



Первый Санкт-Петербургский  
государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова  
Санкт-Петербургский Городской Центр  
медицинской профилактики  
Ассоциация валеологов Санкт-Петербурга



Научное издание

## **ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА – 7**

Материалы VII международного научного  
конгресса валеологов

## **HUMAN HEALTH – 7**

Materials of the VII International Scientific  
Valeologists' Congress

*Редактор И.Б. Нечуева*

*Верстка О.В. Ивановой*

Лицензия ИД №00597 от 15.12.99 г.  
Подписано в печать 14.05.14. Усл. печ. л. 15,5.  
Формат 60×84 1/8. Печать офсетная. Тираж 110 экз. Заказ № 635/14.  
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.  
Издательство СПбГМУ

## **ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА – 7**

Материалы VII международного научного  
конгресса валеологов

## **HUMAN HEALTH – 7**

Materials of the VII International Scientific  
Valeologists' Congress

Санкт-Петербург  
Издательство СПбГМУ  
2014

Печатается по плану научной работы Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова.

Под редакцией профессора кафедры нормальной физиологии СПбГМУ им акад. И.П. Павлова МЗ РФ *В.В. Колбанова*.

**Здоровье человека – 7** : Материалы VII Международного научного конгресса валеологов / под ред. В.В. Колбанова. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2014. – 248 с.

ISBN 978-5-88999-226-4

В сборник включены статьи и краткие сообщения специалистов и ученых, работающих в разных областях науки и практической деятельности. Содержит 60 научных публикаций, авторы которых – представители пяти государств: Беларуси, Литвы, Польши, России, Украины. Многообразие представленной в сборнике тематики обусловлено интегративным характером валеологии. Результаты исследований разных научных школ могут быть интерпретированы по-разному и нуждаются в тщательном анализе.

Сборник состоит из трех разделов, традиционных для валеологических конгрессов, но деление на них имеет условный характер. Материалы, относящиеся к основным проблемам валеологии, смежным с ней проблемам, и дискуссионные работы по-своему важны для дальнейшего развития научных представлений о здоровье человека и здоровом образе жизни.

*Обложка* – использована репродукция картины А.А. Иванова «Ветка». Конец 1840-х. Бумага на холсте, масло 46,5×62,4. Государственная Третьяковская галерея. Москва.

ББК 51. 204.0

ISBN 978-5-88999-226-4

© Издательство СПбГМУ, 2014

## УЧЕНИЕ О ЗДОРОВЬЕ И ВАЛЕОЛОГИЯ: ОТ ЗАМЫСЛОВ ДО РЕАЛИЙ

**В.В. Колбанов**

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** Рассмотрены достижения валеологии за четверть века её существования, проанализированы концептуальные и методологические ошибки в её развитии. Намечены перспективы дальнейшего развития учения о здоровье и валеологического образования.

**Ключевые слова:** здоровье человека, учение о здоровье, валеология, перспективы развития.

**Summary.** Achievements in valeology during quarter of century are examined, conceptual and methodological mistakes in its development are analysed. Perspectives in subsequent development of doctrine of health and valeological education are planned.

**Key words:** human health, doctrine on health, valeology, perspectives of development.

**Введение.** Прошло 27 лет после того, как была сделана заявка на создание валеологии как новой научной отрасли, не вписывавшейся ни в одну из медицинских специальностей [1].

Появление новой науки всегда обусловливается наличием проблем, не решаемых в рамках других наук. Появление валеологии и её стремительное развитие были детерминированы комплексом факторов и проблем, как имеющих имманентный генезис, так и социально обусловленных. Среди первых доминировала неудовлетворённость состоянием медицинских наук в плане диагностики, прогнозирования, формирования, сохранения и укрепления индивидуального здоровья человека. Среди вторых – несостоятельность государственной политики здравоохранения (охраны здоровья населения). Ориентация только на предупреждение и лечение болезней, а также отсутствие системы индивидуальной паспортизации здоровья явились тормозом в формировании креативного (созидательного) отношения человека к его собственному здоровью и выработало иждивенческое отношение индивида и населения в целом к медицине и здравоохранению. Теоретический фундамент профилактической медицины, нацеленный на охрану здоровья *населения* (охрану от чего?), не давал ответа на вопросы, имеющие отношение к здоровью *индивида*.

**Цель исследования** – анализ современных тенденций в валеологических исследованиях и валеологической практике и выработка научной стратегии в этих сферах деятельности.

*Материалы и методы.* Материалами для анализа послужили статьи и доклады предыдущих шести Международных конгрессов валеологов, статьи журнала «Валеология» за 17 лет, монографии и учебные пособия по валеологии. Предпринята попытка обобщить накопленные результаты.

*Результаты и обсуждение.* Рассмотрение опубликованных материалов позволило выявить достижения, наиболее типичные противоречия и логические ошибки в понимании сущности валеологии. Во всех источниках доминировало представление, что валеология – развивающаяся научная область, в отличие от тех областей знаний, которые не могут (ещё или уже) претендовать на статус науки. Вторая подмеченная особенность валеологии – объективность, основанная на наблюдениях, описаниях, измерениях и анализе. Имеются достижения в создании новых методов исследования и оздоровительной практики. Анализ и синтез как методы научного познания являются детерминантами интегративного характера валеологии. Достоверность результатов валеологических исследований обеспечивается использованием корректного математического аппарата. Несмотря на значительные достижения в новой научной области, из года в год повторяются одни и те же ошибки, сочетающие форсирование недостаточно обоснованного реформаторства с консерватизмом в теоретической и организационной сферах.

Известно, что развитие науки имеет дискретный характер, в виде чередования этапов, стадий, периодов. Этап первичного накопления фактов имеет спокойный, временами рутинный характер. Накопление противоречий некоторое время остаётся скрытым и становится очевидным только по мере трансформации методов исследования, сопоставления данных, полученных разными способами, и анализа причинно-следственных связей. При отсутствии координации исследований может произойти столкновение разных научных школ из-за различия целей, методологических оснований и критериев оценки результатов. Это и произошло с валеологией. Имея, казалось бы, единый объект исследований (индивидуальное здоровье человека), представители разных научных школ не смогли усвоить полный багаж ранее накопленных достижений, во многом остались консервативными, а в конечном итоге пришли к разрозненным, зачастую неверным концептуальным решениям. Нежелание и неумение выйти за пределы своих прежних узких профессиональных областей породили неоднозначные представления о сущности новой науки.

Ахиллесовой пятой всех рассуждений о здоровье человека остаётся отсутствие точного определения здоровья. Определение, предложенное ВОЗ, не внесло ясности в сущность феномена здоровья. Не вполне удачной ока-

залась и наша попытка детализации по причине расплывчатости из-за множества используемых критериев [2]. На протяжении минувшего столетия привычными стали термины из узкопрофессионального сленга, имеющие косвенное отношение к здоровью. В медицине это физическое и психическое, стоматологическое и гинекологическое здоровье, в психологии – психологическое, в эргономике – профессиональное здоровье. При этом зачастую речь идёт совсем не о здоровье, а либо о критериях трудоспособности, либо об устойчивости к агрессивным факторам среды обитания, либо о пригодности к той или иной профессии не только по медицинским показателям.

Сущность здоровья чаще всего пытаются определить исключительно как жизнеспособность без учёта дополняющих её генетического потенциала, резервных возможностей организма («запаса прочности»), адаптивности, способности к развитию и саморегуляции. Ещё в древнем Китае традиционная медицина заявляла о таинственной жизненной силе Ци, но измерить её не удалось никому до сих пор. Не оправдала себя и балльная оценка здоровья, ограниченная соматическими показателями (в частности, по разным вариантам системы «Светофор»). Можно ли отрицать в оценке здоровья способность к деторождению, сохранность зрения или слуха (визоконтрастометрия, аудиометрия) при, казалось бы, абсолютной жизнеспособности? Здоровье – понятие многомерное, и, кроме способности выживать в комфортных условиях, в реальной жизни необходимы адаптивность и способность к развитию на основе генетического потенциала, а также способность к продолжению рода. Не останавливаясь на противоречиях в детализации основных показателей здоровья, можно согласиться с утверждением А.Г. Щедриной, что здоровье – это *целостное, многомерное, динамическое состояние в процессе реализации генетического потенциала* [4].

В соответствии с названными сущностными атрибутами здоровья, очевидно, необходимо внести уточнения и в валеологический тезаурус. Независимо от прежней профессиональной принадлежности, специалисты и исследователи, работающие в области валеологии, должны использовать единый профессиональный язык, позволяющий понимать друг друга и взаимодействовать. Если в рекламных акциях дистрибьютеров-фармацевтов допускаются выражения типа «здоровье печени», «здоровье суставов», то в научных трудах валеологов следует признать недопустимыми «физическое», «психологическое» и любое другое «частное» здоровье, ибо такое искусственное расчленение человека противоречит холистическому (целостному) пониманию здоровья.

Аналогичное расчленение самой валеологии также нельзя признать целесообразным, несмотря на появление новых её ветвей, стремящихся

обрести самостоятельный научный статус. Методологически не обосновано искусственное деление валеологии на педагогическую и медицинскую (санологию), тем более что различие между валеологией и санологией убедительно показано И.И. Брехманом. Подтвердился прогноз И.И. Брехмана, что развитие психологии здоровья будет опережающим; несмотря на многочисленные «ошибки роста», неожиданно стремительное развитие претерпела педагогика здоровья; наметилось в недрах медицины появление здравоведения как базиса здравоохранения; востребованным оказался возврат к педологии как предтече педагогики и педиатрии. Возможны и другие варианты эволюции науки, но валеология должна сохранять свой единый *методологический* статус. Увлекаясь новшествами, следовало бы вспомнить предостережение Д.И. Менделеева, высказанное в начале XX века: «...за науку настоящую считайте только то, что утвердилось после сомнений и всякого рода испытаний (наблюдений и опытов, чисел и логики)...» [3, с. 411]. Это высказывание можно отнести и к самой валеологии, понимание которой остаётся расплывчатым даже у исследователей, считающих себя валеологами. Так, единственное в своём роде периодическое издание, научно-практический журнал «Валеология» имеет настолько обширную рубрику, что в ней «тонет» сущность самой валеологии.

*Заключение.* Возвращаясь к изначальному замыслу И.И. Брехмана, следует обратить внимание на три фактора, составляющие единую систему: цель, средство и субъект [1, с. 104]. Цель, сформулированная как сохранение и «воспроизводство» здоровья, значительно трансформировалась за истекшие годы, поскольку оказалась слишком консервативной. Средства (здоровый образ жизни плюс лекарства для здоровых) оказались недостаточно обоснованными и реализованными. Субъект (специалист по здоровью) в современных условиях лишён легитимного статуса.

К реализации названных трёх элементов системы, как и прежде, не готовы ни государственная система образования, ни система здравоохранения. Констатация этих фактов без создания действенной программы-минимум превратила бы деятельность научного сообщества в пустышку. Поэтому цель VII международного научного конгресса валеологов – наметить конкретные действия на ближайшие годы по приоритетным направлениям валеологии в едином концептуальном ключе и на единой методологической основе.

#### *Литература*

1. Брехман, И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И.И. Брехман. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.

2. Колбанов, В.В. Валеология: основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб.: Изд-во ДЕАН, 2001. – 256 с.
3. Менделеев, Д.И. Заветные мысли: Полное издание (впервые после 1905 г.) / Д.И. Менделеев. – М.: Мысль, 1995. – 413 с.
4. Щедрина, А.Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты / А.Г. Щедрина. – 2-е изд. – Новосибирск: Изд-во Новосибирской гос. мед. академии, 2003. – 164 с.

## ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВАЛЕОЛОГИИ

ВАЛЕОЛОГИЯ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

**Н.П. Абаскалова**

*Новосибирский государственный педагогический университет,  
г. Новосибирск, Россия*

**Резюме.** В работе рассматривается взаимосвязь валеологии с современной культурой здорового и безопасного образа жизни. Отмечено неблагоприятное состояние здоровья учащихся и педагогов. Приведены данные опроса педагогов по оценке ими реформы образования. Показано, что недостаточный уровень компетентности педагогов по вопросам сохранения здоровья ставит одну из задач повышения квалификации.

**Ключевые слова:** валеология, здоровье, образ жизни, реформа образования, компетентность.

**Summary.** Intercommunication between the valeology and modern culture of the healthy and safe life style is examined in this work. The unfavorable status of the health of students and teachers is noted. Data of the teachers questioning for the estimation of educational reforms by them are presented. It is shown that the insufficient level of teachers competence on health conservation set one of the tasks of the qualification improvement.

**Key words:** valeology, health, life style, reform of education, competence.

Переход на подготовку специалистов по новым государственным образовательным стандартам обострил одну из актуальных проблем повышения уровня качества образования. В условиях школы, где обучаются люди с «дефектами социализации», возрастает ответственность за их сломанные судьбы, их здоровье, за те приемы и методы, которые используются в учебно-воспитательном процессе. Эту сложнейшую задачу в свое время решала наука валеология (разработчиком валеологической концепции являлся И.И. Брехман), прошедшая путь препонов, взлетов и разочарований, которая сегодня, имея мощную методологическую базу (Н.М. Амосов, В.В. Колбанов, А.Г. Щедрина, Э.Н. Вайнер, Н.П. Абаскалова, В.Н. Ирхин, Э.М. Казин, Р.И. Айзман и др.), стала основой для формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, отраженной в ФГОС всех ступеней образования и в Законе РФ «Об образовании», обязывающем создавать условия для сохранения и укрепления здоровья учащихся.

*В настоящий момент обнаруживается явное противоречие между необходимостью создания модели управления образовательной организацией, особенно с введением ФГОС, с помощью системы здоровьесберегающего образования и отсутствием единого проекта по созданию и управлению здоровьесберегающим образовательным пространством в здоровьесформирующей педагогической системе.*

Неблагоприятная ситуация со здоровьем учащихся отмечается в школах нового типа (гимназиях, лицеях, колледжах и др.), учебный процесс в которых характеризуется повышенной интенсивностью. К концу учебного года у гимназистов в 2 раза увеличивается частота гипертонических реакций, общее число повышенного артериального давления встречается в 80% случаев, невротизация отмечается у 51-63% учащихся школ нового типа. Заболеваемость среди подростков также возрастает. Уменьшается двигательная активность детей, приводя к гиподинамии и нарушениям осанки, свободное время все чаще отдается просмотру видеофильмов и компьютерным играм.

Культура здоровья педагогов также находится на низком уровне (от 70 до 90% педагогов имеют различные хронические заболевания, ценность личного здоровья находится далеко не на первых позициях, отсутствует мотивация к здоровьесохраняющей деятельности). В то же время участники образовательного процесса все больше осознают необходимость овладения валеологическим подходом, без которого решение проблемы сохранения и развития здоровья учащихся и учителей, студентов и преподавателей вузов вряд ли позволит качественно реализовать ФГОС.

Одной из главных проблем сегодня является определение оптимальных путей системы валеологического (здоровьесберегающего) сопровождения в образовательном учреждении при реализации разноуровневых программ (базовое и профильное обучение, инклюзивное обучение). Система валеологического сопровождения основывается на данных о реальном состоянии здоровья учащихся, их физиологических и психических особенностях и возможностях [1, 2, 5]. Она направлена на создание оптимальных условий для прохождения учащимися индивидуального образовательного маршрута, который был описан в ряде работ еще 15 лет назад как алгоритм введения индивидуального режима обучения (ИОМ, предусмотренный в ФГОС), формирования универсальных учебных действий (УУД) и валеологической компетентности (компетентности «быть здоровым») [3].

Зачем «изобретать колесо», когда можно обратиться к опыту валеологического образования и попытаться адаптировать его в современных условиях модернизации. Еще в 1997 году под руководством В.В. Колбанова была защищена диссертация под названием «Валеологическое сопровож-

дение образовательного процесса как условие реализации разноуровневых программ в современной школе», в которой описаны механизм взаимодействия валеолога (сейчас подготовка таких специалистов не осуществляется!) с учителем, учеником, родителями и технология валеологического сопровождения образовательного процесса [4].

Предпринятое нами исследование оценки педагогами реформы образования позволяет увидеть и понять, насколько педагоги удовлетворены изменениями, ощущают ли они положительные сдвиги в собственном образовательном учреждении (табл.1).

Таблица 1

## Оценка педагогами школьных реформ

Как вы оцениваете ход реформ образования (в том числе и в области здоровьесбережения)?	В России	В вашей образовательной организации
Есть положительные сдвиги	27,5% (33,1%)	56,3% (63,4%)
Существенных сдвигов не замечаю	32,4% (21,4%)	17,7% (10,1%)
Стало труднее и хуже	23,5% (18,3%)	11,2% (2,7%)
Затрудняюсь ответить	16,6% (27,2%)	14,8% (23,8%)

Сегодня мы вынуждены констатировать, что уровень компетентности педагогов по вопросам здоровьесбережения недостаточен, а у многих предметников (68%) находится на низком уровне. На курсах повышения квалификации по программе «Здоровьесберегающие педагогические технологии» мы провели анкетирование и получили следующие результаты:

- только 7% педагогов знают, что основоположником валеологии является И.И. Брехман;
- 100% отвечают, что это наука о здоровье;
- 52% педагогов – за возрождение валеологии как предмета в школьном образовании;
- 63% отмечают потребность в валеологических знаниях;
- 37% считают, что этими вопросами должен заниматься специалист, либо заместитель директора по воспитательной работе, что свидетельствует о низкой мотивации данной группы педагогов.

В заключение хочется отметить, что валеологическая (здоровьесберегающая) служба в образовательной организации может являться координатором всех действий, направленных на формирование, укрепление и сохранение здоровья.

## Литература

1. Абаскалова, Н.П. Системный подход к формированию здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа-ВУЗ»: монография/ Н.П. Абаскалова – Новосибирск: НГПУ, 2001. – 325 с.
2. Абаскалова, Н.П. Педагогика здоровья: новый этап развития / Н.П. Абаскалова, В.Н. Ирхин, А.Г. Маджуга. – Стерлитамак: Изд-во «ФОБОС», 2014. – 248 с.
3. Зверкова, А.Ю. Формирование ключевой компетенции «быть здоровым» в условиях реализации федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения / А.Ю. Зверкова, Н.П. Абаскалова // Сибирский педагогический журнал. – 2012. – №9. – С. 25-29.
4. Школа Е.О. Валеологическое сопровождение образовательного процесса как условие реализации разноуровневых программ в современной школе : автореф. ...канд. пед наук / Е.О. Школа. – Санкт-Петербург, 1997. – 19 с.
5. Щедрина А.Г. Педология – наука о детстве в формировании здорового образа жизни / А.Г. Щедрина. – Новосибирск, 2010. – 220 с.

ДИСТАНЦИОННЫЙ КУРС «ИНТЕРАКТИВНЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ  
ТЕХНОЛОГИИ СО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИМ ПОТЕНЦИАЛОМ»:  
ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ

**И.Ю. Абросимова**

*Нижегородский институт развития образования,  
г. Нижний Новгород, Россия*

**Резюме.** В статье рассмотрены основы дистанционной подготовки на курсах здоровьесберегающей направленности для педагогов как одной из возможностей повышения их компетентности в области здоровьесберегающей деятельности для реализации принципов здоровьесбережения при изучении различных предметов в образовательных учреждениях.

**Ключевые слова:** здоровье детей, здоровый образ жизни, обучение педагогов, дистанционные курсы, здоровьесберегающие технологии.

**Summary.** Basic concepts of tailored remote learning for teachers are discussed. The proposed course suggests an opportunity for teachers to increase their competency in health-saving activity that is important for the implementation of health-saving principles in the frame of school content study in educational institutions.

**Key words:** children's health, healthy lifestyle, teacher's training, remote learning, health-saving technologies.

В Федеральном законе об образовании РФ № 273 от 29.12.2012. в статьях 28, 41 отмечается: «К компетенции образовательной организации в установленной сфере деятельности относятся: создание необходимых

условий для охраны и укрепления здоровья ...». Согласно Федеральным государственным требованиям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников (Приказ Минобрнауки РФ от 28.12.2010 № 2106) предлагается «использовать в образовательном процессе здоровьесберегающие приемы, методы, формы, технологии, адекватные возрастным возможностям и особенностям обучающихся, воспитанников». Но декларируемые законодательные права каждого обучающегося на обеспечение условий для сохранения здоровья в образовательных учреждениях, по мнению многих ученых, не подкреплены практически. При организации учебного процесса и выборе методик обучения, зачастую, не учитывается их влияние на организм ребенка. Это касается и учебного расписания, и проведения контрольных мероприятий, взаимоотношений «учитель–ученик» и многих других аспектов.

В настоящее время в сфере основного и дополнительного образования все более актуальной становится проблема подготовки и повышения квалификации педагогических кадров, которые могли бы решать задачи: обучения педагогов средствам и методам, не нарушающим здоровья детей; умения организовать и корректировать учебно-воспитательный процесс в образовательном учреждении с точки зрения охраны здоровья учащихся; моделирования работы с родителями в целях обеспечения благоприятных условий для здоровья ребенка и т.д. Характер выбора курсов определяется самим учебным заведением и зависит от алгоритма проводимых в образовательном учреждении здоровьесберегающих подходов. Если школа планирует системные изменения, то необходима работа со всем педагогическим коллективом. Такая организация подготовки предполагает, что всем коллективом школы будет достигнут определенный уровень педагогической компетентности в вопросах здоровьесберегающей деятельности, т.е. теоретической и практической готовности к осуществляемым переменам. Были разработаны программы к различным курсовым мероприятиям по данной тематике, одним из них явился дистанционный курс: «Интерактивные современные технологии со здоровьесберегающим потенциалом» (36 ч). Такая организация курса очень удобна: обучение педагогов проходит без отрыва от учебного процесса и большая часть педагогов одной школы может быть задействована в курсовой подготовке.

