
коррекции церулоплазмином при действии эмоционально-болевого и гипокинетического стресса /
Я.В. Латюшин, В.И. Павлова, Н.В. Мамылина // Вестник ЧГПУ. – 2009. – № 12. – С. 319–326.
5. Латюшин, Я.В. Взаимодействие провоспалительных и противовоспалительных цитокинов
в процессе адаптации организма к 30-суточной гипокинезии / Я.В. Латюшин, Ю.Г. Камскова,
Н.В. Мамылина, Л.П. Щетинкина // Вестник Уральской медицинской академической науки. –
2008. – № 1 (19). – С. 53–54.
6. Мамылина, Н.В. Влияние комплекса ауторелаксирующих упражнений (КАУ) на функцио-
нальные показатели подвижности лучезапястного сустава у женщин, перенесших травму верхней
конечности / Н.В. Мамылина, Н.А. Белоусова, Н.В. Черток // Науч.-теоретический журнал «Ученые
записки университета имени П.Ф. Лесгафта». – 2014. – Т. 115. – № 9. – С. 87–91.
7. Мамылина, Н.В. Анализ поведенческой активности у экспериментальных животных, пере-
несших эмоционально-болевой стресс [Электронный ресурс] / Н.В. Мамылина // Современные про-
блемы науки и образования. – 2011. – № 5. – Режим доступа: www.science-education.ru/99-4922.

8. Черток, Н.В. Реоэнцефалографические показатели в постиммобилизационном периоде у женщин в постменопаузе с переломом лучевой кости / Н.В. Черток, Н.В. Мамылина, О.А. Гизингер, В. Струков, Д. Елистратов, М. Прохоров // Врач. – 2016. – № 4. – С. 63–68.

Щинова Н.А.

МБОУ «Вечерняя (сменная) школа № 27 г. Новосибирска»
Россия

ОСОБЕННОСТИ ТьюТОРСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОТКРЫТОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Аннотация. В статье представлен опыт тьюторского сопровождения в условиях вечерней (сменной) школы как открытой образовательной среды, показана роль педагога как тьютора при сопровождении подростков в их развитии и самосовершенствовании, формировании здорового образа жизни.

Ключевые слова: тьюторское сопровождение, открытая образовательная среда, формирование здорового образа жизни.

Schinova N.A.

MBOU «Evening (shift) school № 27», Novosibirsk, Russia

Features tutor support in an open learning environment

Abstract. The article describes the experience of tutor support in a ve-black (replaceable) school as an open educational environment, shows the role of the teacher as a tutor when accompanied by teenagers in their development and self-improvement, the formation of a healthy lifestyle.

Keywords: tutor support, an open educational environment, promoting a healthy lifestyle.

Всякое время, в котором живет человек, имеет свои особенности и отличия. Однако во все времена и эпохи вопрос сохранения и укрепления здоровья является насущным. За многие тысячелетия создано немало различных методик и практик, укрепляющих здоровье детей, подростков и взрослых. Однако сегодня вопрос укрепления здоровья молодого поколения стоит особенно остро.

Ухудшаются показатели здоровья населения, особенно детей и молодежи, увеличивается численность детей с ОВЗ и детей-инвалидов, нормой жизни для подростков становится постоянное употребление табака, алкоголя, наркотических веществ, зависимость и общение в социальных сетях.

Мы живем в век информационных свершений, внедрения новых технологий в различных областях науки и производства, в образовании и других сферах жизни. Ускоряется темп жизни, возникает необходимость постоянного развития и усовершенствования не только науки и производства, но и преобразования самого человека, смены его жизненных устремлений и ценностей, развития его творческого потенциала.

Поэтому сейчас особенно важно найти новые подходы к формированию здорового образа жизни среди молодежи [2], ведь именно ей предстоит преобразовывать нашу действительность к лучшему, внедрять новые достижения науки.

Как можно раскрыть молодым людям ценность самой жизни, заинтересовать стремлением к саморазвитию и ведению здорового образа жизни?

Этот вопрос является актуальным для вечерней (сменной) школы, в которую поступают подростки, пережившие различные неудачи в своей жизни: как в обучении, так и в построении различных взаимоотношений со своими сверстниками и взрослыми (родителями, учителями и др.).

Для того чтобы состоялся диалог между подростком и взрослым, необходимо взаимное понимание, уважение и доверие, возможность проявлять самостоятельность при выборе в различных ситуациях. Только тогда будет открытость со стороны ребенка, желание вести разговор и выстраивать пути взаимодействия. Найти правильные слова, заинтересовать способен только учитель, не равнодушный к судьбам детей, человек, имеющий правильные жизненные ориентиры и ценности, постоянно находящийся в развитии, в творческом поиске. Важной составляющей профессионального мастерства педагога является *знание психологических закономерностей и особенностей возрастного и личностного развития подростка, навыки анализа взаимодействия в социальном окружении, умение реализовывать различные способы педагогического взаимодействия между всеми субъектами образовательной среды (учениками, педагогами, родителями и другими специалистами).*

По своему предназначению, по своей социальной роли именно педагог призван задавать направление развития своим ученикам, формировать положительные ценностные ориентиры, в том числе, ценности своего здоровья и окружающих людей, ценности самой человеческой жизни, способствовать раскрытию творческого потенциала личности, ее совершенствованию и развитию.