Содержание этого курса представлено в виде совокупности трех его элементов – знаний, способов и смыслов, что дает основание заключить, что по окончании курса каждый слушатель должен

*знать*: о социально-психологических особенностях школьников; о понятиях «педагогическая технология», «инновационные педагогические технологии», «требования к здоровьесберегающим образовательным тех-

нологиям». К таким технологиям мы отнесли: обучение в сотрудничестве; игровые технологии; проблемное обучение, в том числе проектный метод; технологию «Чтение и письмо через развитие критического мышления»;

*уметь*: организовать учебно-воспитательный процесс в соответствии с целями здоровьесбережения (принципы подбора методик и технологий, учебных предметов в расписании, их последовательность, количество, здоровьесберегающая организация уроков и перемен, гигиенические условия в классе); организовать процесс формирования культуры здоровья в учебной и внеучебной деятельности с использованием здоровьесберегающих интерактивных технологий; проектировать уроки различного типа, опираясь на современные педагогические технологии; организовать диалоговую культуру общения по вертикали и горизонтали («учитель–учитель», «учитель–ученик», «учитель–родители»); организовывать свою профессиональную деятельность без ущерба для собственного здоровья; анализировать уроки с позиций здоровьесбережения;

*понимать*: что здоровый образ жизни школьника – комплекс способов и средств повседневной жизнедеятельности, форм общения и безопасного поведения; что проектировать здоровьесберегающую педагогическую деятельность необходимо, исходя из школьных факторов риска для здоровья и опираясь на концептуальные и методологические принципы здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении (на взаимосвязь образовательного и воспитательного процессов, управления деятельностью в образовательном учреждении и обеспечения благоприятной коммуникативной среды).

Итогом обучения в рамках дистанционных курсов является выполнение практических и проектных работ с использованием изученных «здоровьесберегающих педагогических технологий». Эти практические работы совместно обсуждаются в чатах, форумах и в индивидуальных сообщениях, при этом преподаватель отмечает все положительные моменты работы и рекомендует, что можно изменить в данных работах для их улучшения.

## ВАЛЕОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

**Г.Л. Апанасенко**

*Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, Киев, Украина*

**Резюме.** В статье представлены основные критерии валеологии как науки: предмет, объект, теоретические основы, методы.

**Ключевые слова:** валеология, индивидуальное здоровье.

**Summary.** This article presents the main criteria of valeology as a science: subject, object, theoretical frameworks, methods.

**Key words:** valeology, individual health.

*Введение.* До сего времени не сложилось чётких представлений о том, что такое валеология – «интегративная научная область» [4] или самостоятельная наука. До сих пор остаётся предметом дискуссий: в чём сущность валеологии, что она исследует, в чём заключаются основные технологии.

*Предмет и объект валеологии.* На VI международном научном конгрессе валеологов, состоявшемся в мае 2011 г., научный руководитель конгресса профессор В.В. Колбанов провозгласил: «Конкретизирована сущность валеологии, заложенная в её латинском названии – учение о здравствовании. Именно глагол «здравствую», а не существительное «здоровье» расставил акценты». И в следующем абзаце утверждает: «Валеология – это интегративная наука о путях и способах формирования, сохранения и укрепления индивидуального здоровья человека. Объект валеологии – здоровье человека, а предмет – условия, пути и способы здравотворчества».

По нашему мнению, здесь один из основоположников педагогической валеологии делает серьёзную методологическую ошибку. Именно В.В. Колбанову принадлежит утверждение, с которым мы полностью согласны: валеология – это метанаука, т.е. наука с несколькими предметами исследования. Определение валеологии как науки о здоровье (а именно так её определил основоположник И.И. Брехман) является очень общим, в ней можно (и нужно!) выделить несколько предметов исследования: 1) механизмы здоровья, возможности управления этими механизмами; 2) закономерности вовлечения личности в процесс собственного здравостроительства; 3) реализация психического потенциала индивида и др.

Таким образом, вполне оправданным является разделение метанауки валеологии по предмету исследования – на медицинскую (санологию), педагогическую и психовалеологию. Перечень предметов исследования не ограничивается приведенным списком. Вполне вероятно появление новых предметов исследования, имеющих прямое отношение к здоровью человека. Утверждать, что «расчленение валеологии» на указанные разделы единой метанауки приведёт к её катастрофе – ошибка. Физика, математика, педагогика и пр. давно и успешно «расчленяются», получая новые стимулы для развития.

Важнейшим пунктом противоречий является предмет исследования валеологии. Разрешить эти противоречия может небольшой экскурс в историю валеологии. Ведь у И.И. Брехмана был великий предшественник –

его учитель проф. Н.В. Лазарев. Именно он создал учение о состоянии неспецифической повышенной сопротивляемости (СНПС) человека [5], присовокупив к трём известным со времён Галена состояниям (здоровье, болезнь, предболезнь) и четвёртое, при котором человек не просто чувствует себя здоровым, но располагает еще и определенным «запасом прочности», обеспечивающим ему наилучшие условия для выживания. Достичь этого состояния возможно с помощью различных общеоздоравливающих воздействий, среди которых особую роль играют природные средства, названные Н.В. Лазаревым адаптогенами. Именно учение о СНПС явилось фундаментом, на котором И.И. Брехман начал строить фундамент валеологии. То есть, если вести речь о предмете исследования, необходимо говорить о состоянии (существительном), а не о глаголе «здравствовать». Таким образом, предмет исследования валеологии – индивидуальное здоровье во всех его аспектах. И это единственная наука, исследующая индивидуальное здоровье человека.

Совершенно очевидно, что объектом приложения усилий валеологии как науки (для всех её разделов) является человек во всём многообразии его бытия. Цель этих усилий: человек должен быть здоровым, социально активным, жить долго и иметь возможность себя реализовать как личность. И решение этой проблемы осуществляется различными направлениями валеологической науки.

Мы поставили на первое место медицинскую валеологию не потому, что она является самым важным разделом валеологии, а в связи с тем, что она «рождена» врачами, убедившимися в ущербности существующей парадигмы здравоохранения. К тому же термин «индивидуальное здоровье» является сугубо медико-социальной категорией, и развитие многих аспектов валеологии обусловлено именно этим. Но по своей значимости для сохранения и укрепления здоровья человека необходимо, вероятно, отдать приоритет педагогической валеологии, ибо «валеологическая образованность» индивида, его представления о том, что для здоровья хорошо и что плохо, как нужно строить свою жизнь, чтобы прожить долго и в здоровье, в конечном итоге, имеют намного большее значение, чем использование чисто медицинских и иных технологий. Да и масштабность охвата технологиями педагогической валеологии (образование и воспитание) несравнима с медицинской валеологией: ведь это всё население.

*Компоненты здоровья.* Чрезвычайно запутана проблема «компонентов» здоровья. В.В. Колбанов выделяет нравственный, физический, психический, соматический, репродуктивный и социальный компоненты здоровья. Ю.К. Бахтин идёт ещё дальше, добавляя к перечисленным «психолого-



коммуникативный» и «аморбидный (медико-профилактический)» компоненты здоровья. Насколько правомерно выделение всех этих компонентов?

С позиций валеологии человек представляет собой единую систему, состоящую из трёх иерархических уровней: духовного, психического и телесного. Поэтому, если говорить о компонентах здоровья, следует выделять соответственно духовный, психический (душевный) и соматический (физический) компоненты. Все остальные компоненты являются частью перечисленных. При этом духовность – вершина иерархии системы. То, что происходит на низших уровнях организации человека – психическом и телесном – целиком определяется состоянием духовной сферы. Здесь, конечно, валеология ничего нового не открыла: все древние философские и религиозные учения стоят на этих же позициях. Но она впервые использовала этот подход для решения проблем индивидуального здоровья.

Следует отметить, что «духовность» (термин, который «настораживает» В.В. Колбанова) в валеологии трактуется не в религиозном смысле, а в светском. Под духовностью мы (вместе с И.А. Гундаровым) понимаем особую деятельность сознания, направленную на постижение смысла жизни и своего места в ней, на определение критериев добра и зла для оценки людей и событий. Если человек понимает, для чего он пришёл в этот мир и задумывается над тем, что он оставит после себя, то его можно назвать духовно здоровым. Духовно благополучными считаются жизнь и действия, соответствующие общечеловеческим нормам нравственности, закреплённым народной мудростью в религиозных заповедях. Они предназначены для поиска оптимальных форм существования и развития человека и общества. Противоположные мотивы относятся к сфере духовного неблагополучия (с точки зрения религии – «греховности»). Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что физическая жизнеспособность населения зависит не только от условий бытия (материальных факторов), но и от нравственной атмосферы и эмоционального состояния общества (духовных и душевных факторов).

Проблемой духовности наука никогда не занималась. И «измерить» её невозможно. Но суммарную величину духовного неблагополучия характеризует общая преступность. Для изучения связи показателей «ущербной» духовности было проведено исследование на материале российской и украинской статистики [3]. Обнаружено тесное совпадение между динамикой нравственного и физического неблагополучия. Степень корреляции обеих траекторий достигала 0,85. Всякое повышение или снижение преступности сопровождалось повышением или снижением смертности. Подобная по характеру связь обнаружена и между динамикой самоубийств и смертности. В обоих случаях каждая из группы причин не могла вызывать другую. Значит,

существовал какой-то скрытый агент, который формировал общую единую предрасположенность к преступлениям, убийствам, самоубийствам и болезням. Ни один из известных медицинских, экологических, геофизических или иных факторов не повторял представленной траектории. Вероятнее всего, в роли скрытой причины выступало нравственно-эмоциональное состояние общества («ущербная» духовность).

Изложенные материалы служат достаточным основанием для выдвижения гипотезы о значении духовного неблагополучия как фактора риска преждевременной смерти [3]. И это есть область интересов медицинской валеологии.

Отдельно следует рассмотреть так называемый «социальный» компонент здоровья, который, кстати, фигурирует и в известной дефиниции здоровья ВОЗ. Вполне очевидно, что в иерархической системе «Человек» отсутствует соответствующий уровень иерархии. Социализация личности, возможности её реализации, успех в жизни и т.п. зависят от результативности функционирования всех уровней обсуждаемой иерархической системы. Таким образом, то, что понимается под термином «социальное здоровье», есть проявление здоровья. Проявлением здоровья можно считать и физическое состояние, и способность выжить в экстремальных или неблагоприятных условиях, способность к эффективной репродуктивной функции и т.п. То есть реализация всех биологических и социальных функций человека – проявления здоровья, по одной простой причине – всё перечисленное является результатом деятельности всех иерархических уровней системы «Человек».

#### *Теоретические основы валеологии*

1. Индивидуальное здоровье человека – самостоятельная медико-социальная категория, сущность которой может быть количественно и качественно охарактеризована прямыми показателями через его механизмы или проявления. Имея эти показатели, здоровьем можно «управлять» – формировать, сохранять, укреплять. Существует «безопасный» уровень здоровья (БУЗ), выше которого не определяются ни эндогенные факторы риска развития заболеваний, ни их манифестированные формы [1, 2]. Достижение и сохранение БУЗ – цель валеологии.

2. Здоровье рассматривается как более общая категория в сравнении с предболезнью и болезнью. Предболезнь и болезнь – частные случаи здоровья, когда уровень его снижен или имеются его дефекты. Основное свойство процессов здоровья в этих случаях – компенсация патологического процесса. В случае его манифестации необходимо использовать обе модели диагностики – определение уровня здоровья и нозологический диагноз. В этом случае возможно прогнозирование состояния индивида.

3. Между медико-социальными состояниями «здоровье» (полноценное, без ограничений выполнение биологических и социальных функций) и «болезнь» (ограниченная в своей свободе жизнь) выделяют переходные состояния (они объединяются общим термином «третье состояние»). К ним относятся «предболезнь», основной характеристикой которого является возможность «саморазвития» патологического процесса при выходе индивида из зоны БУЗ, и неманифестированный патологический процесс. Вектор изменений состояния индивида может быть направлен как от здоровья к болезни, так и в обратную сторону – через переходные состояния.

4. Категория «индивидуальное здоровье» неотделима от категории «человек» (во всей его сложности). Она появляется и изменяется вместе с человеком. Подход к человеку и его здоровью, используемый в валеологии, – интегративный (системный), холистический (от holos – целостный).

*Методы валеологии.* Основным методом валеологии является управление здоровьем индивида: характеристика управляемого объекта, формирование управляющих действий, их реализация, оценка адекватности и эффективности (обратная связь).

#### Литература

1. Апанасенко, Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека / Г.Л. Апанасенко. – СПб.: Петрополис, 1992. – 138 с.
2. Апанасенко, Г.Л., Попова Л.А., Маглёванный А.В. Санология. Основы управления здоровьем / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова, А.В. Маглёванный. – Saarbrücken: Lambert Acad. Publ., 2012. – 405 с.
3. Гундаров, И.А. Пробуждение... / И.А. Гундаров. – М., 2001. – 349 с.
4. Колбанов, В.В. Дальнейшие перспективы развития валеологии / В.В. Колбанов / Матер. VI конгр. валеологов «Здоровье человека – 6». – СПб., 2011. – С. 8-9.
5. Лазарев Н.В., Люблина Е.И., Розин М.А. Состояние повышенной неспецифической сопротивляемости / Н.В. Лазарев, Е.И. Люблина, М.А. Розин // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1959. – Т.3, Вып.4. – С.16-21.

### ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА, И ИХ ЗНАЧЕНИЕ

**Ю.К. Бахтин**

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

**Резюме.** В статье обсуждается значение факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья человека, именно на изначальное формирование здоровья, а не на возникновение нарушений здоровья в форме заболеваний и их последствий.

Такой валеоцентрический подход к оценке факторов, формирующих здоровье человека, отличается от общепринятого патоцентрического подхода к определению роли и значения факторов, влияющих на здоровье, опирающегося, прежде всего, на факторы риска нарушений здоровья – на условия и причины возникновения заболеваний и их последствий, что имеет вторичное отношение к формированию здоровья человека.

**Ключевые слова:** формирование здоровья человека, факторы формирования здоровья, компоненты здоровья, образ жизни человека, здоровый образ жизни, компоненты здорового образа жизни

**Summary.** This article discusses the importance of factors influencing human health formation, more specifically, the initial formation of health and not the occurrence of health problems such as diseases and their effects. This health-oriented approach to assessing factors shaping human health differs markedly from the conventional pathocentric approach to defining the role and importance of health factors that is primarily based on health risks including conditions and causes of diseases and their effects, which is secondary to human health formation.

**Key words:** Human Health Formation, Factors Shaping Health, Health Components, Way of Life, Healthy Lifestyle, Healthy Lifestyle Components.

Индивидуальное здоровье человека принято определять как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезни или недомогания («Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity»). Именно такое определение здоровья было дано в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), утверждённого парламентами 26 стран – участниц этой международной организации, при её основании 7 апреля 1948 года [1, 2].

И хотя данное определение здоровья отличает некоторая философическая обобщённость, с отсутствием привычной детализации и конкретики, тем не менее оно привлекает внимание рациональной краткостью и рельефным выделением своей основной мысли, существенной основы содержания данного понятия – подтверждением того, что здоровье человека многогранно, но его характеризуют и непременно участвуют в его формировании как минимум три главных фактора – физический, ментальный (умственный, душевный, психический) и социальный.

Известны ещё более ста определений понятия «здоровье человека», – оригинальных, ёмких, конкретных и содержательных, однако либо излишняя их детализация, либо акцентуация – преимущественно на биологической, физиологической, физической, психологической или на социальной основе рассмат-

риваемого явления – делает такие определения (не отрицая присущих им достоинств) не всегда вполне пригодными для их широкого использования, как в научно-методической, так и в образовательной деятельности [3].

Здоровье человека складывается из нескольких основных компонентов, среди которых наиболее значимыми нам представляются следующие:

- соматический;
- физический;
- ментальный (умственный, психический);
- духовно-нравственный;
- психолого-коммуникативный (психологический);
- сенсорный;
- речевой (логопедический);
- аморбидный (медико-профилактический);
- репродуктивный.

Что же касается роли и значения основных факторов, принимающих участие в формировании здоровья, то многолетние исследования научной школы специалистов по общественному здравоохранению, возглавляемой академиком Ю.П. Лисицыным, позволили распределить их следующим образом [4]:

- Образ жизни человека – на 50-55% определяет состояние его здоровья.
- Экологические факторы – на 20-25% влияют на здоровье человека.
- Биологические факторы – на 15-20% определяют состояние здоровья.
- Медицинские факторы – на 8-10% оказывают влияние на здоровье человека.

Эти выводы известных, авторитетных учёных не вызывают сомнений. Они признаны широкими кругами учёных и практиков и активно используются в научно-исследовательской, медико-профилактической, санитарно-просветительской, научно-популярной и учебно-методической деятельности. Данные выводы о роли и значении основных факторов формирования здоровья часто цитируются в приближённом соотношении их влияния на здоровье как 50% : 20% : 20% : 10% [5]. Тем самым подчёркивается не столь уж значительное влияние медицины на формирование и сохранение здоровья человека, однако при этом выделяется несравненно большее значение для здоровья того образа жизни, который ведёт сам человек: «Хочешь быть здоровым – будь им!» [6].

Всё это выглядит вполне обоснованно и очень убедительно, но на два обстоятельства нельзя не обратить внимания:

1. Данные выводы исходят из патоцентрического подхода исследователей к здоровью, поскольку они основываются на анализе причин заболеваемости людей, тогда как более предпочтительным представляется валеоцентрический подход к определению значения факторов, непосредственно влияющих на формирование именно здоровья человека, а не его нарушений.

2. Уважаемые исследователи объединяют образ жизни человека с условиями его жизни, а это совершенно разные факторы, и такое объединение выглядит не вполне корректным методологически.

Нам представляется более обоснованным, исходя из валеоцентрического подхода к формированию здоровья, структурно-логическим методом разделить факторы, влияющие на здоровье человека, на 4 равные по значению группы и распределить их относительное значение для формирования, укрепления и сохранения здоровья следующим образом:

- экологические факторы: 25% влияния на формирование здоровья;
- биологические факторы: 25% влияния на здоровье человека;
- социальные факторы, включающие, в частности, и медицину, и организацию здравоохранения, и социально-бытовые условия жизни человека: 25% влияния на здоровье;
- личностные факторы, обуславливающие мотивацию к здоровью и здоровому образу жизни и включающие направленность личности на формирование, укрепление и сохранение здоровья: 25% влияния на здоровье человека.

При этом процентное соотношение влияния этих основных факторов на формирование здоровья может незначительно меняться в зависимости от конкретных обстоятельств, но общее их соотношение и взаимное влияние, по нашему убеждению, существенно измениться не могут. В то же время из сочетания личностных и социальных факторов в каждом конкретном случае выстраивается именно тот образ жизни, который и будет реально вести данный человек. Так происходит по той причине, что образ жизни материализуется в конкретных условиях жизни, которые, как правило, являются определяющими для состояния здоровья людей [8, с.34].

Но каким бы образом ни оказывали влияние на человека условия его жизни и деятельности, наличие его внутреннего стремления к активной, деятельной и продуктивной жизни, понимание ценности своего здоровья и важности его сбережения путём следования принципам здорового образа жизни и другие личностные факторы формирования здоровья, несомненно, играют ведущую роль.

На созидание личностных факторов здоровья человека в значительной степени оказывают влияние такие факторы, как педагогическая деятельность

образовательных учреждений, как воспитательная функция семьи, трудового коллектива, наряду с воздействием средств массовой информации, учреждений культуры и искусства, с доступностью и эффективностью работы спортивно-оздоровительных учреждений и др. Больше значение в этом плане имеет также и общественная активность самого человека, в основе которой – аксиологическая культура его личности.

Необходимо всячески способствовать формированию у подрастающей молодежи по-настоящему здорового, активного, развивающего и трезвого образа жизни, основанного на высоких нравственных и морально-этических принципах, нацеленного на саморазвитие, самосовершенствование, самореализацию и успешную социализацию человека. Это должен быть такой образ жизни, который обеспечивает формирование достаточных психофизиологических резервов здоровья, составляющих основу активного долголетия и создающих условия для радостной и счастливой, интересной и продуктивной жизни человека.

Что означает рекомендация: «Вам нужно вести здоровый образ жизни»? Что включает в себя содержание данного понятия «Здоровый образ жизни»? По нашему мнению, основывающемся на анализе учебно-методической и научной литературы по данному вопросу, а также на опыте учебно-воспитательной работы со студентами педагогического университета, содержание понятия «Здоровый образ жизни» включает следующие основные компоненты:

- рационально организованную трудовую деятельность, – организованную так, чтобы она минимизировала бы воздействие факторов риска нарушений здоровья и соответствовала бы гигиеническим нормативам условий труда и режима его реализации, с необходимым соблюдением гигиенических рекомендаций по сбережению функциональных возможностей сенсорных систем организма (органов зрения, слуха) в условиях трудовой деятельности;
- достаточную, адекватную физическую активность (как в процессе трудовой деятельности, так и вне её), не забывая об эффективном лечебно-профилактическом действии движения;
- активное отношение к занятиям оздоровительной физкультурой и общеукрепляющими видами спорта, наряду с закаливанием и другими методами укрепления защитных сил организма;
- рациональное питание, соответствующее по своей калорийности энергетическим затратам организма и сбалансированное по объёму принимаемой пищи, по составу пищевого рациона, по содержанию основных

ингредиентов пищи и по их соотношению, – в соответствии с рекомендациями по режиму питания и распределению суточного пищевого рациона;

- ответственное отношение к своему сексуальному поведению, основывающееся на общественно принятых принципах морали и нравственности и направленное на реализацию любви, на создание и укрепление семьи, на рождение и воспитание детей, а не на поиски мимолётных приключений, сиюминутных сомнительных удовольствий и других проявлений легкомыслия, социальной незрелости, гедонизма и потребительского эгоцентризма;
- ответственное отношение к собственному здоровью: своевременное обращение за медицинской помощью, когда в этом возникает необходимость, а также ответственное отношение к рекомендациям специалистов – по выполнению методов обследования, лечения и профилактики различных форм нарушений здоровья (рациональная медико-профилактическая активность);
- доброжелательное, внимательное и участливое отношение к окружающим, а также – предупредительность, вежливость и другие проявления антистрессового поведения в семье, в коллективе и в обществе; стремление к профилактике конфликтных ситуаций и к благополучному разрешению подобной ситуации в случае её возникновения;
- категорическое неприятие вредных привычек и нежелательных болезненных пристрастий, разрушительно воздействующих на организм и личность человека: решительный отказ от курения табака, систематического и неумеренного употребления алкоголя, а также от немедицинского употребления психоактивных веществ; категорическое недопущение любой формы опробывания и повторного приёма наркотиков;
- умение предвидеть опасные ситуации и их предупреждать, а также грамотно, правильно и решительно действовать при их возникновении.

Недопустимо при этом следовать весьма рискованной и даже реально опасной линии поведения, направленной на то, чтобы всё на себе испытать, всё испробовать и чтобы на основании собственного опыта всё оценить. Именно это обстоятельство нередко служит первым побудительным мотивом приобщения к употреблению психоактивных веществ, в том числе и к употреблению наркотиков.

Приведенные положения используются нами в преподавании учебных курсов: «Основы здорового образа жизни» и «Основы медицинских знаний и профилактика болезней» для студентов Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

*Литература*

1. Вайнер, Э.Н. Валеология: учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – 8-е изд., перераб. – М: Флинта: Наука, 2010. – 448 с.
2. Колбанов, В.В. Валеология: основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб: ДЕАН, 1998. – 232 с.
3. Колбанов, В.В. Дальнейшие перспективы развития валеологии / В.В. Колбанов // Здоровье человека – 6: материалы VI Международного конгресса валеологов. 23-25 мая 2011 г. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2011. – С. 3-8.
4. Лисицын, Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: проблемная статья / Ю.П. Лисицын // Медицинская газета. – № 19 от 19.03.2010. – С. 12.
5. Основы валеологии: учебное пособие / под ред. В.П. Соломина, Л.П. Макаровой, Л.А. Поповой. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И.Герцена, 1999. – 205 с.
6. Петленко, В.П. Этюды валеологии. Здоровье как человеческая ценность : учебное пособие / В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко. – СПб: Балтийская педагогическая академия, 1998. – 120 с.
7. Реймерс, Н.Ф. Краткий словарь биологических терминов: Книга для учителя / Н.Ф. Реймерс. – 2-е изд. – М.: Просвещение, 1995. – 368 с.
8. Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2011.– 592 с.

#### МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**Т.С. Борисова, М.М. Солтан, А.Р. Аветисов**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Республика Беларусь*

**Резюме.** Необходимо дальнейшее совершенствование здоровьесберегающего образования. Процесс накопления валеологических знаний должен быть непрерывным и последовательным. Формировать валеологические знания у населения должны специально подготовленные кадры.

**Ключевые слова:** валеология, врач, здоровый образ жизни.

**Summary.** Further improvement of healthy education. The accumulation of knowledge vaeologicheskikh must be continuous and consistent. Valeological generate knowledge in the population should specially trained personnel.

**Key words:** valeology, doctor, healthy lifestyle.

Сохраняющиеся негативные тенденции в состоянии здоровья населения Республики Беларусь, характеризующиеся ростом общей заболеваемости и смертности, в том числе среди лиц трудоспособного возраста, преобладание в структуре заболеваемости хронических неинфекционных

заболеваний, возникновение которых связано, в первую очередь, с образом жизни человека, требуют пересмотра позиций общественного здоровья с переносом акцентов на усиление мероприятий первичной профилактики и повышение ответственности каждого человека за собственное здоровье [2].

В связи с этим становятся актуальными вопросы подготовки специалистов, которые могут профессионально распространять валеологические знания, формировать общественное мнение в пользу ведения здорового образа жизни и оказывать грамотное содействие в приобретении навыков здоровьесберегающего поведения на индивидуальном уровне [3].

Кроме того, профессиональный статус самого врача, независимо от профиля и специальности, предполагает должный уровень собственного физического и психического здоровья. Повышение рейтинга здоровья в системе ценностей студентов-медиков является необходимым условием последующей успешной профессиональной социализации, так как пациент больше доверяет здоровому врачу, чем больному. Однако необходимо учитывать, что совершенствование валеологического мировоззрения студентов на современном этапе происходит в условиях широкого распространения нездорового образа жизни среди всего населения [1].

Поэтому целью настоящей работы явились анализ преподавания дисциплины «валеология» в рамках Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ) и оценка формирования среди студентов медицинского ВУЗа установок на здоровый образ жизни как составной части становления профессионального статуса врача.

**Материалы и методы исследования.** Осуществлен анализ системы преподавания валеологических знаний в университете за последние 20 лет. Одновременно проведено анкетирование 513 студентов медико-профилактического факультета БГМУ, так как именно им принадлежит ведущая роль в пропаганде здорового образа жизни и гигиеническом обучении и воспитании населения. В работе использован историко-аналитический и социологический методы исследования с обработкой полученных материалов стандартными статистическими методами с помощью компьютерной программы MS Excel.

**Результаты и их обсуждение.** Валеологию как самостоятельную дисциплину в БГМУ начали преподавать на кафедре гигиены детей и подростков в 1991 году, хотя изложение основ формирования здорового образа жизни (в аспекте гигиенического воспитания) всегда имело место в курсе гигиены детей и подростков, а проблемы, связанные с изучением формирования навыков здорового образа жизни подрастающего поколения, всегда были в центре научных изысканий сотрудников кафедры. Практические рекомендации

всех защищенных на кафедре диссертаций в той или иной мере также касались аспектов формирования здоровьесберегающего поведения детей и подростков, в частности рекомендации по коррекции двигательного режима в зависимости от возраста, пола, наличия или отсутствия нарушений в состоянии здоровья.

Если рассмотреть в динамике развитие валеологии как научной дисциплины, то изначально это был курс, рассчитанный на формирование основ личной гигиены и здорового образа жизни самих студентов. Впоследствии он расширялся по объему и тематике, дополнялся и видоизменялся в целевом предназначении. Сегодня валеология – как самостоятельная дисциплина в БГМУ ставит определенные цели: валеологизация знаний будущих специалистов и выработка валеологического мышления; создание мотиваций к ведению здорового образа жизни; выработка умения проведения донозологической диагностики и обоснования валеологического прогноза с разработкой научно обоснованных рекомендаций по формированию здорового образа жизни; обучение методологии пропаганды здорового образа жизни.

С 2013 года базовый курс валеологии преподается помимо студентов III курса медико-профилактического факультета и студентам II курса фармацевтического факультета. С этого же года преподавание валеологии дополнено практическим аспектом для субординаторов VI курса медико-профилактического факультета. Подготовка по специальности врач-валеолог потребовала введения стандарта валеологического образования, основанного на сквозном непрерывном валеологическом воспитании и образовании, а также систематичности и динамичности валеологического обучения с последовательным углублением и усложнением содержательных линий. Это привело к необходимости создания правовых, нормативных, материальных, организационных, научно-методологических, учебно-методических основ функционирования, без которых невозможна эффективная и высококачественная подготовка специалистов в соответствии с требованием времени.

Таким образом, последовательное формирование валеологических знаний на сегодняшний день проводится только на медико-профилактическом факультете (обучаются III и VI курсы). Реализация валеологического обучения на данном факультете осуществляется по двум взаимодополняющим направлениям: посредством специализированного обучающего курса и интегративных взаимосвязей с другими предметами, такими как физиология, анатомия, биология и основы генетики, физическая культура, экология, гигиена, клинические дисциплины, психология, педагогика, социология, политология, философия, культурология.

С учетом требований времени содержание специализированного курса сегодня расширено по объему и тематически включает: философско-методологические аспекты и фундаментально-концептуальные основы валеологии; целостное представление о здоровье человека и факторах его формирующих; резервы здоровья, системы защиты и методы контроля здоровья; немедикаментозная система оздоровления; социальные институты здоровья, общественные основы формирования здорового образа жизни, гигиеническое обучение и воспитание населения; валеологический прогноз и валеореабилитация – разработка индивидуальных программ оздоровления.

В целях повышения валеограмотности потребителей валеологических знаний и своевременной коррекции программы преподаваемой дисциплины, необходимо, на наш взгляд, проводить мониторинг динамики валеограмотности и состояния здоровья студентов как результата практической реализации полученных знаний и навыков. Проведенное анкетирование студентов позволило оценить и данный аспект подготовки специалистов.

Анализ анкет по вопросам формирования здорового образа жизни показал, что в шкале жизненных ценностей студентов лидирует здоровье – 74%, затем следует семья – 73%, любовь и интересная работа – соответственно 61% и 52%, дети – 48%.

Студенты медицинского ВУЗа хорошо осведомлены о составляющих здорового образа жизни, на что указывает распределение, по их мнению, основных факторов, благоприятно влияющих на здоровье человека. Первостепенное значение опрошенные отводят правильному питанию (83%), затем следуют полноценный отдых и отказ от вредных привычек (61%), достаточная физическая активность и взаимопонимание в семье и на работе (56%), хорошие условия труда или учёбы (48%), благоприятные экологические условия (42%). Уровень и качество медицинского обслуживания оказались на одном из последних мест по степени своего вклада в здоровье человека. Факторами, ухудшающими индивидуальное состояние здоровья, по мнению респондентов, являются качество питания (64%), экологические условия (35%) и условия учёбы (32%).

В качестве основных способов сохранения и укрепления собственного здоровья студенты указывают на соблюдение правил личной гигиены (92%), ограничение приема алкоголя (62%), контроль веса (61%), отказ от курения (42%), контроль психического состояния (40%). Однако как средство сохранения здоровья занятия активными видами спорта выбирают только 16% опрошенных, из них посещают бассейн или тренажерный зал 17%, 22% студентов ежедневно выполняют физическую зарядку.

Одним из важнейших составляющих компонентов здорового образа жизни является питание. Как показали результаты опроса, при организации собственного здорового и безопасного питания студенты чаще всего руководствуются следующими правилами: контроль маркировки и сроков годности употребляемых продуктов питания; употребление натуральных (без пищевых добавок и консервантов) продуктов питания; соблюдение умеренности в потреблении пищи; использование йодированной соли; соблюдение режима питания, в частности, обеспечение не менее трехкратного приема пищи, использование для питья бутилированной воды. Наряду с этим около 20% студентов «питаются, как придется».

Несмотря на понимание роли адекватной физической нагрузки в повышении адаптационных резервов и устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов окружающей среды, 86% респондентов указывают на ведение «сидячего образа жизни». В целях компенсации недостатка двигательной активности ежедневно работают по дому 36% студентов, совершают прогулки на свежем воздухе 21%, занимаются физическими упражнениями и спортом – 8% молодых людей. Настораживает, что 35% юношей и девушек полностью исключают физическую культуру из режима дня, заменяя её просмотром телепередач и общением в интернете, предпочитая пассивный образ жизни.

Здоровье для подавляющего большинства опрошенных студентов является, бесспорно, значимой ценностью (в частности, большинство опрошенных никогда не пробовали курить). Вместе с тем саморазрушающее поведение имеет место и в анализируемой студенческой среде. На момент опроса относят себя к курильщикам треть респондентов. Курили, но бросили 17% студентов. Из тех, кто курит, около 15% хотели бы расстаться с этой пагубной привычкой.

Индикатором реализации студентами валеологических знаний на практике является состояние их собственного здоровья. Однако, учитывая выявленные при анкетировании факторы «нездоровья», следует предполагать наличие отклонений в состоянии здоровья анализируемой когорты. По результатам анализа анкет у 64% студентов установлено наличие той или иной хронической патологии, из них у 14,1% респондентов она имеет сочетанный характер. В структуре патологии лидируют нарушения зрения (50%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (20,3%) и нарушения со стороны дыхательной системы (17,2%), в причинных факторах возникновения которых ведущую роль играет поведенческий фактор.

Всё вышеизложенное позволило сотрудникам кафедры гигиены детей и подростков совместно с деканатом медико-профилактического факульте-

та сформулировать основные направления повышения эффективности не только валеологизации знаний студентов медицинского вуза, но и более действенной реализации их на практике. Концепцией развития предусматривается совершенствование взаимосвязанных валеологической, воспитательной и образовательной-развивающей составляющих медицинского образования, более широкое привлечение студентов к самостоятельной поисковой и творческой деятельности, более активное вовлечение их в учебно-воспитательный процесс с применением проблемно-поискового характера форм и методов обучения, содействие развитию волонтерского движения, по принципу «равный обучает равного», наряду с повышением эффективности образовательной деятельности систематический мониторинг валеограмотности и состояния здоровья студентов, направленный на улучшение формирования положительного имиджа врача.

Говоря о дальнейших перспективах валеологического образования студентов медицинского вуза, необходимо учитывать два ведущих компонента: сохранение достигнутого положительного опыта и создание благоприятных условий для дальнейшего углубления и совершенствования его содержательной линии.

#### *Литература*

1. Бахтин, Ю.К. Оценка образа жизни современного студента / Ю.К. Бахтин, Д.В. Сухоруков, Л.А. Сорокина // Здоровый образ жизни и полезные для здоровья факторы. – СПб.: Крисмас+, 2010. – С. 72-73.
2. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2012 году и основных направлениях деятельности на 2013 год / В.И. Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – № 1. – С. 3-12.
3. Мережко, Г.В. Некоторые аспекты и практические перспективы решения проблемы здорового образа жизни / Г.В. Мережко // Организация здорового образа жизни в зависимости от профессиональной деятельности: тез. докл. респ. науч.-практ. конф., Минск, 27 мая 2009 г. – Минск: Акад. МВД Респ. Беларусь, 2009. – С. 90-92.

#### ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

**Л.К. Бусловская**

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

**Резюме.** Обсуждаются проблемы внедрения здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательный процесс начальной школы с учетом индивидуальных особенностей детей и состояния их здоровья. Представлены результаты мониторин-

га здоровья и адаптации детей младшего школьного возраста к учебным нагрузкам. Установлено, что 87,5% детей с расстройствами речи имеют низкий уровень физического здоровья и демонстрируют напряжение адаптационных механизмов. Предлагаются рекомендации по коррекции и профилактике дезадаптации у детей с нарушениями речи.

**Ключевые слова:** здоровьесберегающие технологии, младшие школьники, адаптация, коррекционные мероприятия.

**Summary.** The problems of the health-medical-hygienic technologies implementation to the primary school educational process are discussed taking into account the children individualities and health. The results of the monitoring of the primary school age children health and their adaptation to educational loads are presented. The 87.5 per cent of children with speech disorders are found to show the low physical health levels and the high distress of their adaptive facilities. The ways to correct and prevent of the disadaptation in children with speech disorders are recommended.

**Key words:** health saving technologies, Junior high school students, adaptation, correctional measures.

Начало обучения в школе – чрезвычайно сложный, переломный для ребенка период, в это время происходит перестройка всего образа жизни, возрастают психоэмоциональная и статическая нагрузки. Школа требует от младшего школьника максимальной мобилизации его физических, интеллектуальных и личностных сил, все это приводит к функциональному напряжению адаптивных механизмов. По данным института возрастной физиологии РАО, у 15-40% школьников отмечаются трудности в обучении, которые негативно влияют на состояние здоровья. Результаты масштабного эксперимента по изучению психолого-педагогических аспектов адаптации первокурсников к обучению, проведенного коллективом исследователей в восьми регионах страны, подтверждают общую неблагоприятную ситуацию, свидетельствующую о низких адаптационных ресурсах организма и плохом здоровье [1, 2]. Детям с нарушениями речи труднее адаптироваться к учебным нагрузкам, так как отставание в речевом развитии лежит в основе многих форм интеллектуальных, сенсорных и двигательных нарушений [3]. Все это диктует насущную необходимость учитывать индивидуальные, возрастные особенности детей, их здоровье и адаптивные возможности при внедрении здоровьесберегающих технологий.

В педагогическом институте Белгородского национального исследовательского университета на факультете дошкольного, начального и специального образования готовят учителей начальных классов, воспитателей дошкольных учреждений, педагогов дефектологов и учителей изобразитель-

ного искусства. Для студентов, получающих педагогическое образование, осознанное отношение к здоровью, умение оберегать, поддерживать и сохранять его, обретение валеологической компетентности, позволяющей самостоятельно и эффективно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения имеет особое значение. Именно от них, будущих учителей, зависит решение проблемы здоровьесбережения у детей.

Основные технологии – медико-профилактические, физкультурно-оздоровительные, технологии обеспечения социально-психологического благополучия, здоровьесберегающие образовательные технологии. Медико-профилактические технологии обеспечивают сохранение и укрепление здоровья всех участников образовательного процесса. Прежде всего, это организация здоровьесберегающей среды, мониторинга здоровья, контроля и помощи в обеспечении требований СанПиНов, разработка профилактических мероприятий. В основу валеологической подготовки студентов педагогических специальностей положены такие учебные дисциплины, как «Здоровьесбережение в начальном образовании», «Возрастная анатомия и физиология», «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни», «Безопасность жизнедеятельности», «Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста» и другие, способствующие выработке у студентов активной здоровьесберегающей жизненной позиции. Однако достигнутый результат может быть утрачен, если процесс формирования валеологической культуры и мотивации к ведению здорового образа жизни не будет подтвержден всем образовательным процессом вуза на протяжении всего периода обучения. Курсы по выбору как нельзя лучше способствуют этому и целенаправленно формируют валеологическую культуру студентов. Дисциплины «Экологические и социальные факторы формирования здоровья человека», «Взаимодействие организма со средой», «Современная экология и человек» не только информируют обучающихся о том, что такое здоровье, здоровый образ жизни, но и формируют такие способности, как владение комплексом статических и динамических упражнений; умение рационально организовывать свой режим отдыха и труда; владение приемами снятия психоэмоционального напряжения; владение способами гигиенически обоснованного питания и закаливания организма; умение оказать необходимую помощь в экстремальной ситуации; осуществление сбора и проведение анализа информации о состоянии здоровья, половозрастных и индивидуальных психофизиологических особенностях развития ребенка.

По результатам экспериментальной работы, в которой участвовали около 400 учеников начальной школы, было установлено, что нарушения



речи характерны для 26,6% первоклассников. У 13% детей установили фонетическое недоразвитие речи; у 76% – фонетико-фонематическое нарушение речи; у 11% – общее недоразвитие речи. Нарушения речи у второклассников характерны для 37,5% детей, в их структуре преобладают нарушения письменной речи. Уровень соматического здоровья у 77-92% первоклассников низкий и ниже среднего. Достоверных отличий по полу не было обнаружено. Среди первоклассников, имеющих нарушения речи, детей с физиологической адаптацией, то есть тех, которые адаптируются в течение первой учебной четверти в 3 раза меньше, чем сверстников без речевой патологии; детей с дезадаптацией, которые испытывают напряжение функциональных механизмов в течение всего учебного года – в 6,5 раз больше.

После коррекционной работы, включающей дополнительную динамическую паузу, физические упражнения и подвижные игры на свежем воздухе, занятия с логопедом, групповые психологические тренинги, арттерапевтические мероприятия у детей улучшилось эмоциональное состояние, повысилась работоспособность, увеличилось количество нормотоников, детей с гармоничной реакцией повышенной активации высоких уровней реактивности на 61%, в результате число детей с удовлетворительной адаптацией возросло на 47%.

Полученные результаты необходимо учитывать в учебно-воспитательной работе начальной школы. Коррекционные мероприятия, эффективность которых была подтверждена результатами исследований, рекомендованы для предупреждения дезадаптации у младших школьников с нарушениями речи.

#### Литература

1. Анисова, Е.А. Влияние психической и биологической готовности к обучению на адаптацию первоклассников к школе / Е.А. Анисова // Проблемы современного детства: сб. науч. тр. – М., 2001. – С. 201-206.
2. Афанасьев, Е.А. Методические подходы к оценке здоровья младших школьников / Е.А. Афанасьев, В.Н. Васильев, Ю.В. Терентьева, И.А. Сенникова // Бюллетень сибирской медицины, 2003. – № 3. – С. 61-67.
3. Грачева, И.А. Коррекционно-развивающее пространство как средство оптимизации процесса интеграции младших подростков с нарушениями речи / И.А. Грачева // Вестник Университета Российской академии образования. – 2009. – №2. – С. 65-67.

## СЕТЕВОЙ ПОДХОД В РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ: НИЖЕГОРОДСКИЙ ОПЫТ О.С. Гладышева

*Нижегородский институт развития образования,  
г. Нижний Новгород, Россия*

**Резюме.** Рассмотрены преимущества сетевой организации в трансляции инновационных приёмов здоровьесберегающей деятельности на территории Нижегородской области, в основе которой создание школ – ресурсных центров по этому направлению.

**Ключевые слова:** сетевой подход, здоровьесберегающая деятельность, образовательные организации

**Summary.** Advantages of the network creation in dissemination of innovative practices of health-saving activity in Nizhny Novgorod region are discussed. Establishing of schools that become the resource centers may consider being a basic principle of networking.

**Key words:** network approach, health-saving activity, educational institutions

Актуальность организации и реализации сетевого подхода в здоровьесберегающей деятельности (ЗДС) связана, прежде всего, не только с необходимостью решения проблем с состоянием здоровья современных школьников, среди которых, как указывают данные государственной статистики, только около 32% учащихся можно считать здоровыми, но и с поворотом в государственной образовательной политике, поддержанной новыми нормативными документами, определяющими направление ее реализации в ЗДС и имеющими обязательный характер для всех образовательных организаций. Новые акценты в ЗДС учреждений внес и закон «Об образовании в РФ», в котором делается упор на создание сетевых взаимодействий в образовательной среде для скорейшей реализации идей модернизации. Одной из технологий такого сетевого подхода является создание школ – ресурсных центров, позволяющих организовать широкую трансляцию новых, т.е. инновационных подходов по главным направлениям государственной образовательной политики среди массовых образовательных учреждений города и села.