Необходимость переосмысления приоритетов государственной социальной политики в области образования, укрепления и охраны здоровья детского населения находит в последние годы отражение в различных государственных программах и документах. Процессы инноваций в образовании направлены на создание новых способов взаимодействия с личностью, создающих баланс между индивидуальными и социальными потребностями личности, условия для самосовершенствования и саморазвития, для *формирования самостоятельности и ответственности, для раскрытия ее индивидуальности, для сохранения и укрепления здоровья, раскрытия духовной составляющей человека.*

Рост индивидуального самосознания личности приводит к поиску собственного пути в профессии, права на индивидуальную траекторию развития [1, с. 5–6].

Вечерняя (сменная) школа наряду с другими образовательными учреждениями дает право получения основного общего и среднего общего образования. В ней, как и в лицеях, гимназиях, средних школах, в последние годы произошли серьезные изменения. И, в первую очередь, эти изменения направлены на создание открытой образовательной среды как пространства для развития способностей каждого человека к самосовершенствованию, изменению себя независимо от возраста, психологии, внутренних резервов и возможностей. Каждый ученик имеет свои особенности и этапы развития, сталкивается с ситуациями, в которых необходимо сопровождение тьютора: при принятии решений, при выборе цели, в трудной жизненной ситуации, при построении индивидуальной образовательной траектории развития.

Внедрение тьюторского сопровождения учащихся продиктовано необходимостью воспитания человека, способного к преобразованию действительности, человека творческого, с активной жизненной позицией, готового к постоянному совершенствованию себя и окружающего мира. В русском языке значение слова tutor (англ.) означает «домашний учитель, репетитор, наставник, в обязанности которого входит обучение и сопровождение ученика». Происхождение слова тьютор происходит из латинского языка tutor – «защитник, опекун», глагол tueri – «смотреть, наблюдать, охранять».

Особенность тьюторского сопровождения в условиях вечерней (сменной) школы направлена не только на индивидуальную работу конкретного педагога-тьютора с учеником, а на взаимодействия всего педагогического коллектива, которые постоянно осуществляются не только на уроках, но и во внеклассной деятельности, на переменах, на дополнительных занятиях и спецкурсах в рамках педагогической поддержки. Возможность корректировать, направлять, приводить различные примеры из жизни, фильмов, книг помогает учащимся постепенно включаться в процесс осознания и развития.

Организация интересных творческих мероприятий, конференций, дополнительных спецкурсов предлагает ребятам возможность выбора для раскрытия своих способностей в различных направлениях [2]. Востребованным среди учеников старшей школы (30–40%) является спецкурс «Познание слова». Познание слова – это познание мира, в котором ценности человеческой жизни – счастье и любовь, являются основополагающими для подрастающего поколения. Программа курса нацелена на то, чтобы помочь учащимся развить интерес к познанию слова, нового, саморазвитию и самопознанию, помочь в процессе обучения в школе и в жизни. Ребята неосознанно тянутся к осмыслению ценностей, себя, к возможности через совместный разговор открыть и узнать что-то новое, учатся слушать и слышать других, открывать для себя новые фильмы и книги, поднимают себя на новую высоту познания, через которую происходит их духовный рост, их возмужание. Осознание себя, жизненных ценностей помогают обрести новое отношение к ведению своего образа жизни, к своему здоровью. В анкетах в начале учебного года подростки отмечают, что главные качества, которые они ценят в людях, – это доброта, честность, верность, жизнерадостность, отзывчивость, чувство юмора, любовь к окружающему миру, творческое мышление и др. Темы, раскрываемые на занятиях, возникают из вопросов самих учеников. В процессе осознания какой-либо темы ребята высказывают свои мысли и устно, и письменно, так как не каждый может высказать вслух то, о чем и как он думает. И обязательно мы читаем эти высказывания для всех (не называя фамилий), это помогает увидеть друг друга с разных сторон, для кого-то задуматься, для кого-то понять. Такая работа важна для детей, им хочется говорить и быть активными участниками жизни, хочется взаимопонимания, которого иногда не хватает в их жизни.

Открытая образовательная среда диктует необходимость постоянного изменения и вовлечения в сопровождение всех участников, в этом важность развития и детей, и педагогического коллектива. Постоянный поиск, совершенствование среды способствует тому, что с каждым годом увеличивается контингент детей, которые приходят по рекомендации друзей и знакомых, и это является главным фактором, что выбранный путь работы школы правильный.

Помогать ребятам в их развитии и становлении, в выборе жизненного пути, радоваться жизни – главная задача любой школы. «Познание начинается с удивления» (Аристотель). Пусть больше будет открытий и удивлений в жизни наших учеников и педагогов!

Библиографический список

1. Ковалева, Т.М. Профессия «тьютор» / Т.М. Ковалева, Е.И. Кобыща и др. – Тверь: СФК-офис, 2012. – 246 с.
2. Третьякова, Н.В. Формирование готовности учащихся образовательных организаций к здоровьесберегающей деятельности / Н.В. Третьякова / под науч. ред. В.А. Федорова. – Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2014. – 186 с.

Научное издание

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ –
ЗАЛОГ БЕЗОПАСНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖИ:
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ:**

**МАТЕРИАЛЫ IX МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
(г. Челябинск, 10–11 ноября 2016 г.)**

ISBN 978-5-906908-17-9

Работа рекомендована РИСом университета
Протокол 2/16 2016 г

Редактор Е.М. Сапегина
Компьютерный набор А.С. Шкитова

Издательство ЮУрГГПУ
454080, г. Челябинск, пр. Ленина, 69

Объем 15,4уч.-изд. л.
Тираж 300 экз.
Формат 60 x 84 1/8

Подписано в печать 01.10. 2016
Бумага офсетная
Заказ №

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии ЮУрГГПУ
454080 г. Челябинск, пр. Ленина, 69