Среди этих направлений сохранение и укрепление здоровья и формирование здорового, безопасного и социально позитивного образа жизни у обучаемых и воспитанников, безусловно, является одним из стратегических.

С 1998 года сначала на базе лаборатории проблем здоровья в образовании, а в настоящее время на кафедре здоровьесбережения в образовании ГБОУ ДПО НИРО, совместно с образовательными учреждениями Нижнего Новгорода и области вели экспериментальную работу по поиску новых средств и подходов к созданию школы здоровьесберегающей направленности для всех участников образовательного процесса. Объединяющей деятельностью для этих школ стало участие в региональном сетевом образовательном проекте «Нижегородская школа – территория здоровья» (2009–2012 гг.), а базовым научным основанием проекта послужила разработанная сотрудниками кафедры системная модель здоровьесбережения в общеобразовательных учреждениях, согласно которой предлагается реализация в образовательных учреждениях необходимых изменений в управленческой, учебной и воспитательной деятельности, способствующих сохранению здоровья обучаемых и воспитанников, формированию у них установок на здоровый образ жизни и повышению качества обучения [1].

Конкретным способом реализации и внедрения этой модели явилась проектировочная деятельность коллективов образовательных организаций, в ходе которой после подготовительного обучения в системе повышения квалификации и самостоятельной апробации проектировочной практики школьная педагогическая команда могла реализовать в своих образовательных учреждениях необходимые условия, предусмотренные системной моделью, способствующие созданию здоровьесберегающего пространства.

Эти подходы оказались в полной мере созвучны как новым образовательным стандартам, так и другим нормативным правительственным актам. По сути деятельности проект «Нижегородская школа – территория здоровья» имел опережающий характер и фактически создал необходимый ресурсный потенциал для практического использования этих наработок в массовой образовательной практике при переходе на ФГОС НОО и ООО.

Целью регионального сетевого образовательного проекта «Нижегородская школа – территория здоровья» было обеспечение внедрения на территории Нижегородской области системной модели здоровьесберегающей деятельности в практику общеобразовательных учреждений – участников проекта через создание на их базе школ – ресурсных центров. Среди основных результатов проекта можно назвать разработку концепции проекта и положение о школе – ресурсном центре здоровьесберегающей направленности, являющейся основным структурным элементом диссеминации этого направления для школ районов области. Созданы методические и учебные пособия по различным направлениям внедрения системной модели. Разработана и апробирована на практике программа курсовой подго-

товки, которую прошли проектные команды образовательных учреждений, участвующие в проекте и способные использовать здоровьесберегающие технологии в своей практике, а также передавать этот опыт педагогам своего района. Создана сетевая организация школ – методических центров, работающих по распространению опыта внедрения системной модели здоровьесберегающей деятельности в своих муниципалитетах. За время выполнения проекта, т.е. в течение 3-х лет этими образовательными учреждениями было проведено 235 мероприятий различного уровня (общероссийского, областного, районного, школьного). По данным областного мониторинга ЗДС, проводимого на территории Нижегородской области с 2008 года, коэффициент эффективности ЗДС в этих районах составил в среднем 66%, что выше, чем в среднем по области. При этом важным показателем также является наблюдаемая стабильность в распределении детей по группам здоровья для занятий физической культурой, которая сохраняется в области в течение ряда лет.

В проекте участвовали учебные учреждения, расположенные в 16 муниципальных образованиях Нижегородской области и их результативный опыт не смог охватить и решить всех проблем в области ЗДС, стоящих перед массовой школой в свете изменений, необходимых в этом направлении и определенных последними нормативными документами. Поэтому с 2013 года в регионе организована деятельность по реализации нового проекта «Нижегородская школа – территория здоровья: новые границы на образовательной карте региона», в котором усилена управленческая составляющая, необходимая для реализации основных направлений ЗДС. Это обеспечивается созданием и содержательным наполнением системы взаимодействия между информационно-диагностической службой района, районным ресурсным центром по ЗДС и школами данного муниципального образования. Школы – ресурсные центры, созданные в ходе реализации предыдущего проекта, способны выполнить роль эффективных стажерских площадок, предоставляя возможность практического освоения опыта деятельности в области здоровьесбережения для новых участников проекта.

#### *Литература*

1. Гладышева, О.С. Системная модель деятельности образовательного учреждения по сохранению и укреплению здоровья учащихся / О.С. Гладышева. – Нижний Новгород: Нижегородский институт развития образования, 2008. – 203 с.

РАЗРАБОТКА НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВ  
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ

Т.А. Глазько, А.Б. Глазько

Минский государственный лингвистический университет,  
Минск, Республика Беларусь

**Резюме.** Учитывая факт снижения уровня здоровья студенческой молодежи и его влияния на формирование профессиональных качеств будущих специалистов, разработан педагогический подход к формированию навыков ведения здорового образа жизни во взаимосвязи с профилактикой профессиональных заболеваний и развитием наиболее значимых физических качеств в работе будущих педагогов непосредственно в процессе их обучения по дисциплине «Физическая культура».

**Ключевые слова:** здоровьесбережение, физическое состояние, формирование здорового образа жизни.

**Summary.** Considering the fact of health recession among students and its influence on forming of future specialists' professional properties, pedagogical approach was developed. It concerns forming of healthy lifestyle skills in conjunction with prophylaxis of professional diseases and development of the most prominent physical qualities in the work of future teachers during their training in the speciality "Physical Culture".

**Key words:** health conservation, physical status, forming of healthy lifestyle.

В последние два десятилетия активно разрабатываются и апробируются на практике основы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ), составляющие фундамент технологии здравосозидания. Отдельные аспекты рассматриваемой проблемы представлены, как правило, частными методиками, оздоровительно-рекреационными или восстановительными программами, способами организации учебных и самостоятельных занятий, методиками воспитания двигательных способностей, моделями управления учебным процессом и др. [1-4].

Несмотря на наличие достаточно большого объема материала, до сих пор отсутствуют научно обоснованные разработки основ здоровьесбережения во взаимосвязи с профессионально прикладной физической подготовкой студентов разных специальностей. Также отсутствуют комплексные исследования формирования здорового образа жизни в условиях обучения студентов в вузах.

Сложность формирования ЗОЖ в студенческом возрасте состоит в том, что базовые знания, умения и навыки соблюдения правил и форм поведения человека, составляющие здоровый образ жизни, закладываются и формируются в детстве. Поступая в вуз, студенты имеют различный багаж

знаний по гигиене, анатомии, физиологии, питанию, физической культуре; различный уровень сформированности навыков ведения ЗОЖ и, к сожалению, вредные привычки.

Таким образом, перед преподавателями физического воспитания, прежде всего, стоит задача формирования и закрепления навыков ведения ЗОЖ у студентов с учетом их индивидуальных особенностей (интересов, мотивации, исходного уровня сформированности данных навыков, состояния здоровья, уровня физической подготовленности и др.).

В связи с этим, разработка педагогического подхода к формированию навыков ведения здорового образа жизни во взаимосвязи с профилактикой профессиональных заболеваний и развитием наиболее значимых физических качеств в работе будущих педагогов непосредственно в процессе их обучения по дисциплине «Физическая культура» является актуальной.

Этапами создания такой программы явились:

- анкетирование и интервьюирование студентов по вопросам, касающимся факторов, составляющих основу здорового образа жизни (питание, двигательная активность, режим труда и отдыха, вредные привычки, психоэмоциональный фактор);
- определение интересов и мотивов в плане формирования здорового образа жизни индивида и занятий физическими упражнениями;
- определение уровня физического состояния студентов по объективным и субъективным показателям самочувствия;
- на основе профессиограммы педагога определение наиболее часто встречаемых у педагогов заболеваний и разработка мероприятий по их профилактике;
- развитие наиболее значимых для педагога физических качеств во взаимосвязи с формированием навыков ведения здорового образа жизни.

Овладение студентами знаниями по вопросам формирования ЗОЖ в учебном процессе проходит в форме лекционных занятий, групповых и индивидуальных бесед, исходя из имеющейся у студентов теоретической базы, заложенной в школьные годы, в семье, самостоятельных и обязательных занятиях в вузе (в том числе в процессе прохождения дисциплины «Основы медицинских знаний»).

Умение выполнять необходимый объем двигательных действий формируется как на обязательных учебных занятиях (практических, методических, учебной практике), так и самостоятельно (утренняя гимнастика, комплексы упражнений корригирующей гимнастики, соответственно имеющемуся у студентов заболеванию и направленными на профилактику профессиональных заболеваний, комплексов упражнений для развития основных и

профессионально значимых физических качеств, коррекции фигуры и др.) на основе полученных знаний и выработанных умений и навыков.

Таким образом, процесс формирования навыков ведения здорового образа жизни у студентов происходит на основе:

- выработки оптимального режима труда и отдыха, основанного на суточном и других биоритмах работы организма человека;
- постоянного улучшения качества преподавания дисциплины и условий для проведения занятий по физической культуре (современный инвентарь и оборудование, использование новейших в мировой практике методик и программ и др.);
- получения знаний о рациональном питании и питании применительно к имеющимся заболеваниям, оптимальной двигательной активности, закаливании, правилах личной гигиены, профессионально-ориентированной подготовке;
- формирования личностного поведения, направленного на борьбу с вредными привычками (воздержание от курения, употребления алкогольных напитков, токсических веществ и т.д.);
- формирования навыков рациональной двигательной активности как в рамках учебного процесса по физической культуре, так и в самостоятельной работе студентов, направленной на развитие и совершенствование физической подготовленности как в рамках общей, так и специализированной профессиональной подготовки;
- участия студентов в массовых физкультурно-оздоровительных мероприятиях.

Для реализации программы формирования здорового образа жизни в программе вуза важен не только профессионализм преподавателя кафедры физического воспитания и спорта и других подразделений, но и связь с родителями, деканатами и администрацией Университета. Укреплению здоровья и совершенствованию образа жизни должна способствовать проводимая в республике работа по формированию здоровой природной и социальной среды, воспитанию экологической культуры, улучшению условий труда и обучения студенческой молодежи.

#### Литература

1. Вайнер, Э.Н. Валеология : учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта: Наука, 2001. – 416 с.
2. Колбанов, В.В. Дальнейшие перспективы развития валеологии / В.В. Колбанов // Мат. VI конгр. валеологов «Здоровье человека – 6». – СПб., 2011. – С.8-9.

3. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебно-методический комплекс (для студентов, обучающихся по специальностям: 050706 «Педагогика и психология», 050302 «Родной язык и литература», 050303.00 «Иностранный язык») / Горно-Алтайск: РИО ГАГУ, 2008. – 111 с.
4. Скворцова, В.Н. Валеология : учебное пособие / В.Н. Скворцова. – Томск : Изд-во ТПУ, 2006. – 196 с.

#### ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ НА ПОСЛЕДУЮЩУЮ АДАПТАЦИЮ РЕБЕНКА К ШКОЛЕ

**Н.Р. Граф, А.М. Сивцова**

*Детский сад № 11 Адмиралтейского района, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** В статье дан анализ понятия «педагогическая технология», предложены здоровьесберегающие педагогические технологии, используемые в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ). Показано влияние комплексного использования здоровьесберегающих технологий в работе со старшими дошкольниками на их адаптацию к обучению в школе.

**Ключевые слова:** здоровьесберегающие педагогические технологии, дошкольное образовательное учреждение.

**Summary.** The article describes the author's classification on the health preserving pedagogical technologies and their influence on the preschool educational statement along with the child adaptation to school education.

**Key words:** health preserving pedagogical technologies, preschool educational institution.

Существуют разнообразные формы и виды деятельности, направленные на сохранение и укрепление здоровья детей в дошкольных образовательных учреждениях. Комплекс этих мер получил общее название «здоровьесберегающие технологии», которые включают взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья ребенка на всех этапах его обучения и развития.

Главным критерием результативности здоровьесберегающих педагогических технологий мы считаем их влияние на развитие ребенка, увеличение резервов его здоровья и готовность ребенка легко адаптироваться к последующим школьным нагрузкам. Здоровьесберегающие технологии можно разделить на медицинские (проводится медицинским персоналом ДОУ – лечебная физкультура, массаж, водные процедуры и др.) и педагогические

(проводятся воспитателями и педагогами ДООУ всех специальностей). В дальнейшем речь пойдет о педагогических здоровьесберегающих технологиях.

Выбор здоровьесберегающих педагогических технологий зависит от типа дошкольного учреждения, от продолжительности пребывания в нем детей, от программы, по которой работают педагоги, конкретных условий ДООУ, профессиональной компетентности педагогов, а также показателей здоровья детей.

Рассмотрим технологии, которые чаще всего используют в современных ДООУ, в комплексе или эпизодически. Мы распределили их по следующим направлениям:

1. Технологии сохранения и стимулирования здоровья.
2. Технологии обучения здоровому образу жизни.
3. Коррекционные технологии.

Такое деление в значительной мере условно, так как границы между ними весьма размыты. Коррекция поведения, например, может включать в себя коммуникативную игру, а закончиться релаксацией. Сказка сопровождает ребенка с раннего детства, а классическая музыка воспринимается малышом еще во внутриутробном периоде. Динамические паузы могут включать в себя различные виды гимнастики (для глаз, дыхательную), а цветовое оформление помещения влиять на настроение ребенка вне зависимости от специальных занятий. Каждое из описанных педагогических воздействий имеет оздоровительный, обучающий и коррекционный компонент.

Педагоги ведут много споров о том, что может называться «педагогической технологией». Мы нашли более десяти определений этого понятия. Остановимся на наиболее полном: Педагогическая технология – это система способов, приемов, шагов, последовательность которых обеспечивает решение задач воспитания, обучения и развития личности воспитанника, а сама деятельность представлена процедурно, т.е. как определенная система действий; разработка и процедурное воплощение компонентов педагогического процесса в виде системы действий, обеспечивающей гарантированный результат (по определению Г.М. Коджаспировой).

Для описания здоровьесберегающего направления работы образовательного учреждения многие авторы справедливо используют формулировку «здоровьесберегающая деятельность», так как реализация указанных мер по сохранению и укреплению здоровья в образовательном учреждении, как правило, связывается с деятельностью соответствующих специалистов (медицинских работников, психологов, валеологов и т.п.). В то же время большинство проблем здоровья воспитанников ДООУ решается в ходе еже-

дневной практической работы педагогов, т. е. связано с профессиональной педагогической деятельностью. Очень важно, чтобы каждая из технологий имела оздоровительную направленность, а используемая в комплексе здоровьесберегающая деятельность в итоге сформировала бы у ребенка стойкую мотивацию на здоровый образ жизни, полноценное и неосложненное развитие.

В процессе экспериментальной работы в течение трех лет были исследованы 150 детей, учащихся первых классов. Из них 75 детей – выпускники ДООУ, где системно применялись здоровьесберегающие педагогические технологии, такие как: гимнастика (пальчиковая, дыхательная, для глаз); стретчинг; релаксация; игротренинг; самомассаж; музыкотерапия; сказкотерапия; психогимнастика; система занятий из серии «Здоровье». Ученики контрольной группы – дети, пришедшие из различных ДООУ (в том же количестве), где здоровьесберегающие технологии применялись эпизодически, либо не применялись. Были изучены показатели заболеваемости и успеваемости детей (количество пропущенных дней по болезни на одного ребенка и средний показатель успеваемости за год).

Количество пропущенных по болезни дней у детей контрольной и экспериментальной групп представлено на рисунке 1. Показано, что сезонная заболеваемость детей простудными заболеваниями в экспериментальной группе снизилась почти в два раза. Также было отмечено значительное снижение количества пропущенных дней в период эпидемий гриппа и карантин (рис.1).

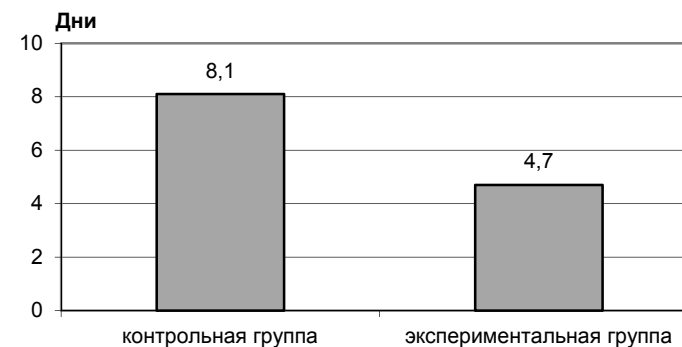


Рис. 1. Количество пропущенных дней по болезни у детей разных групп.

Снижение количества пропусков занятий не могло не отразиться на учебной деятельности школьников. Результаты обследования детей, посещавших ДОО, где системно применялись здоровьесберегающие педагогические технологии, отличаются от результатов диагностики детей контрольных групп.

Дети экспериментальных групп показывали более выраженную активность, последовательность, доказательность, критичность суждений. Они меньше затруднялись в построении обобщений, аналогии и классификации. У детей этой группы более сильная и осознанная мотивация к школьному обучению: они более уверены в себе, имеют личностные ожидания и интерпретации собственного отношения к школьному обучению.

Мы можем объяснить данные различия тем, что в работе с детьми экспериментальных групп активно использовали такие технологии, как коммуникативные игры, проблемно-игровые (игротренинги), коррекция поведения, психогимнастика. Именно эти педагогические здоровьесберегающие технологии оказывают влияние на формирование представления об искусстве человеческих взаимоотношений. Воспитанники обучаются диалогу, дискуссии, беседе; у детей формируются эмоционально-мотивационные установки по отношению к себе, сверстникам и взрослым; решаются проблемы с развитием речи, развитием слухового и зрительного внимания, развитием слуховой зрительной и тактильной памяти; низкой самооценкой ребенка; развиваются индивидуальные способности; воспитывается интерес к окружающим людям, взаимоуважение, взаимодоверие; снижается тревожность и улучшается эмоциональное состояние, нарушенное различными неблагоприятными и стрессовыми ситуациями.

Проведенное исследование показало влияние применения здоровьесберегающих педагогических технологий в ДОО на учебную деятельность в первом классе общеобразовательной школы. Считаем, что системное использование здоровьесберегающих педагогических технологий в ДОО снизит сезонную заболеваемость детей первоклассников и повысит их успеваемость, если будут:

- созданы условия для возможности выбора технологий, в зависимости от конкретных условий и специализации ДОО;
- внесены необходимые поправки в интенсивность технологических воздействий на основе мониторинга здоровья детей;
- обеспечен дифференцированный и индивидуальный подход к каждому ребенку;
- сформированы положительные мотивации на здоровый образ жизни у педагогов ДОО и родителей детей.

## ВАЛЕОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИКО-УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

**Л.А. Дартау**

*Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Россия*

**Резюме.** В статье приведен теоретико-управленческий анализ государственной деятельности по охране здоровья населения Российской Федерации и обосновывается необходимость расширения этой деятельности за счет управления непосредственно здоровьем. Основными субъектами решения этой проблемы являются Государство и Гражданин. Но без участия медиков она решена быть не может. Вторым ключевым субъектом решения проблемы становится педагог-валеолог.

**Ключевые слова:** феномен «здоровье», управление здоровьем, объект и субъекты управления.

**Summary.** The article is concerned to the control theory analyses in the Russian people's health governance. It is substantiated the necessity of activity expansion including a direct health control process. The main subjects of the problem decision are The State and a Citizen. A decision doesn't impossible without doctors' participation. A Valeology teacher becomes Second key subject.

**Key words:** Health Phenomenon, Health Control Process, the Object and the subjects of control process.

**Введение.** В статье изложены теоретические результаты, полученные на основании более чем 25-летнего изучения проблем здоровья с позиций общей теории систем и теории управления и учитывающие достижения многих других научных дисциплин [1, 2], которые легли в основу осмысления феномена «здоровье». В свою очередь, деятельность, направленная на поддержание здоровья (его сохранение и развитие), рассмотренная с общесистемных позиций, исследуется на основе кибернетического подхода, а точнее, принципов теории управления, базирующихся на общих закономерностях процессов управления и передачи информации в машинах, живых организмах и обществе. Все вышеперечисленное можно обозначить как **теоретико-управленческий подход** или, сокращенно, **ТУ-подход** к изучению здоровья. Используя ТУ-подход, можно «увидеть» механизм «принуждения граждан» к управлению собственным здоровьем, основанному не на рефлексах и инстинктах, а использующему современные знания, и обеспечивающему ответственность конкретного человека за конечный результат. В этой ситуации приходится учитывать наличие различной терминологии в сравниваемых предметных областях и уточнять степень их соответствия (тождественности) друг другу. Врач и учитель управляют одним

объектом – ребенком. Первый из них лечит, контролируя показатели здоровья ребенка, а второй – учит, оценивая его знания. При этом деятельность одного относится к сфере здравоохранения, а второго – к сфере образования. В связи с ограниченным объемом данной публикации, по ходу изложения будут перечислены лишь те выводы и аргументы, которые, с позиций ТУ-подхода, имеют отношение к роли и задачам **валеологии** в рамках государственной политики охраны здоровья населения. Для более детального ознакомления с методологией и с подробным историческим анализом ситуации со здоровьем можно обратиться, например, к работе Л.А. Дартау с соавт. [2].

**Основная часть. Здоровье** есть, и этого никто не отрицает, а определения – нет! Вернее – их много, но они не всех однозначно устраивают. И такое положение вещей не является исключением во многих отраслях научного знания. Известное определение ВОЗ, опубликованное непосредственно после создания этой организации в 1947 году: «Здоровье – это полное физическое, психическое и социальное благополучие индивида, а не только отсутствие болезней и физических недостатков», вызвало массу критических замечаний и до сих пор не нашло должного признания среди специалистов. В свою очередь, с позиций ТУ-подхода сформулировано следующее определение: *Здоровье – это феномен, возникающий в результате управления согласованной деятельностью клеток, тканей и органов живой системы с целью достижения постоянства (относительного равновесия) параметров, характеризующих как внутреннюю среду организма, так и относительную стабильность (гармонию) отношений в социуме* [2]. Коротко, *здоровье есть результат управления*. Наблюдаемыми и измеряемыми характеристиками (параметрами) управления являются значения *существенных* переменных (температура, давление, показатели биохимии и т.д.). Без управления этот феномен исчезает. Как следствие, прекращается и жизнь, хотя все компоненты системы продолжают некоторое время существовать. Затем исчезают и они. Таким образом, сам человек является основным **регулятором** своего здоровья, независимо от того, осознает он это или нет.

Согласно одному из постулатов биологии: «Вид, по определению – бессмертен. Существование отдельного организма ограничено во времени». Другими словами, относительное (теоретическое) бессмертие конкретной популяции фактически обеспечивается непрерывной заменой одних членов популяции другими, продолжительность жизни которых ограничена 2-4 поколениями. По этой причине, только на уровне кумулятивных знаний современного человечества хорошо известно, каковы характер и последова-

тельность этапов развития индивидов с момента зарождения, какова продолжительность их жизни, и от чего они умирают. Отдельные же люди появляются на свет не отягощенные какими-либо знаниями по поводу их предстоящей жизни, а развитие той или иной популяции определяется эффективностью передачи, усвоения и применения на практике знаний – в том числе связанных именно с возможностью оптимального управления здоровьем с целью реализации конкретным человеком его индивидуального потенциала долголетия. И это один из аргументов с позиций ТУ-подхода для обоснования новой науки – валеологии, ориентированной и на каждого человека. То есть, по сути, науки – педагогической.

В связи со значительным (искусственным) расширением возможностей для реализации потенциала долголетия конкретными людьми, личность усиленной воли должна создавать дополнительные (виртуальные) контуры управления переменными, которые в процессе эволюции ранее не были включены в состав существенных – например, массой тела, а также питанием, двигательной активностью и рядом других привычек и навыков повседневной жизни. Купить в этой ситуации ничего нельзя и нанять никого невозможно. Современному человеку придется самому прилагать усилия для управления здоровьем, затрачивая при этом самый «дорогой» невозполнимый ресурс – **время**. Процесс этот потребует от него «болезненной» смены установок, связанных с самооценками своего статуса как личности. Деятельность такого рода в формате «один на один» в принципе исключает его ответственность за результат. Другими словами, человека нельзя сделать (назначить) ответственным за его здоровье. Но разделить с ним эту ответственность можно!

Сегодня об этом заговорили на всех уровнях, включая действующего Президента РФ В.В. Путина, который в одной из своих предвыборных статей (Путин В.В. «Строительство справедливости. Социальная политика для России» / «Комсомольская правда», 13 февраля 2012 г.) в разделе «Сохранение человека» отметил: «Необходимо повысить ответственность каждого человека за состояние своего здоровья. Иначе никаких денег не хватит. Сегодня у нас 80% людей не занимаются физкультурой или спортом, 65% регулярно употребляют крепкие спиртные напитки или курят, 60% проходят медобследования только в случае болезни. При этом большинство опрошенных уверены, что следят за своим здоровьем».

В этом случае полученный результат требует, с одной стороны, признания определяющей роли личности в качестве регулятора собственного здоровья, а с другой – осознания факта отсутствия на индивидуальном уровне знаний и мотиваций для такого управления. Знания о здоровье (а тем более о болезнях) в полном объеме всегда принадлежали и будут принадле-

лежать другим людям. В первую очередь, представителям медицинской науки, специалистам системы здравоохранения и других наук и сфер деятельности. Отсюда следует ключевой вывод: если поставлена цель – сохранение и укрепление здоровья индивида и популяции, то ее достижение потребует создания соответствующей сферы общественных взаимоотношений на основе социального партнерства, путем создания контура управления, включающего в качестве основных субъектов управления гражданина и государство. Здоровый образ жизни, по умолчанию – осознанный, поскольку предполагает наличие у человека определенных знаний о влиянии собственного выбора на здоровье в повседневной жизни. И это второй аргумент в пользу валеологии [2].

Начиная с середины XX в., в научной среде (да и в массовом сознании тоже) уже устоялось понятие системы. Существует множество определений системы, однако все они основаны на признании того факта, что системой является совокупность относительно автономных элементов, взаимодействующих между собой, в том числе и на основе обмена информацией. Другими словами, система – это совокупность взаимосвязанных элементов, объединенных единством цели (или назначения) и функциональной целостностью. Взаимодействие составляющих элементов придает системе в целом новые свойства, отсутствовавшие у отдельно взятых элементов. Логическим следствием факта появления новых свойств у системы в целом является утрата элементами данной системы ряда «свобод», которая в случае объединения группы людей в коллектив для достижения общей цели, трактуется как результат «принуждения». Здесь проявляется внежалостливый характер научного знания, когда умозрительные рассуждения о «свободе личности» (в плане привычек и навыков личной жизни, в том числе) и ее «ответственности» за результаты того или иного поведения, например, за собственное здоровье, однозначно должны быть признаны несостоятельными.

И вот в решении этой «обыденной» (в своей кажущейся простоте) проблемы возникают совершенно непреодолимые препятствия. У человека, у которого «ничего не болит» и который «хорошо себя чувствует», не возникает (и не может возникнуть по аналогии, например, с возникновением чувства голода или потребности во сне) рефлексии по поводу собственного здоровья. В этой ситуации убедить кого-либо в том, что он ведет «нездоровый» образ жизни, практически невозможно.

В данной работе предлагается образовать сферу общественных взаимоотношений по поводу здоровья на основе создания контура совместного управления здоровьем. Таким условиям удовлетворяет система, состоящая, как минимум, из двух субъектов – конкретного индивида, здоровье которого

подлежит управлению, и лица, обладающего по отношению к нему административным ресурсом (властью и средствами). В этой паре возможно формирование таких взаимоотношений, которые позволяют перейти от умозрительных рассуждений по поводу «ответственности» самой личности за свое здоровье к конкретным должностным обязанностям и ответственности сторон за совместный конечный результат. Отметим здесь, что в качестве государства могут выступать любые объединения граждан, в которых существуют законодательно оформленные отношения между людьми. Примерами таких объединений могут быть предприятия, школы, вузы, а также территориальные объединения граждан с муниципальной властью во главе, т.е. в местах, где люди живут, работают и учатся, и где на самом деле «портится здоровье». В первую очередь, это – работодатели и руководители образовательных учреждений. Между ними и гражданами уже существует официально оформленный документ в виде «Трудового договора» или «Устава образовательного учреждения», в отсутствии которых невозможно правовое регулирование производственных отношений. В рамках дополнительного соглашения к этому документу и появляется возможность реализации процесса управления здоровьем конкретного сотрудника (учащегося).

*Заключение.* Актуальность вышеизложенному придает также Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления», в котором Правительству Российской Федерации поручается обеспечить достижение ряда показателей, в том числе: «уровень удовлетворенности граждан Российской Федерации... качеством предоставления государственных и муниципальных услуг к 2018 году – не менее 90 процентов». И далее, ... обеспечить внесение в законодательство Российской Федерации изменений, предусматривающих: установление критериев и порядка оценки гражданами (в том числе с использованием информационных технологий) ... предприятий и учреждений, ... осуществляющих оказание услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности населения муниципальных образований». Если исходить непосредственно из значения термина жизнедеятельность – то есть деятельность, направленная на поддержание жизни – интегральным критерием оценки «услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности населения муниципальных образований» может быть только **здоровье** этого населения, как ни неожиданно это не прозвучит при первом прочтении!

У разработчиков ТУ-подхода имеется многолетний опыт работы по сбору данных о медико-социальном благополучии граждан, обратившихся в поликлинику по поводу временного ухудшения здоровья, в том числе и во время плановой диспансеризации подростков. Для этих целей был создан



программный комплекс ЭДИФАР (от **Э**кспертный **Д**ialog для **И**сследования **Ф**акторов **Р**иска), с помощью которого в доврачебном кабинете поликлиники каждый пациент в диалоге с компьютером заполняет электронную анкету, часть вопросов которой может относиться и к деятельности предприятий и учреждений в местах проживания. В рамках научного сотрудничества с кафедрой «Валеологии» МГТУ им. Н.Э.Баумана модификация ПК ЭДИФАР – ВАЛЕО-МГТУ – используется для скрининговых процедур в процессе обучения студентов [3].

Теоретические и практические результаты работы удалось объединить в конструктивную организационную технологию, названную «Организационная технология ЭДИФАР», которая позволяет начать процесс управления здоровьем «здесь и сейчас». Включение в эту деятельность образовательной компоненты обеспечит процесс управления индивидуальным здоровьем со стороны гражданина дополнительно к самосохранительному поведению, основанному на рефлексах и инстинктах. И, в отличие от эпизодического лечения и периодической диспансеризации, процесс обучения будет носить перманентный характер в связи с возрастными изменениями в организме человека, появлением новых научных знаний и методов лечения. Для этого при поликлиниках потребуется создавать так называемые «школы здоровья», опыт которых в развитых странах уже насчитывает несколько десятилетий.

Это третий, и исчерпывающий аргумент в пользу валеологии – науки, изучающей возможности современного человека в реализации своего потенциала долголетия в реальной среде, адаптируясь и меняясь без потерь физически и духовно. А также – науки, «убеждающей» человека в целесообразности такого поведения и обучающей его практическим приемам. Будучи субъектом и объектом в контуре управления собственным здоровьем, «Человек разумный» одновременно и «добровольно» становится также объектом воздействия специалистов этой науки на протяжении всей своей сознательной жизни.

#### Литература

1. Прангишвили, И.В. Системный подход и общесистемные закономерности / И.В. Прангишвили. – М.: СИНТЕГ, 2000. – 528 с.
2. Дартау, Л.А. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления / Л.А. Дартау, Ю.Л. Мизерницкий, А.Р. Стефанюк. – М.: СИНТЕГ, 2009. – 400 с.
3. Дартау, Л.А. Управление здоровьем студентов в образовательно-воспитательной среде вуза / Л.А. Дартау // Здоровьесберегающее образование. – 2010. – № 4 (8). – С. 85-89.

## ПРИНЦИП ДОПОЛНИТЕЛЬНОСТИ КАК ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ВАЛЕОЛОГИИ

**В.Н. Ирхин**

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

**Резюме.** Ключевая проблема валеологии заключается в недостаточной обоснованности ее методологической основы, что затрудняет создание целостной концепции здоровья и ведет к декларации валеологии как интегративной науки. Тенденция интеграции валеологического знания есть парадигмальный ответ на попытки решить проблему его единства и многообразия. Концептуальным основанием для определения методологического интегративизма в валеологии может стать принцип дополнительности на первом этапе ее развития в предверии последующих этапов сращивания, синтеза и компаративности развития валеологического знания.

**Ключевые слова:** валеология, интегративная тенденция, этап развития, принцип дополнительности.

**Summary.** Valeology key problem is a lack of validity of its methodological basis, which makes the creation of a holistic concept of health and leading to the declaration valeology as integrative science. The trend of integration of valeological knowledge is a paradigmatic response to attempts to solve the problem of his unity and diversity. The conceptual basis for the determination of methodological integrativizm in valeology can become the principle of subsidiarity at the first stage of its development in anticipation of the next stages of merging, the synthesis and the comparative development of valeological knowledge.

**Key words:** valeology, integrative trend, stage of development, the principle of complementarity.

**Введение.** Современное состояние валеологии характеризуется значительным увеличением удельного веса эмпирических и теоретических, порой взаимоисключающих, знаний, что связано со сложностью решения проблемы обеспечения здоровья человека. В этой связи актуализируется задача выработки единой методологии науки о здоровье, приведение ее в соответствии с новой парадигмой мышления, постнеклассическим этапом развития науки. Усиливающаяся тенденция интеграции противоречивых валеологических знаний позволяет говорить о первом этапе развития науки о здоровье, методологическую основу которого составляет общенаучный принцип дополнительности.

*Цель работы* – показать необходимость и возможность использования принципа дополнительности в качестве методологической основы первого этапа развития науки о здоровье.

*Материалы и методы.* Принцип дополнительности Н. Бора в его применении к новой области знания (валеологии), принципы причинности, сходности и контр-сходности, инвариантности; методы и подходы к анализу принципиально разнородных объектов.

*Результаты и обсуждение.* Методология науки о здоровье представляется одной из самых застойных областей валеологических исследований. Кризис валеологической методологии во многом связан с плюрализмом методологического сознания, с абсолютизацией субъективизма в противовес методологизму, с игнорированием и даже отрицанием научных методов исследования вопросов обеспечения здоровья человека. Выход из кризиса видится в разработке интегративной методологии валеологии, которая, по сути, сама является интегративной наукой, аккумулирующей знания о феномене «здоровье человека». Интеграция эмпирических, теоретических и методологических знаний, накопленных человечеством об индивидуальном здоровье и способах его обеспечения, должна происходить не только на концептуальном уровне, но и в рамках терпимого, содержательного диалога между представителями различных научных школ, мировоззренческих, религиозных направлений и оздоровительных практик. Есть ли для этого теоретико-методологические предпосылки?

Развернувшаяся во второй половине 90-х годов XX века резкая критика валеологии способствовала затуханию инновационного движения педагогики здоровья в России и дифференциации методологического сознания исследователей в сфере науки о здоровье. В то же время происходил поиск новых способов валеологической деятельности, осмысление исторического, зарубежного и современного отечественного опыта сохранения, укрепления и формирования здоровья человека. Однако акцент делался на изучении того или иного подхода, метода, технологии, а не на установлении связей между ними. Нередко внутри одной научной школы конфликты возникали из-за предлагаемых вариативных путей решения проблемы, различного понимания применения валеологических средств, что отражало поверхностность представлений о проблеме, нежели понимание того факта, что многие научные школы и подходы не опровергают, а, скорее, дополняют друг друга.

В истории науки о здоровье встречались неоднократные попытки синтеза различных научных направлений: это и К.В. Гуфеланд, с его «макробиотикой» (начало XIX в.), и И.И. Мечников, с концепцией ортобиоза (конец XIX – начало XX вв.), и Н.И. Иорданский, В.В. Гориневский, Н.С. Филитис с идеей

интеграции гигиены, школьной санитарии и физической культуры под общим названием «физкультура» (20-е гг. XX в.), и С.М. Павленко, С.Ф. Олейник с санологией (60-е гг. XX в.). В наше время у многих исследователей валеологической проблематики прослеживается натуралистическая тенденция сглаживания различий между миром природы и миром культуры. Так, Г.Л. Билич и Л.В. Назарова декларировали интегративность и новизну валеологии, а также системное понимание человека» (1998); Ю.А. Лебедев и Л.В. Филиппова пытались выстроить общую теорию здоровья (2001). Претендуя на всеобъемлющий подход к здоровью человека, авторы используют медицинские понятия, по сути, игнорируя психологические, социальные и духовные аспекты здоровья [1].

Приведенные примеры свидетельствуют о необычайной сложности процесса интеграции различных подходов к здоровью и необходимости глубокого анализа ее путей на основе общенаучного методологического принципа.

В последнее время анализ социокультурной ситуации в России свидетельствует о смене плюралистической тенденции на интегративную. В этих условиях решение вопроса о путях интеграции валеологического знания может осуществляться на основе использования общенаучного принципа дополнительности [5]. Согласно Н. Бору, в процессе познания для воспроизведения целостности объекта необходимо использовать взаимоисключающие, «дополнительные» классы понятий, каждый из которых применим в своих особых условиях. Данный принцип позволяет взаимодополняемость многообразных научных подходов использовать как фундамент науки о здоровье, преодолеть различия диалектики и феноменологии при решении проблемы понимания здоровья и путей его обеспечения.

Среди направлений, предлагающих свои пути выхода из методологического кризиса теории и практики в сфере здоровья, можно выделить диалектико-материалистические, экзистенциалистские, позитивистские, религиозные идеи. Интегративная идея видится в том, что перечисленные направления в определенной мере дополняют, а не исключают друг друга в контексте многоплановости человеческого здоровья и факторов, его определяющих.

В последнее время значимость интегративной методологии валеологии осознается все большим количеством исследователей (Н.П. Абаскалова, Г.Л. Апанасенко, В.Н. Ирхин, В.В. Колбанов, А.Г. Маджуга, Л.Г. Татарникова и др.), поскольку она позволяет конструктивно решать исторические, методологические и технологические аспекты валеологической проблематики. Более широкий подход к решению этой проблемы представлен в работах В.П. Петленко, пытавшегося, по его словам, «объединить мудрость Востока

и Запада в понимании природы человека и его здоровья» [4]. Здесь прослеживается попытка дать целостную характеристику здоровья как социокультурного феномена. Отображение целостности учения о здоровье требует дополнительного способа описания явления, который учитывает, что «в противоречащих друг другу явлениях мы имеем дело с различными, но одинаково существенными аспектами единого комплекса сведений об объекте» (Бор). Довольно часто разные здравоведческие данные находятся в дуалистических отношениях друг к другу, что лишний раз доказывает важность использования принципа «дополнительности». Дуализм в валеологической проблематике многообразен: здоровье и болезнь; телесное и духовное здоровье; ЗОЖ и саморазрушающееся поведение, биолого-химические процессы и психологические процессы в организме человека; мысли и чувства как факторы здоровья; здоровьетворческая активность субъекта и детерминизм индивидуального здоровья; количество и качество здоровья и т.д. Научный и религиозный взгляды на здоровье человека выступают в качестве различных измерений одного и того же феномена, что затрудняет их соотношение вне принципа дополнительности.

В качестве дополнительности можно рассматривать различные модели здоровья, модели сохранения, укрепления и формирования здоровья человека, модели здоровьеориентированных образовательных систем и т.д.

Таким образом, валеологические данные, полученные различными научными средствами, не могут быть охвачены на современном этапе одной единственной научной картиной и должны скорее рассматриваться как дополнительные.

В этой связи использование принципа дополнительности в валеологии заключается в том, чтобы находить некое общее и, в то же время, инвариантное в различных, противоречащих друг другу репрезентациях, т.е. отображениях одного в другом или на другое. Такие репрезентации свидетельствуют о том, что в настоящее время нет целостного восприятия картины здоровья человека и путей его обеспечения, и только посредством принципа дополнительности можно эту целостность осуществить. Игнорирование данного обстоятельства ведет к методологическим ошибкам и, как следствие, к неверию в саму возможность выстроить единую методологию науки о здоровье, к отрицанию самой науки о здоровье (валеологии). Однако валеологическое знание проходит те же этапы своего развития, что и другие научные, философские знания, в нем прослеживаются те же тенденции дифференциации и интеграции. Анализ этих тенденций позволяет спрогнозировать вектор развития валеологии в соответствии с четырьмя моделями интеграции научных, философских знаний (по Е.А. Антонову): 1) модель, базирующаяся

на принципе *дополнительности*; 2) модель, основанная на принципе *сращивания*; 3) *синтетическая* модель; 4) модель, основанная на принципе *компаративности* [2].

Проблема соотношения различных направлений познания здоровья в контексте принципа дополнительности достаточно сложна для исследования, и поэтому возможны различные варианты ее интерпретации.

Использование на первом этапе развития валеологии в качестве ведущего принципа дополнительности не исключает оправданности применения других методологических принципов, характерных для последующих этапов развития науки о здоровье. Уже на первом этапе наблюдается тенденция к интеграции различных здравоведческих учений и методов в форме «сращивания». Примером, на наш взгляд, может быть школьная гигиена, как результат слияния гигиены, санитарии и педагогики.

Ясно, что дополнительность не тождественна диалектизму, для которого характерно взаимопроникновение противоположностей. Использование принципа дополнительности предполагает механистический разрыв противоположностей, а затем их внешнее рядоположение. По мере развития валеологии объективная взаимосвязь здравоведческих знаний будет возрастать, что и приведет к созданию единой, целостной, зрелой методологической базы науки о здоровье.

#### Литература

1. Абаскалова, Н.П. Педагогика здоровья: новый этап развития / Н.П. Абаскалова, В.Н. Ирхин, А.Г. Маджуга. – Стерлитамак, 2014. – 264 с.
2. Антонов, Е.А. О моделях интеграции философских методов / Е.А. Антонов // Грамота, Тамбов. – 2011. – № 8 (14), часть 2. – С. 16-20.
3. Колбанов, В.В. Дальнейшие перспективы развития валеологии / В.В. Колбанов // «Здоровье человека – 6»: материалы VI междунар. конгресса валеологов. – СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2011. – С. 3-8.
4. Петленко, В.П. Валеология человека. Здоровье – любовь – красота / В.П. Петленко. – Т.1. Валеология и мудрость здоровья. – СПб., 1996. – С.7.
5. Bohr, N. The quantum postulate and the recent development of atomic theory / N. Bohr // Atti del Congresso Internazionale dei Fisici, 11-20 Sept. 1927, Como-Pavia-Roma, Vol. II, Zanichelli, Bologna, – 1928. – P.109-136.

РЕСУРСЫ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО СОДЕРЖАНИЯ  
НЕКОТОРЫХ ДИСЦИПЛИН ОСНОВНОГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

А.В. Каранов, В.В. Соколов

Вологодский государственный университет, г. Вологда, Россия

**Резюме.** В статье дан анализ содержания дисциплин школьного образования с целью выявления их валеологических ресурсов. Установлено, что содержание программ достаточно валеологично, тогда как их валеологическое воплощение зависит от субъективных факторов.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни (ЗОЖ), элементы ЗОЖ, здоровьесберегающие ресурсы, естественнонаучные предметы.

**Summary.** In the article is given analysis of contents discipline of school formation for the reason discovery their valeological resources. Install that contents of programs sufficiently valeological, then their entailment in life depends on subjective factors.

**Key words:** sound lifestyles, elements of sound lifestyle, save of heals facility, sciences on nature subjects.

Вопрос о валеологизации учебно-воспитательного процесса в основной общеобразовательной школе является актуальным, несмотря на обилие высказанных идей и наличие реального опыта работы учителей-энтузиастов.

В качестве индикатора валеологических знаний учащихся мы использовали «элемент здорового образа жизни» (ЭЗОЖ) как «валеологическую» дидактическую единицу. В ходе анкетирования учащихся 9-х классов был задан вопрос: «На каких уроках вы узнали о влиянии на Ваше здоровье...?». Далее перечислялись «валеологические» единицы. Приоритетными элементами ЗОЖ глазами учащихся через изучаемые предметы оказались в баллах в порядке убывания: творчество – 52; двигательная активность – 50; психогигиена – 48; питание – 39; закаливание – 37; микроклимат помещений – 37; личная гигиена – 35; безопасность труда и быта – 35; профилактика наркомании – 34; отдых и досуг – 32; БЖ и природа – 32; режим дня – 31; полноценный сон – 27; первая помощь – 26; медицинское обследование – 25.

Ответы на вопрос: «На каких предметах Вы обсуждали тот или иной ЭЗОЖ?» выявили уровень валеологического влияния предмета (и учителя) на подростков. Рейтинг предметов приведен в таблице 1.

Учителя многих естественных наук (химия, математика) практически «самоустранились» от валеологической работы. Роль уроков физики, экологии, географии в валеологическом образовании очень мала.

Вклад предметов в формирование ЗОЖ  
(Ответы учеников)

Таблица 1

Предметы	Частота упоминаний	Процент
ОБЖ	215	39,8
Биология	182	33,7
Физическая культура	51	9,4
Технология	18	3,3
Изобразительное искусство	15	2,8
Музыка	15	2,8
Иностранный язык	11	2
Истоки	9	1,7
География	8	1,5
Обществознание	5	1
Экология	4	0,7
Русский язык	4	0,7
Физика	2	0,4
История	1	0,2

Неожиданно большой вклад в валеологическое посвящение подростков вносят учителя эстетического и гуманитарного циклов.

Следующим этапом нашей работы было изучение мнения учителей о своей валеологической составляющей педагогической деятельности – своего рода валеологическая рефлексия. На вопросы анонимной анкеты многие учителя отказались отвечать. Тем не менее удалось получить следующие данные (табл. 2).

Сравнивая ответы учеников и учителей, следует отметить: 1) на анкеты согласились ответить лишь те учителя, которые, по мнению учеников, реально занимаются валеологическим просвещением; 2) учителя БЖ и биологии недооценивают, а остальные переоценивают свой вклад в валеологическое образование детей.

Таким образом, даже «валеологически активные» педагоги до конца не реализуют свой потенциал с точки зрения учащихся, хотя стремятся к этому. Наиболее адекватны и профессионально подготовлены для валеологической работы педагоги биологии и БЖ.

В заключение оставалось лишь проанализировать содержание программ ряда дисциплин на предмет валеологического потенциала. Критерием служил все тот же ЭЗОЖ как валеолого-дидактическая единица. Проще говоря, рассчитывали число уроков, на которых следует излагать ЭЗОЖ, и «валеологическая плотность» урока, т.е. число ЭЗОЖ за урок. Анализ пока-

зал, что предметы неравноценны: ОБЖ (108/62); Биология (49 / 21,5); Физкультура (88 /17,2); Экология (22/ 16); Технология (50/14); География (20/9).

Таблица 2

## Освещение учителями ЭЗОЖ в своих предметах по темам

Факторы ЗОЖ/Рейтинг	ОБЖ	Биология	ФК	Технология	Иностранный язык	Σ
1. Питание	*****	**	.	**	***	14
2. Личная гигиена	.	****	***	.	**	12
3. Безопасность труда и быта	.	.	*****	***	-	10
4. Двигательная активность	-	.	****	-	****	9
5. Отдых и досуг	**	.	***	-	***	9
6. Первая помощь	.	*****	**	-	-	8
7. Микроклимат помещений	.	.	.	**	***	8
8. Психогигиена	.	.	**	.	**	7
9. Профилактики наркомании	.	***	.	.	-	6
10. БЖ и природа	***	***	-	-	-	6
11. Медицинское обследование	.	***	.	-	-	5
12. Закаливание	.	**	.	-	-	4
13. Творчество	.	**	-	.	-	4
14. Режим дня	.	.	-	-	.	3
15. Полноценный сон	.	.	.	-	-	3
Σ	22	32	24	11	18	

Примечание: точка соответствует теме урока.

Наиболее насыщены валеологическим содержанием основы безопасности жизнедеятельности, биология и физическая культура. География и экология имеют богатый потенциал, но, как видно из контекста статьи, всё зависит от педагога. Практически каждая тема в физике и химии может иметь валеологическую окраску.

Наиболее эрудированные преподаватели гуманитарно-эстетического цикла находят в содержании своего предмета личностно-ориентированный материал для обсуждения валеологических проблем учащихся на примерах литературных героев или исторических личностей, эстетических переживаний или биографий деятелей культуры и искусства.

Помимо содержания для всех педагогов должна быть универсальной валеологическая форма работы, что может быть достигнуто при соответствующей методической подготовке, но, к сожалению, в частных методиках, да и в общей дидактике нет места валеологическим проблемам, и практически не учитывается психофизиология методик преподавания.

Таким образом, нами была предпринята попытка количественно оценить валеологические ресурсы школьных предметов и привлечь внимание к богатому валеологическому потенциалу, как содержания, так и формы преподавания общеобразовательных дисциплин.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ  
УЧИТЕЛЕЙ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ  
К ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
Т.А. Лезарева

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** Проведено исследование готовности педагогов к здоровьесберегающей деятельности, в том числе оценка уровня здоровья, психологических и психофизиологических качеств, сформированности представлений о здоровье и знаний о здоровьесберегающих методиках. После проведения коррекционной работы была выявлена положительная динамика исследованных показателей.

**Ключевые слова:** здоровьесберегающая деятельность, здоровый образ жизни, профессиональные компетенции педагогов.

**Summary.** Research of readiness of teachers to health saving activity, including an assessment of level of health, psychological and psychophysiological qualities, and formation of representations about health and knowledge of health saving techniques is conducted. After carrying out correctional work positive dynamics of the studied indicators was revealed.

**Key words:** health saving activity, healthy lifestyle, professional competences of teachers.

Здоровьесберегающая деятельность учителя позволяет организовать конструктивное взаимодействие с обучающимися. Несомненно, что воздействие на ученика возможно лишь с позиции здорового, гармонично развитого педагога, адекватно оценивающего свое психофизиологическое, психологическое состояние, свои профессиональные возможности и желания.

Цель исследования – выявление психолого-педагогических и психофизиологических особенностей учителя, способствующих повышению качества

здоровья и образования как основных составляющих здоровьесберегающей среды гимназии, их формирование и развитие.

Готовность к здоровьесберегающей деятельности рассматривается нами как комплексная характеристика, включающая в себя соотношение объективно необходимых знаний, умений, психологических качеств, которыми обладает учитель, и их влияние на процесс и результат педагогической деятельности. Таким образом, в ее структуре выделяют три компонента: теоретический, практический и личностный. Теоретический компонент представляет собой определенную степень сформированности теоретических знаний, определяет методологическую базу готовности учителя к здоровьесберегающей деятельности. Практический – предполагает владение способами реализации теоретических знаний о ЗОЖ, а также методиками организации здоровьесберегающей деятельности. Личностный компонент определяет индивидуальную готовность к здоровьесберегающей деятельности.

Предмет исследования личностного компонента – индивидуальные особенности педагога и ученика, определяющие степень эффективности здоровьесберегающей деятельности.

Комплексная оценка уровня здоровья педагогов проводилась на первом и третьем этапах исследования, после проведения коррекционных мероприятий. 58% педагогов не берут больничный лист, причем более половины из них имеют стаж работы свыше 20 лет, 80% учителей признаются, что не заботятся о своем здоровье, и только 19% делают зарядку. Среди имеющих у педагогов заболеваний на первом месте – болезни сердца и сосудов, которыми страдает 53% респондентов, в основном это педагоги со стажем более 10 лет; нарушения опорно-двигательного аппарата – у 47%; у 42% нередки головные боли, 89% испытывают чувство усталости и утомления.

При ответе на вопрос, что вам мешает заняться своим здоровьем, 72% отметили недостаток времени и лишь 6% – отсутствие силы воли.

В ходе коррекционного этапа администрацией образовательного учреждения были организованы бесплатные занятия в группах лечебной физкультуры с целью выработки устойчивой мотивации на здоровый образ жизни, сохранение и укрепление здоровья педагогов, начали работу в комнате психологической разгрузки, регулярно проводят дни здоровья и соревнования по игровым видам спорта среди педагогического коллектива. Также был проведен ряд тематических консультаций по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

После адекватных коррекционно-развивающих мероприятий было выявлено следующее: лишь 30% педагогов не заботятся о своем здоровье, 18% – стали использовать оздоровительные методики, около 40% – дела-

ют зарядку. На головные боли, усталость и утомление жалуются соответственно 40 и 70% респондентов.

Личностный компонент готовности к здоровьесберегающей деятельности предполагает индивидуальную готовность педагога, обусловленную как личностными характеристиками, так и профессионально-типологическими особенностями. Сформированность этого компонента является основой не только здоровья самих педагогов, но и определяет их профессиональные результаты, способствуя воспитанию гармонично развитой личности.

Из обследованных учителей 53% имеют высокий уровень личностной и 17% – ситуативной тревожности, в основном это работающие со старшими классами. Данный факт легко объясняется тем, что педагоги средней и старшей школы работают в основном с предпрофильными и профильными классами, где предъявляются повышенные требования к уровню профессиональной готовности.

У обследованных педагогов оказался пониженный уровень эмпатии, который составил в среднем  $19,13 \pm 0,74$ ; нет ни одного педагога с высоким уровнем эмпатии – 30 и более баллов. Наибольшую проблему представляет развитие рационального канала эмпатии ( $2,63 \pm 0,19$ ), который характеризует направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на сущность любого другого человека – на его состояние, проблемы, поведение; и проникающей способности в эмпатии ( $2,47 \pm 0,27$ ), позволяющей создавать атмосферу открытости и доверительности между субъектами образовательного процесса. У педагогов начальной школы самая низкая тревожность ( $p < 0,05$ ), однако и самые низкие показатели эмпатии.

Нами была сделана попытка определить, насколько эмоциональное благополучие педагогов отражает психологическое состояние учеников. Существенные результаты были обнаружены только в начальной школе. Учащиеся начального звена и педагоги, работающие в этих классах, характеризуются повышенными значениями тревожности, низкой комфортностью, агрессивностью. Следовательно, работа с педагогами приведет к позитивным изменениям в детском коллективе и будет способствовать формированию и развитию здоровьесберегающей среды гимназии. Этому способствовал следующий комплекс мероприятий:

- проведен городской психолого-педагогический семинар «Использование эффективных способов укрепления здоровья обучающихся на основе современных методов преподавания», в рамках которого, в частности, были рассмотрены темы «Психолого-педагогическое изучение учащихся», «Учитель и ученик здоровьесберегающей школы» и другие;

- организована тренинговая группа «Давайте не будем гореть» по профилактике и коррекции профессионального выгорания;
- проведены тренинги по программе «Самосовершенствование педагогов на основе активного сознания, оптимизма и эмпатии»;
- презентация методических пособий «Труд и здоровье учителя», «Как справиться со стрессом», рекомендаций по учету индивидуальных особенностей педагогов, адаптации к учебной деятельности;
- тематические семинары по повышению уровня профессиональной деятельности, развитию коммуникативных навыков и другие.

Рассмотрение индивидуальных стилей деятельности педагогов позволило выявить ключевые здоровьесберегающие компетенции педагогов и организовать системную работу по их формированию и развитию. Данные компетенции рассматриваются в рамках теоретического и практического компонента здоровьесберегающей деятельности.

Теоретический компонент здоровьесберегающей деятельности оценивался на основе анкетирования с целью выявления уровня знаний об индивидуальном и коллективном здоровье, способах его сохранения и укрепления, здоровом образе жизни и организации здоровьесберегающей деятельности.

В рамках практического компонента оценивали умение формировать и организовывать здоровьесберегающую деятельность, владение практическими навыками ЗОЖ и, как следствие, сформированность данных показателей у обучающихся. Оценка практических навыков ЗОЖ проводили в трех направлениях: самооценка, экспертные оценки со стороны учащихся и администрации.

68% педагогов оценивают свои знания как отличные, 20% – как хорошие; 12% – как удовлетворительные. 80% считают, что здоровьесберегающая деятельность направлена, прежде всего, на сохранение здоровья учащихся, а не всех субъектов образовательного процесса. 50% педагогов недостаточно объясняют, в чем должна заключаться организация здоровьесберегающей деятельности. 100% педагогов считают, что должны формировать у учащихся практические навыки ЗОЖ. Среди необходимых навыков называют зарядку, закаливание, посещение спортивных секций, правильное питание, правила личной гигиены. Всего лишь 20% педагогов указывают на профилактику вредных привычек. Способами регуляции психологического и психофизиологического состояния организма владеют 45%, однако арсенал средств регуляции довольно однообразен: релаксация и аутотренинг. Лишь 4% указывают на необходимость учета индивидуальных особенностей учащихся и дифференциацию заданий по сложности.

Наименее выраженной у педагогов оказалась профилактико-коррекционная функция, предполагающая мобилизацию учащихся на уроке посредством элементов психотерапии (музыкотерапия, психогимнастика и др.); использование приемов эмоциональной разрядки, снятие психоэмоционального и статистического напряжения; применение средств, направленных на профилактику и коррекцию психофизиологического состояния учащихся (аудиовизуальные технические средства, офтальмологические тренажеры, схемы и др.) и т.п. Показано, что наименее сформированным показателем является владение стратегиями здоровьесберегающего поведения – постоянно применяют их лишь 29% учителей. По экспертной оценке администрации, данными стратегиями владеют менее 10% педагогического коллектива.

Обучающиеся оценивают практические навыки своих педагогов относительно высоко: по их мнению, 96% педагогов формируют систему знаний ЗОЖ, 85% – формируют у учащихся мотивацию на ЗОЖ, более 50% владеют технологиями регуляции психологического и психофизиологического состояния обучающихся.

Нами был проведен ряд семинаров, направленных на развитие и совершенствование теоретических знаний и практических навыков по вышеуказанному вопросу:

- «Здоровьесберегающая направленность педагогических приемов и методов».
- «Здоровьесберегающий урок как живой организм».
- «Не навредить здоровью при обучении математике».
- «Здоровьесберегающее художественно-творческое пространство гимназии».
- «Учитель как основной субъект создания здоровьесберегающей среды образовательного учреждения».
- «Познание. Творчество. Здоровье».
- «Школа без стресса» и др.

В зависимости от акцентов в формировании определенных профессионально-педагогических компетенций возможно, на наш взгляд, определить типологию педагогов и спроектировать мероприятия, которые способствуют их проявлению и развитию. При этом происходит становление педагога как субъекта создания адаптивно-развивающей (здоровьесберегающей) образовательной среды.

Среди подобных профессионально-педагогических компетенций выделим самые важные:

- Социально-психологическая компетенция, акцентирующая готовность педагогов решать профессиональные задачи, в том числе в режиме развития,

создающая предпосылки для проявления социального здоровья учителя – «профи».

Такие качества формируются в процессе разработки и реализации проектов Программа развития школы «Познание. Творчество. Здоровье», социально-значимой деятельности «Мир, в котором мы живем», «Уроки здоровья».

- Профессионально-коммуникативная компетенция, определяющая степень успешности педагогического общения и взаимодействия с субъектами образовательного процесса, тип учителя – «коммуникатор».

Этот тип формируется в руководстве разновозрастным дискуссионным клубом «Ступеньки к здоровью», через участие в работе творческой группы учителей «Интеграция знаниевого, компетентностного и здоровьесберегающего подходов к образованию», педагогическом совете «На пути к здоровьесберегающей школе», телекоммуникационном проекте «Гимназический союз России».

- Общепедагогическая профессиональная компетенция, включающая в себя психологическую и педагогическую готовность к развертыванию индивидуальной деятельности.

Таким образом, изучение психолого-педагогических и психофизиологических особенностей педагогов, а также их профессиональных и валеологических компетенций способствует повышению качества образования и здоровья всех субъектов воспитательно-образовательного процесса.

ЗДОРОВЬЕСОЗИДАНИЕ КАК ПРИОРИТЕТ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ РОССИИ  
В ТРЕТЬЕМ ТЫСЯЧЕЛЕТИИ:  
ТЕНДЕНЦИИ, ПОИСК, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

**А.Г. Маджуга**

*Стерлитамакский филиал Башкирского государственного университета,  
г. Стерлитамак, Россия*

**Резюме.** В статье раскрыта сущность здоровьесозидающей функции образования, представлены механизмы ее реализации на основе концептуальных идей холистического подхода. Дано определение здоровья как многомерного феномена и рассмотрены теоретико-методологические основания особенностей организации здоровьесозидающего образования в условиях современной школы. Особое внимание уделено характеристике здоровьесозидающей деятельности субъектов образовательного процесса описанию её механизмов. Проведены теоретический анализ и обобщение отечественных и зарубежных психолого-педагогических концепций

здоровьесозидающего образования в условиях современной школы.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровьесозидающая функция образования, здоровьесозидающее образование, здоровьесозидающая деятельность.

**Summary.** In the article the essence of the health ecosida functions of education, presented the mechanisms of its implementation on the basis of the conceptual ideas of a holistic approach. Definition of health as a multidimensional phenomenon and discussed the theoretical-methodological foundations of the characteristics of the organization of the health of creative education for modern school. Special attention is paid to the health of the creative activity of the subjects of the educational process and the description of its mechanisms. Conducted theoretical analysis and generalization of domestic and foreign psychological-pedagogical concepts of health conservation activities and their role in building the health of creative education for modern school.

**Key words:** health, health ecosida function of education, health encouraging education, health of the creative activity.

Для России, как и многих других постсоветских государств, особая роль в изменении стратегического развития образования отводится формированию культуры здоровья субъектов образовательного процесса, основ здорового образа жизни. В Законе Российской Федерации «Об образовании» (2007 г.) внесена поправка, определяющая формирование духовно-нравственной личности, ориентированной, на здоровый и безопасный образ жизни как одно из основных общих требований к содержанию образования. В «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года», в «Национальной доктрине развития образования РФ до 2025 года» отмечается, что сегодня приоритетной задачей системы образования в нашей стране является воспитание человека в духе ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих, как наивысшей социальной ценности, формирование высокого уровня здоровья детей и учащейся молодежи во всех его аспектах – духовном, психическом, физическом.

В настоящее время в педагогической практике наметилась тенденция к переходу от унифицированного образования к образованию, учитывающему личностные особенности и способности каждого индивида, а также уровень его здоровья. Новые ориентиры образования смещают фокус внимания с формирования знаний, умений и навыков на целостное развитие личности, на стимулирование ценностного отношения к здоровью, определяющего в дальнейшем полноту реализации жизненных целей и смыслов.



Современные исследования указывают на то, что традиционный образовательный процесс имеет негативное влияние на состояние здоровья детей. Так, по данным М.М. Безруких (2003), В.Р. Кучмы (2009), 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% [3].

Приходится констатировать, что в своем нынешнем виде образование направлено на развитие почти исключительно когнитивной сферы, упуская из вида развитие человека как целостного разумного и эмоционального существа. При этом баланс аффекта и интеллекта иногда даже называют критерием психического здоровья. По данному критерию существующую в стране школьную образовательную систему никак нельзя назвать здоровьесозидающей. Сами педагоги зачастую не способны сформировать необходимый эмоциональный контакт, выбрать верную психологическую дистанцию с учащимися для сотрудничества с ними в учебном процессе. Все это приводит к различным проблемам психологического и поведенческого плана у школьников, оказывает личностно-деформирующее влияние и в дальнейшем препятствует эффективному исполнению ими социальных ролей.

В контексте своего исследования мы рассматриваем человека как биопсихосоциальное существо и поэтому утверждаем, что в процессе реализации здоровьесозидающей функции образования наиболее значимым становится холистический подход (В.А. Ананьев, В.В. Колбанов, Н.Н. Малайчук, Н.М. Полетаева, Я. Смэтс и др.) [1; 2; 5; 6; 7]. Он предполагает не только снятие противопоставления духовно-психического и материально-телесного начал в человеке, но и акцентирует субъектность человека как носителя здоровья, его ответственность за состояние и развитие здоровья как жизненного потенциала. Напротив, недуг с позиции этого подхода первоначально зарождается на ментальном уровне, распространяясь затем на эмоциональную сферу, и, наконец, вызывая дисбаланс вегетативной нервной системы, локализуется на витальном (то есть физическом или телесном уровне), навязывая субъекту определенные ограничения в самореализации. Поэтому *холистическое определение здоровья* включает оптимальное функционирование и развитие человека в *духовном плане* (осознанная ответственность в социальной и более широких системах жизнедеятельности, вплоть до биосферы и ноосферы), *когнитивной сфере* (разумный оптимизм и наличие

здоровьесозидающих установок) и *психозмоциональной сфере* (эмоциональная уравновешенность), а также в плане его *биологического тела* (энергичность и физические возможности). Согласно холистическому пониманию здоровья, ведущими являются высокие системные уровни человека, следовательно, психические факторы оказывают более существенное влияние на соматическое здоровье, чем телесное состояние – на психический настрой человека.

Следовательно, только холистический подход к здоровью позволяет нам в полной мере реализовать здоровьесозидающую функцию образования, главным ориентиром которой должно стать построение в школе системы здоровьесозидающего образования. При раскрытии содержания феномена «здоровьесозидающее образование» мы опираемся на ряд ключевых понятий: «здоровье», «созидание» и «образование».

Для понимания семантики категории «здоровье» важно проанализировать различные подходы к феноменологии здоровья человека:

1) понятие «здоровье», как область человеческой культуры, включает в себя в единстве три составляющие: тело, душу и разум, следовательно, здоровье – это совокупность культуры физической (способности управлять своими движениями, своим телом), культуры физиологической (способности управлять физиологическими процессами в организме и наращивать их резервную мощь), культуры психической (способности управлять своими ощущениями, чувствами, эмоциями), культуры интеллектуальной (способности управлять своими мыслями), культуры духовной (способности управлять своей ценностно-смысловой сферой и реализовывать жизненные устремления, связанные с духовным самосовершенствованием);

2) здоровье человека – это результат его собственной деятельности;

3) уровень здоровья определяется запасом, объемом жизненных сил человека; путь здоровья – это путь накопления, сохранения и усиления жизненных сил;

4) здоровье – это уровень адаптивных возможностей организма, его способности адекватно реагировать на внешние воздействия и приспособляться к возникающим условиям проживания, это степень устойчивости жизненных сил человека в изменяющихся условиях (экологических, социальных и др.);

5) здоровье каждого человека находится в зависимости от здоровья окружающих его людей;

6) система массового образования является одним из механизмов здоровьесотворения ребенка и в целом человечества, ибо почти каждый чело-

век связан с ней всю свою жизнь: когда учится сам, когда учатся его дети и когда учатся его внуки;

7) здоровье есть результат воспитания, а не только лечения, и основным средством научения здоровому образу жизни является образовательная деятельность.

На основе анализа указанных выше подходов выявлена сущностная характеристика здоровья как педагогического феномена, представляющего собой многомерное интегральное личностное образование, в котором отражается уровень культуры отношения индивидуума к окружающему миру во всем многообразии его проявлений, которое детерминируется степенью усилий человека в наращивании своих жизненных сил и обеспечивает формирование устойчивых моделей здоровьесозидающего поведения и деятельности, направленных на гармонизацию его отношений с самим собой, и рассматривается как определяющее условие в формировании у субъектов образовательного процесса готовности к здоровьесозидающей деятельности.

Прилагательное «созидающий» означает «создающий новое, творческий» и предполагает совместную деятельность (бытие) ученика и педагога как субъектов образовательной деятельности. Творческие процессы совместной деятельности затрагивают личность ученика и педагога, их взаимодействие, активная позиция в творчестве создает возможность дальнейшего развития личности. Таким образом, понятие «здоровьесозидающий», аккумулирующее в себе такие понятия, как «творение», «сохранение», «развитие», «сбережение», «укрепление», является более емким, чем понятие «здоровьесберегающий».

Термин «созидание» мы трактуем как *деятельное, процессуальное явление, сопряженное с самоактуализацией и формированием здоровьесозидающей личностной позиции*. Важными компонентами здоровьесозидающей деятельности являются: саморефлексия (состояние тела, духа и интеллекта); самоцелелепование (обнаружение нового «Я» самого себя); самопрограммирование (разработка последовательности своих действий по осуществлению себя и поиск ресурсов в себе); самореализация (осуществление процесса выхода на новый образ «Я»). Здоровьесозидающая деятельность – это деятельность, мотивированная духовными потребностями в самосозидании и создании вокруг себя экологически здоровой предметно-пространственной, природной и социальной сред.

Важным условием в реализации здоровьесозидающей функции образования является построение системы здоровьесозидающего образования. На наш взгляд, *здоровьесозидающее образование – это перманентный*

*процесс, направленный на формирование продуктивного опыта здоровьесбережения в эколого-личностном и образовательном пространстве, на основе которого возможна реконструкция и переосмысление личностью валеологических установок и выработка новых стратегий жизни и деятельности в отношении своего здоровья [4].*

Таким образом, здоровьесозидающее образование – это качественная характеристика особым образом организованного целостного педагогического процесса, нацеленного на формирование у учащихся и учителей готовности к здоровьесозидающей деятельности, которая является качеством личности, обуславливающим здоровый образ их жизни и обеспечивающим благодаря этому становление (то есть сохранение, поддержание, укрепление и наращивание) их здоровья, что, в конечном итоге, способствует полноценному решению образовательных задач.

Необходимо отметить, что в процессе здоровьесозидающей деятельности не сознание детерминирует деятельность человека в отношении своего здоровья, а личность деятеля. Ее духовно-деятельностные взаимоотношения с миром людей, миром идей и миром вещей. Результатом здоровьесозидающей деятельности является личность, творящая ценностные смыслы. Такая личность не усваивает культуру общества в целом, она осваивает лишь то, что связано с ее непосредственно-практической деятельностью. С нашей точки зрения, здоровьесозидающая деятельность создается субъектом действия, а не действиями субъекта. Таким образом, личность с развитым здоровьесозидающим потенциалом характеризуется следующими особенностями: развитые творческие способности, отсутствие дисгармонии в системе своего психосоматического модуса, освоение (построение) духовно-ценностной сферы. В контексте здоровьесозидающей деятельности творческий процесс и личностный рост (развитие физических и интеллектуальных способностей) преобладают над прагматическим результатом. Человек, созидающий свое здоровье, овладевает интеллектуально-духовными и соматопсихическими методами здоровьетворчества в системах физического тела, организма и личности. Здесь «человеческая мера» транскрибируется – переносится в продукт и результат своего творчества. При этом человек должен не просто адаптироваться к предметной среде («стать как все») – он должен превзойти себя, преобразовать свою персонифицированную личность, осуществиться как личность (т.е. явить свою сущность миру, и, прежде всего, себе самому). Такое понимание означает актуализацию потенциала человека, в том числе и в области здоровьесозидания, за счет раскрытия имеющихся и созидания новых возможностей проявления человеческой сущности в мире. Условно здоровьесозидающее образование может быть представлено в виде следу-

ющей формулы: здоровьесозидающее образование = здоровьесформирующее образование + обучение навыкам здоровьесотворчества → компетенция здоровьесозидающего поведения, обеспечивающая овладение интеллектуально-духовными и соматопсихическими методами здоровьесотворчества в системах физического тела, организма и личности.

#### Литература

1. Ананьев, В.А. Психология здоровья. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
2. Колбанов, В.В. Валеология. Основные понятия, термины / В.В. Колбанов. – СПб., 1998.
3. Кучма, В.Р. Концепция, проблемы и направления работы школ, содействующих укреплению здоровья / В.Р. Кучма // Здоровьесберегающее образование. – 2010. – № 1(5). – С. 33-39.
4. Маджуга, А.Г., Сеницина И.А. Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, перспективы развития / А.Г. Маджуга, И.А. Сеницина. – М.: Логос, 2014. – 508 с.
5. Малярчук, Н.Н. Культура здоровья педагога / Н.Н. Малярчук. – Тюмень: Изд-во Тюменского гос. ун-та, 2008. – 192 с.
6. Полетаева, Н.М. Валеологическое воспитание школьников / Н.М. Полетаева. – СПб.: ЛОИРО, 2000. – 188 с.
7. Smuts J.Ch. Holism and Evolution / J.Ch. Smuts. – London: Macmillan, 1926.

### АНАЛИЗ МОТИВАЦИЙ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ

**О.Н. Малах**

*Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,  
г. Витебск, Республика Беларусь*

**Резюме.** Целью данной работы являлось изучение отношения студенческой молодежи к сохранению здоровья. В исследовании приняли участие 30 студентов-первокурсников, обучающихся на факультете физической культуры и спорта, в возрасте 17-18 лет. Студентам была предложена анкета с вопросами, направленными на выявление отношения к сохранению индивидуального здоровья. Анализ мотивационных направлений сохранения здоровья учащейся молодежью позволил выделить важные аспекты, главными из которых респонденты считают условия жизни, вредные привычки и физическую активность.

**Ключевые слова:** вредные привычки, здоровый образ жизни, здоровье, мотивации, студент.

**Summary.** The goal of this paper is the study of student youth attitude to health preservation. 30 first – year students studying at the Physical Training Department at the age of 17-18 took part in the research. The students were given a questionnaire with ques-

tions aimed at founding out their attitude to the preservation of an individual health. Analysis of motivation directions of the preservation of students health helped to single out some important aspects. The respondents find life conditions, bad habits and physical activities most relevant.

**Key words:** bad habits, a healthy lifestyle, health, motivation, student.

**Введение.** В настоящее время отмечается снижение функциональных резервов органов, систем, организма в целом, нарушение саморегуляции и репродукции, рождение ослабленного потомства. В итоге изменяется и характер патологии населения. Следовательно, анализ мотиваций сохранения здоровья у населения является актуальным.

**Цель работы** – изучение отношения студенческой молодежи к сохранению здоровья.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 30 студентов-первокурсников, обучающихся на факультете физической культуры и спорта, в возрасте 17-18 лет, которым была предложена анкета с вопросами, направленными на выявление отношения к сохранению индивидуального здоровья.

**Результаты и обсуждение.** Анализ опроса показал, что у 45% студентов характер жизнедеятельности изменился в худшую сторону, не изменился у 45% и только у 10% улучшился. Ухудшение характера жизнедеятельности студенты в большей степени связывают с переездом из дома (21,4%), ухудшением жилищных условий (14,2%). 50% опрошенных проживают в общежитии и только 15% – с родителями, остальные снимают квартиру. На постоянную усталость и смену круга общения жалуются 7,1% студентов.

Значение здорового образа жизни принимают 100% респондентов, в то же время 60% студентов не смогли полностью назвать все факторы риска для здоровья. 80% студентов не смогли четко ответить, что и как нужно делать, живя в данном регионе с определенными экологическими условиями, имея напряженный график жизнедеятельности, чтобы иметь нормальное психологическое и физическое здоровье, обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций.

Анализ опроса показал неупорядоченность и хаотичность организации жизнедеятельности студентов-первокурсников.

Потребность в поддержании здоровья занимает ведущее место в иерархии жизненных ценностей студентов. Однако между этой потребностью и усилиями, направленными на его формирование и сохранение, существует явное несоответствие, причиной которого является недостаточная валеологическая грамотность. Имеющиеся знания не обладают необходимым функциональным

характером для использования в повседневной жизнедеятельности, что в некоторой мере объясняется постановкой физического воспитания на факультете, недостаточной реализации его гуманитарного содержания.

Среди факторов риска 75,6% студентов называют злоупотребление алкоголем, наркотиками и курение, 29,1% указывают на конфликты с окружающими, 7,9% – на перегруженность учебно-профессиональными обязанностями. 60% студентов имеют приблизительное представление о психическом и физическом восстановлении, вместе с тем, ни один не использует в регулировании психического состояния аутогенную тренировку. Не используются также упражнения, тренирующие внимание, самоконтроль. Как показывает практика, большинство студентов осознают ценность здоровья только тогда, когда оно находится под серьезной угрозой.

Таким образом, анализ мотивационных направлений сохранения здоровья учащейся молодежью позволил выделить важные аспекты, главными из которых респонденты считают условия жизни, вредные привычки и физическую активность.

**ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ  
К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ УЧАСТНИКОВ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА  
ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
О.Н. Мостова, Т. Е. Сергиенко, О. А. Петрова**

*Детский сад №8 комбинированного вида Центрального района,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** В статье представлены результаты изучения ценностного отношения к здоровому образу жизни у детей, родителей и педагогов дошкольной образовательной организации.

**Ключевые слова:** дети дошкольного возраста, родители, педагоги, здоровье, ценностное отношение к здоровому образу жизни.

**Summary.** The article presents the results of studying the value attitude to a healthy lifestyle among children, parents and teachers of preschool educational organization.

**Key words:** preschool children, parents, teachers, health, value attitude to a healthy lifestyle.

В современном дошкольном образовании происходят важные изменения. В 2013 г. принят Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования, согласно которому дошкольное образование стало первым уровнем общего образования и призвано эффективно решать

целый ряд задач. Среди них приоритетными являются следующие: 1) охрана и укрепление физического и психического здоровья детей, в том числе их эмоционального благополучия; 2) формирования общей культуры личности детей, в том числе ценностей здорового образа жизни, развития их социальных, нравственных, эстетических, интеллектуальных, физических качеств, инициативности, самостоятельности и ответственности ребенка, формирования предпосылок учебной деятельности.

В «Стратегии развития системы образования Санкт-Петербурга на 2011-2020 гг.» (раздел «Дошкольник» п. 2.) отмечается, что актуальной и требующей особого внимания остается проблема здоровья детей. Переход системы дошкольного образования на федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) ставит перед каждым дошкольным образовательным учреждением (организацией) новые задачи, требующие переосмысления подходов к решению проблемы *формирования ценности здорового образа жизни участников образовательного процесса*. Несмотря на принимаемые меры по сохранению и укреплению здоровья детей, оно продолжает ухудшаться. Состояние здоровья детей дошкольного возраста снижается и характеризуется следующими основными показателями: количество детей 1-й группы здоровья – 11,9%; 2-й – 69,8%; 3-й – 20,3%.

Организация здоровьесберегающей деятельности ДООУ в этих условиях требует создания программы и методических рекомендаций по использованию наиболее эффективных форм и методов работы с участниками образовательного процесса по формированию основ здорового образа жизни.

Основой построения всей здоровьесозидающей деятельности в дошкольном образовательном учреждении (организации) является формирование ценностного отношения к своему здоровью у всех участников образовательного процесса. Однако, как отмечает Е.В.Аверьянова, самая большая опасность, подстерегающая наше общество сегодня – это трансформация ценностной сферы личности [1]. «Общество лишилось духовных и нравственных идеалов. Следствием этого стало то, что совокупность ценностных установок, присущих массовому сознанию (в том числе детскому), во многом деструктивна и разрушительна с точки зрения развития личности и семьи» [2, с. 24]. Необходимо исследование ценностных установок детей, родителей и педагогов в сфере отношения к своему здоровью.

Для изучения ценностных ориентаций и направленности личности детей 5-7 лет была использована методика «Цветик-семицветик» В ходе индивидуальной игры-беседы дети должны были загадать семь заветных желаний.

В системе первичных ценностных ориентаций старших дошкольников (выборка составила 60 человек) можно выделить четыре группы ценностей-желаний:

- на первом месте представлены материальные сиюминутные желания (игрушки, одежда, получение удовольствия – посещение мест развлечения) – 64%;
- на втором месте социальные ценности-желания (важность хороших взаимоотношений с детьми и родителями, между родителями) – 14%;
- на третьем месте эмоциональное благополучие, самоуважение, принятие другими (добиться успеха, чтобы у меня все получилось, я был сильным, умным и т.д.) – 13%;
- на четвертом месте забота о здоровье близких («хочу, чтобы мама и папа были здоровы, чтобы «ты» (воспитатель) никогда не болела») – 9%.

Старшие дошкольники формируют свои ценностные отношения к здоровью, наблюдая состояние близких, значимых взрослых, реагируя на их эмоции. В сознании детей закрепляются представления о том, что болезнь близкого человека – это неприятно, тяжело, лучше быть здоровым.

Исследования представлений старших дошкольников о том, что значит быть здоровым человеком, показали:

– в возрасте 5-6 лет дети оценивают здорового человека как не болеющего (не больной, не поранился, горло не болит и т.д.) – 43% ответов или наделенного положительными качествами (сильный, добрый, умный, смелый и т.д.) – 35%;

– в возрасте 6-7 лет здорового человека воспринимают как активного в жизни (закаленный, веселый, жизнерадостный, ловкий и т.д.) – 80% ответов.

В исследовании была поставлена задача изучения мнения родителей по теме «Условия здорового образа жизни в семье». В опросе участвовали 59 семей (табл. 1 и 2).

Здоровый образ жизни в представлении родителей: физическая активность, прогулки, спорт – 86%; полноценное здоровое питание – 68%; отсутствие вредных привычек – 29%; положительный психологический климат в семье (доброта в отношениях, позитивный настрой) – 15%; стабильный режим – 10%. Результаты анкетирования родителей позволяют сделать вывод о том, что наблюдается несоответствие правильных представлений родителей о здоровом образе жизни и действительным воплощением этих представлений в реальности, что подтверждает необходимость формирования ценностного отношения родителей к своему здоровью, здоровому образу жизни как основе здоровьесбережения.

Таблица 1  
Изучение представлений родителей о здоровом образе жизни

Вопросы анкеты	Ответ		
	да	нет	иногда
Читаете ли Вы литературу о здоровом образе жизни?	34%	12%	54%
Используете ли Вы полученные знания в воспитании Вашего ребенка?	86%	0	14%
Можно ли назвать образ жизни в Вашей семье здоровым?	64%	4%	32%
Формируете ли Вы у своих детей привычки к здоровому образу жизни?	100%	-	-

Таблица 2  
Характеристика семьи с точки зрения ЗОЖ

Вопросы анкеты	Ответ		
	да	нет	иногда
Делаете ли Вы утреннюю зарядку?	7%	64%	29%
Есть ли у Вас или других членов семьи вредные привычки?	33%	62%	5%
Занимаетесь ли Вы физической культурой и играми вместе со своими детьми?	61%	2%	37%
Занимаетесь ли Вы закаливанием своих детей?	46%	54%	0
Вы сами здоровы?	78%	5%	0
Часто ли болеет Ваш ребенок?	26%	74%	0

Для исследования ценностных ориентаций личности педагогов было проведено единовременное тестирование по методике В.А. Ядова – Р. Рокича в модификации М.Г. Колесниковой.

На первое место «здоровье» в системе ценностей-целей поставили 27% педагогов, на второе – 18%, третье – 27% (в среднем в системе ценностей-целей здоровье стоит на 3-м месте). Ценность «здоровый образ жизни» имеет более низкий процент, в среднем по выборке занимает 9-е место. Т.е. здоровье для педагогов само по себе является значимым, но в их сознании оно напрямую не связано с образом жизни. При ответе на вопрос: «В какой степени реализованы данные ценности в вашей жизни?» были получены следующие результаты: ценность «Здоровье» реализована на 62%, «здоровый образ жизни» – на 66% соответственно.

В данном случае задача формирования ценностного отношения у педагогов не менее актуальна, чем у родителей, поскольку сами педагоги признают, что состояние их здоровья может быть улучшено и есть также резерв для совершенствования образа жизни.

Самый высокий показатель у педагогов получила ценность «дети» – реализована на 77% (2-е место по значимости), самый низкий – ценность «общественное признание» – реализована на 34% (8-е место). Эти показатели могут быть использованы в работе с педагогами в процессе совершенствования их ценностных установок в связи с тем, что осознание детей как ценности поможет им изменить отношение и к своему здоровью. Ради благополучия детей ответственные взрослые могут совершенствовать свою деятельность, в том числе и в области формирования здорового образа жизни.

#### Литература

1. Аверьянова Е.В. Ценностные ориентации у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития и их родителей / Е.В. Аверьянова // Системная психология и социология. – 2012. – №5.
2. Левчук, Д.Г. Духовно-нравственное воспитание детей и молодежи России: комплексное решение проблемы / Д.Г. Левчук, О.М. Потаповская. – М.: Изд-во «Планета 2000», 2002.

### ВАЛЕОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ И.А. Наумов, С.П. Сивакова

*Гродненский государственный медицинский университет,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

**Резюме.** На основе теоретико-методологического анализа обоснована необходимость пересмотра объема и методологии преподавания в медицинских университетах валеологии и гигиены как основных учебных дисциплин, обеспечивающих становление профилактического мировоззрения студентов-медиков.

**Ключевые слова:** валеология, гигиена, методология преподавания.

**Summary.** We substantiated the need of reconsideration the volume and methodology of teaching the valeology and hygiene in the medical universities as the basic disciplines, which provide the formation of a preventive world outlook among medical students, on the basis of theoretical and methodological analysis.

**Key words:** valeology, hygiene, teaching methodology.

**Введение.** В настоящее время изменения в структуре заболеваемости, условиях и образе жизни населения еще более усиливают значение профилактики как основного вида медицинской помощи. В связи с этим возрастает роль и валеолого-гигиенического образования в медицинских университетах, акцент в котором должен быть сделан на фундаментализации его содержания и обеспечении формирования у будущих врачей-специалистов высокой методологической культуры и творческого овладения методами профилактики для применения их в практической деятельности [1, 2].

**Цель работы** – оценить методологию валеолого-гигиенического образования в медицинском университете.

Авторами проведен теоретико-методологический анализ исследуемой проблемы.

**Результаты и обсуждение.** Гармонизация валеолого-гигиенического образования является многоаспектной проблемой, включающей в себя вопросы знания и познания, проблемы изучения состояния здоровья населения на основе принципов, направленных на профилактику заболеваний и снижение действия факторов риска, а также формирования условий и стимулов для здорового образа жизни.

В настоящее время подготовка медицинских кадров в Республике Беларусь проводится в трех сферах: концептуальной, межличностной и специальной. Концептуальная и межличностная сферы включают в себя знания, умения и навыки, необходимые для работы будущих специалистов; специальная же представляет собой современный уровень знаний, относящихся к предмету, методике преподавания и обучения в данной функциональной сфере.

Наиболее углубленные и обобщенные знания, позволяющие в дальнейшем формировать фундаментальные представления об оценке причинно-следственных связей заболеваемости разных медико-социальных групп и слоев населения с условиями их жизнедеятельности, о методах донозологической диагностики, факторах, формирующих здоровье, осуществляются при преподавании в медицинском университете основных профилактических дисциплин – валеологии и гигиены.

Преподавать данный комплекс дисциплин начинают с первого курса обучения и в соответствии с типовыми учебными планами продолжают в течение трех лет.

Преподавание валеологии начинается на первом курсе. Нормативной базой валеологического курса являются требования Государственного образовательного стандарта, в соответствии с которым студент должен получить научное представление о здоровом образе жизни, овладеть

системой знаний, умений и навыков, обеспечивающих сохранение здоровья. Методологической основой данного курса является концепция здорового образа жизни, под которым понимают такие типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности, которые укрепляют адаптивные возможности организма, способствуют полноценному выполнению трудовой и социальной деятельности. Причем в процессе преподавания валеологии обязательно учитывается, что формирование адекватного отношения студентов к здоровью, детерминирующего здоровый образ жизни средствами обучения и воспитания, предполагает обращение не столько к когнитивной сфере, сколько к механизмам внутреннего мира личности, прежде всего, к комплексу мотивационных подструктур, определяющих ее мотивы отношения к обучению и последующей врачебной деятельности, перспективам профессионального совершенствования, планированию семьи и т.д. В связи с этим структура образовательного курса по данной дисциплине включает теоретико-методологический и практический разделы, что позволяет не только сформировать мировоззренческие представления по вопросам валеологии, но отработать практические навыки и умения здорового образа жизни у студентов, а также освоить основные методы профилактической работы среди разных слоев населения.

В дальнейшем углубленные знания по различным направлениям профилактической деятельности как основы оказания медицинской помощи населению студенты получают при освоении такой фундаментальной дисциплины, как общая гигиена.

Являясь ведущей профилактической дисциплиной, изучающей вопросы гигиенического нормирования и предупреждения неблагоприятного влияния экзо- и эндогенных факторов на организм человека и состояние его здоровья с целью предупреждения заболеваний, общая гигиена, включая экологическую и радиационную медицину, а также охрану труда в здравоохранении, обеспечивает разработку и внедрение научно обоснованных превентивных мероприятий, реализуемых на государственном уровне.

За последние годы общая гигиена обогатилась новыми нормативно-методическими материалами, изучение которых позволяет будущим врачам овладеть современной методологией исследования факторов окружающей среды, новыми методами санитарно-гигиенической экспертизы и оценки дозозологического состояния организма.

Для более глубокого освоения общей гигиены в процессе ее преподавания применяются активные методики обучения (далее – АМО), представляющие собой методы, позволяющие активизировать учебный процесс, побудить студентов к творческому участию в нем. АМО позволяют развить

творческое мышление студентов, способствуют их вовлечению в решение проблем, максимально приближенных к профессиональным. При этом АМО не только расширяют и углубляют теоретические знания, но одновременно развивают практические навыки и умения.

Применяемые в процессе обучения АМО разделяются на два типа.

АМО первого типа включают в себя как проблемные лекции, так и проблемно-активные практические занятия, ориентированные на самостоятельную деятельность студентов, в первую очередь, это касается изучения нормативно-правовых актов по вопросам охраны здоровья населения, включая Конституцию Республики Беларусь и Закон Республики Беларусь «О здравоохранении».

К АМО второго типа относятся имитирующие практические занятия. Так, на семинарских занятиях с применением коллективных игровых АМО студентам предлагается участие в так называемых деловых (управленческих) играх, в которых каждый из них «примеряет» на себя конкретную роль согласно поставленной цели. При этом условия проведения игры характеризуются невозможностью полной формализации всей задачи, наличием неопределенностей, а нередко и конфликтов интересов врача и пациента при проведении профилактической работы.

Основными этапами применяемых деловых игр являются: формирование модели объекта; распределение ролей; различие ролевых целей при выработке решений; взаимодействие участников, исполняющих те или иные роли; наличие общей цели у всего игрового коллектива; коллективная выработка решения; выработка и реализация в процессе игры «цепочки решений»; многовариантность решений; наличие управления эмоциональным напряжением; формирование системы индивидуальной или групповой оценки деятельности участников игры. Меняясь ролями, студенты изучают процесс с разных позиций. Кроме того, групповая деловая игра позволяет совершенствовать коммуникативные навыки как в отношении обмена информацией, обоснования своей позиции, так и принятия решений по обеспечению действенной профилактики выявленных факторов риска заболеваний.

Следует отметить, что при проведении групповой деловой игры преподаватель выступает только в качестве эксперта, соблюдая принцип «обучение в сотрудничестве». Поэтому при грамотном анализе результатов игры со стороны преподавателя и при коллективном его обсуждении процесс обучения идет очень эффективно. Все это позволяет создать у студентов наиболее полное ощущение реальной деятельности в роли врача, принимающего конкретные решения в области профилактики заболеваний.

К сожалению, в настоящее время эффективно начатое валеолого-гигиеническое обучение студентов первых курсов в соответствии с действующими типовыми учебными программами завершается уже в пятом семестре, то есть задолго до начала реального освоения студентами иных компонентов оказания медицинской помощи (диагностики, лечения, реабилитации и протезирования). В качестве исключения выступает подготовка небольшого числа врачей-валеологов, обучение которых осуществляется в рамках интернатуры на основе разработанных нами учебных пособий [3, 5].

Отсутствие непрерывного сквозного валеолого-гигиенического обучения студентов на протяжении всего периода обучения в медицинском университете значительно затрудняет становление комплексного врачебного мировоззрения [4]. Это, по нашему мнению, с учетом ориентации медицинского университетского образования на подготовку врачей общей практики, в значительной мере также тормозит и процесс подготовки специалистов, владеющих не только значительным багажом теоретических знаний, но и приемами и методами, позволяющими в дальнейшем самостоятельно решать основные задачи квалифицированной профилактической работы среди населения.

**Выводы.** В связи с тем, что гигиена и валеология – основные профилактические дисциплины, изучающие влияние на организм человека всего многообразия внешних и внутренних факторов, определяющих качество, уровень, стиль и другие категории образа жизни, назрела необходимость пересмотра объема и методологии их преподавания в медицинских университетах.

#### Литература

1. Алексеева, Г.И. Профильное обучение в современном образовании: национально-региональный аспект / Г.И. Алексеева. – М.: Образование и информатика, 2007. – 96 с.
2. Глушевская, Е.В. Проблемы инновационных преобразований в учебном процессе медицинского вуза / Е.В. Глушевская // Вест. Костромского гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. – 2007. – Т.13. Спецвыпуск. – С. 85-87.
3. Зиматкина, Т.И. Валеология: методические рекомендации для врачей-интернов по специальности «валеология» / Т.И. Зиматкина, С.П. Сивакова, И.А. Наумов. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – 48 с.
4. Крежевских, О.В. Становление и развитие эколого-валеологического образования в контексте его преемственности и непрерывности / О.В. Крежевских // Совр. пробл. науки и образов. – 2008. – №4 – С. 82-84.
5. Наумов, И.А. Валеология: пособие для врачей-интернов по специальности «валеология» / И.А. Наумов, Т.И. Зиматкина, С.П. Сивакова. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – 260 с.

## ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

**В.В. Нечепуренко, И.А. Акоюн**

*Детский сад № 47 Красногвардейского района, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** В статье раскрываются педагогические основы обеспечения здоровья детей в дошкольном учреждении. Основной акцент сделан на использование здоровьесберегающих технологий как системы педагогических технологий, основанных на принципе природосообразности и направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья воспитанников. Представлена авторская классификация игровых технологий оздоровительной направленности.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровый образ жизни, здоровьесберегающие технологии, мотивация, игровые технологии.

**Summary.** Pedagogical principles of children health guarantee in pre-school statement are revealed in this article. Supreme accent was made on using of health-conserving technologies, based on principle of nature-consistency and directed on forming, conservation and strengthening of children health. Authors classification of health-oriented games-technologies is represented.

**Key words:** health, healthy-life style, health-conserving technologies, motivation, games technologies.

Здоровье и здоровый образ жизни должны объединять все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях, и выражать ориентированность деятельности личности в направлении формирования, сохранения и укрепления здоровья. В то же время в иерархии потребностей (например, в общеизвестной классификации Маслоу) здоровье и здоровый образ жизни как потребность не фигурируют ни на одном из уровней. Здоровье и здоровый образ жизни далеко не всегда занимают первые позиции и среди педагогов образовательных учреждений, а проблема мотивирования здорового образа жизни детей является одной из самых острых проблем, стоящих перед современным дошкольным образовательным учреждением (ДОУ). Как правило, педагоги рассматривают систему мотивации как инструмент, базирующийся на материально-техническом фундаменте, а не на личностно-профессиональной компетентности педагогов в области здоровьесбережения.

На сегодняшний день нет какой-то одной единственной уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач некоего образовательного процесса. Это может быть образовательный процесс медико-гигиенической направленности (осуществляемый при тесном



контакте педагог – медицинский работник – воспитанник), физкультурно-оздоровительной (отдается приоритет занятиям физкультурной направленности); экологической (создание гармоничных взаимоотношений с природой) и др. Только благодаря комплексному подходу к воспитанию дошкольников могут быть решены задачи формирования и укрепления здоровья детей дошкольного возраста.

Здоровьесберегающие образовательные технологии – это многие из знакомых большинству педагогов психолого-педагогических приемов и методов работы, технологий, подходов к реализации возможных проблем. Только тогда мы можем сказать, что воспитательно-образовательный процесс осуществляется по здоровьесберегающим образовательным технологиям, когда при реализации используемой педагогической системы достигаются поставленные цели.

Цель здоровьесберегающих педагогических технологий – обеспечить каждому ребенку возможность сохранения здоровья за период нахождения в дошкольном учреждении, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки здорового образа жизни, научить использовать полученные знания в повседневной жизни.

Основной показатель, отличающий все здоровьесберегающие педагогические технологии – регулярная экспресс-диагностика состояния воспитанников и отслеживание основных параметров развития организма в динамике (начало – конец учебного года), что позволяет сделать соответствующие выводы о состоянии здоровья детей.

Для описания здоровьесберегающего направления работы образовательного учреждения многие авторы справедливо используют формулировку «здоровьесберегающая деятельность», так как реализация указанных мер по сохранению и укреплению здоровья в образовательном учреждении, как правило, связывается с деятельностью соответствующих специалистов (медицинских работников, психологов, и т.п.). В то же время большинство задач по укреплению здоровья воспитанников ДОУ решается в ходе ежедневной практической работы педагогов, т. е. связано с профессиональной педагогической деятельностью.

Очень важно, чтобы каждая из рассмотренных далее технологий имела оздоровительную направленность, а используемая в комплексе здоровьесберегающая деятельность в итоге сформировала бы у ребенка стойкую мотивацию здорового образа жизни, полноценное и неосложненное развитие.

Некоторые технологии оздоровления долгие годы использовались сугубо в коррекционных целях и предназначались для детей в образова-

тельных учреждениях «специального образования» компенсирующего вида. В последнее время большинство таких методик применяются в массовых образовательных учреждениях для обычных детей в профилактических либо оздоровительных целях. Мы используем термин «терапия», так как он употребляется педагогами и специалистами дополнительного образования. Особо отметим, что применение здоровьесберегающих педагогических технологий невозможно без тесного контакта с медицинским персоналом дошкольных учреждений.

В данном случае оздоровительные технологии рассматриваются нами как система педагогических технологий, основанных на принципе природосообразности и направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья воспитанников. По характеру содержания и структуры – обучающие и воспитывающие. В центре всей образовательной системы преобладают личностно-ориентированные технологии, которые должны обеспечивать условия, адекватные для развития ребенка и его социально-психологической адаптации.

Существуют разнообразные формы и виды деятельности, направленные на сохранение и укрепление здоровья воспитанников в ДОУ. Комплекс этих мер в настоящее время получил общее название «здоровьесберегающие технологии», которые включают взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его обучения и развития.

Выбор здоровьесберегающих педагогических технологий зависит от типа дошкольного учреждения, от продолжительности пребывания в нем детей, от программы, по которой работают педагоги, конкретных условий ДОУ, профессиональной компетентности педагогов, а также показателей здоровья детей.

Главным критерием результативности всех здоровьесберегающих технологий мы считаем их влияние на развитие ребенка, увеличение резервов его здоровья и готовность ребенка легко адаптироваться к будущим школьным нагрузкам.

Требования к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования предполагает построение образовательного процесса на адекватных возрасту формах работы с детьми. Основной формой работы с детьми дошкольного возраста и ведущим видом деятельности для них является игра.

Игра – важнейшая и неотъемлемая часть учения, досуга, культуры в целом. Но любая игра, используемая в рамках воспитательно-образовательного процесса, требует дополнительных педагогических усилий, опре-

деленного педагогического мастерства. Поэтому педагоги используют это педагогическое средство довольно часто.

Мы будем рассматривать игру как педагогическую форму, как систему взаимоотношений и как деятельность.

Игра полностью не заменяет традиционные формы и методы обучения; она рационально их дополняет, позволяя более эффективно достигать поставленной цели и задачи конкретного занятия и всего обучающего процесса. В то же время игра повышает интерес, стимулирует рост познавательной активности, что позволяет детям получать и усваивать большее количество информации, способствует приобретению навыков здорового образа жизни.

Бурное развитие игрового метода привело к многообразию его практического воплощения. В литературе появляется описание игр-упражнений, ролевых игр, дидактических, обучающих, педагогических и многих других.

Разработанная нами классификация игровых технологий имеет широкое применение в практической деятельности педагогов, носит оздоровительную направленность и может рассматриваться как система действий, направленная на определенный результат – мотивацию ребенка на здоровый образ жизни.

Первая группа игровых технологий – дидактические игры, направленные на формирование знаний о здоровье и здоровом образе жизни у детей.

Вторая – игры и упражнения, направленные на практическую оздоровительную работу.

Третья – игры для коррекции неконструктивного поведения.

В подборе игр-упражнений для детей важно учитывать их индивидуально-типологические, психоэмоциональные особенности детского организма и состояние здоровья детей. При проведении игр-упражнений должен обеспечиваться постоянный контроль со стороны педагога.

Наблюдение за игрой позволяет педагогу получить необходимую информацию о ребенке. Дети более полно и непосредственно выражают себя в организованной ими самими игре, нежели в словах. В игре более полно выражается внутренний мир ребенка, дается возможность отражать полученные знания и умения о ценностях здоровья и здорового образа жизни. Оздоровительная функция игры состоит, прежде всего, в профилактике переутомления. Кроме релаксационной, игра выполняет коммуникативную, развлекательную и воспитательную функции. Эти игры укрепляют различные группы мышц, тренируют вестибулярный аппарат, способствуют профилактике нарушения зрения и осанки. Естественность обстановки, свобода в импровизации, возможность отойти от заданных правил и наце-

ленность педагога на создание у детей положительного эмоционального настроения создают у детей состояние особого психологического комфорта.

## ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Е.В. Осипенко<sup>1</sup>, И.Л. Ярчак<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины,  
г. Гомель, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, Москва, Россия

**Резюме.** В статье представлены результаты выполнения инновационных проектов на базе учреждений общего среднего образования Гомельского региона, способствующих сохранению и укреплению физического здоровья детей школьного возраста. Она содержит также авторскую технологию физкультурно-оздоровительных занятий с младшими школьниками в группах продленного дня.

**Ключевые слова:** учреждения образования, школьники, физическое здоровье, инновационный проект, физическое воспитание, группа продленного дня, физкультурно-оздоровительные занятия.

**Summary.** Results of implementation of innovative projects are presented in article on the basis of establishments of the general secondary education of the Gomel region, promoting preservation and strengthening of physical health of children of school age. It contains also author's technology of sports and improving occupations with younger school students in day-care centers.

**Key words:** educational institutions, schoolchildren, physical health, innovation project, physical education, group day care, sports and health-improving exercises.

**Введение.** Среди актуальных проблем физического воспитания школьников по-прежнему не теряют своей значимости научные исследования, касающиеся изучения оздоровительного влияния физических упражнений на их физическое и психофизиологическое состояние. Наблюдаемая в последние годы тенденция прогрессивного уменьшения двигательной активности детей и подростков, приводящая к ухудшению работоспособности, снижению общей резистентности организма, росту заболеваемости, вызывает необходимость и целесообразность комплексного изучения вопросов по содержанию и направленности физкультурно-оздоровительных занятий в учреждениях образования.

Педагогические инновации – относительно новое понятие для сферы образования. В последние 10-12 лет в связи с изменением социально-экономических условий, развитием научных исследований в области обра-

зования, резко возросла актуальность поиска новых, более эффективных форм, средств, методов и технологий обучения и воспитания. Чаще инновации в образовании связывают с разработкой и внедрением новых средств, методов и технологий воспитания и обучения.

*Цель работы* – разработать и экспериментально обосновать систему профилактики и коррекции уровня физического здоровья школьников, проживающих в условиях Гомельского региона.

*Материалы и методы:* анализ научно-методической литературы и нормативной правовой документации, педагогическое наблюдение, антропометрия, педагогический эксперимент, контрольно-педагогические испытания, физиологические методы, метод теоретического моделирования, методы математической статистики.

*Результаты и обсуждение.* В 2010-2013 годах на базе ГУО «СШ № 7 г. Гомеля» нами выполнялся инновационный проект «Внедрение модели оздоровления детей средствами физической культуры» в соответствии с приказом Министерства образования Республики Беларусь.

В ходе его реализации было установлено следующее:

- структура и содержание потребностно-мотивационной и ценностной сферы (ПМЦС) физической культуры личности представляют собой совокупность физкультурных потребностей и мотивов, проявляющихся в физкультурной деятельности и выражающих физкультурные ценности школьника;

- результаты диагностики ПМЦС свидетельствуют о том, что статистически значимые гендерные отличия в уровнях сформированности ПМЦС физической культуры школьников проявляются лишь в 9-11-х классах;

- использование разработанной нами методики формирования и коррекции ПМЦС физической культуры детей школьного возраста позволило статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) повысить уровень сформированности ПМЦС физической культуры школьников 6-9-х классов;

- экспериментальная апробация методики формирования и коррекции ПМЦС физической культуры детей школьного возраста, основанная на реализации в учреждениях общего среднего образования теоретического и практического этапов олимпиады среди школьников и обеспечивающая формирование физкультурных знаний, актуализацию потребности в двигательных умениях и навыках, физкультурном мышлении, физкультурной деятельности, доказала её эффективность;

- эффективность реализации методики формирования и коррекции ПМЦС физической культуры школьников подтверждена статистически достоверным повышением уровня сформированности потребностно-мотивационно-

ценностной сферы физической культуры школьников и может быть рекомендована к внедрению в практику физического воспитания учреждений образования [5].

В 2013-2014 учебном году на базе ГУО «СШ № 7 г. Гомеля», ГУО «СШ № 28 г. Гомеля», ГУО «СШ № 43 г. Гомеля» выполнялся инновационный проект «Внедрение модели автоматизированного педагогического контроля физического состояния учащихся учреждений общего среднего образования».

Благодаря реализации данного инновационного проекта апробирована модель автоматизированного педагогического контроля физического состояния учащихся учреждений общего среднего образования; внедрены в образовательный процесс учреждения общего среднего образования компьютерные программы «Monitoring Studio», «ПМЦС», «Спортес», «Health Correction», «Mental Working Capacity» («MWC»), «Тесты», позволяющие осуществлять автоматизированный педагогический контроль и мониторинг физического состояния и состояния потребностно-мотивационно-ценностной сферы физической культуры учащихся; разработаны методико-практические рекомендации по использованию информационных технологий в педагогической практике учителя физической культуры и здоровья.

В 2014-2016 годах на базе учреждений общего среднего образования г. Гомеля (ГУО «СШ № 7 г. Гомеля», ГУО «СШ № 28 г. Гомеля им. Э.В. Серёгина», ГУО «СШ № 43 г. Гомеля», ГУО «СШ № 31 г. Гомеля», ГУО «СШ № 67 г. Гомеля», ГУО «Козенская средняя школа Мозырского района») планируется провести инновационный проект «Внедрение модели формирования физического здоровья учащихся учреждений общего среднего образования средствами оздоровительной физической культуры».

При выполнении данного проекта планируется апробировать модель формирования физического здоровья учащихся учреждений общего среднего образования средствами оздоровительной физической культуры; определить влияние серий коррекционно-развивающих и оздоровительных методик, разработанных в рамках модели и направленных на расширение функциональных резервов системы дыхания, аэробных и анаэробных возможностей, укрепление состояния здоровья учащихся учреждений образования; будут разработаны методико-практические рекомендации по использованию в практике физического воспитания и начального образования методики дыхательно-речевой гимнастики, способствующей улучшению внешнего и речевого дыхания, произносительной стороны речи учащихся, а также информационных технологий для автоматизированного педагогического контроля за показателями физического и психофизиологи-

ческого состояния занимающихся; будет усовершенствована профессиональная культура педагогов физической культуры.

В рамках выполнения диссертационного исследования [1] нами была разработана и апробирована технология физкультурно-оздоровительных занятий с младшими школьниками в группах продлённого дня, проживающими в экорационных условиях. Данная авторская технология в течение длительного педагогического эксперимента подтвердила свою результативность [4] и может быть рекомендована для целенаправленного использования в образовательном процессе детей 8-9 лет, проживающих в неблагоприятных экорационных условиях.

Авторская технология включает в себя программу физкультурно-оздоровительных занятий во время спортивного часа с преимущественным развитием общей выносливости у детей [2] и инновационную методику комплексной дыхательной гимнастики, направленную на совершенствование функции внешнего дыхания у младших школьников во время прогулки [3].

С целью реализации автоматизированного педагогического контроля за показателями физического и психофизиологического состояния, состояния потребностно-мотивационно-ценностной сферы физической культуры школьников нами были разработаны и апробированы компьютерные программы, зарегистрированные в Национальном центре интеллектуальной собственности Республики Беларусь: «Тесты», «Спортес», «MWC», «Health correction», «Monitoring Studio», «ПМЦС».

#### Литература

- Осипенко, Е.В. Содержание и направленность физкультурно-оздоровительных занятий с младшими школьниками в группах продленного дня: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Е.В. Осипенко; ФГБОУ ВПО «Смоленская государственная академия физической культуры, спорта и туризма». – Смоленск, 2013. – 22 с.
- Осипенко, Е.В. Программа физкультурно-оздоровительных занятий во время спортивного часа (для учащихся 2-4 классов, посещающих группу продленного дня) / Е.В. Осипенко. – Смоленск: ООО «Принт-Экспресс», 2013. – 20 с.
- Осипенко, Е.В. Совершенствование функции внешнего дыхания у младших школьников / Е.В. Осипенко, С.В. Севдалев; М-во образования РБ, Гомельский гос. ун-т им. Ф. Скорины. – Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2013. – 212 с.
- Осипенко, Е.В. Технология физкультурно-оздоровительных занятий с младшими школьниками в группах продленного дня / Е.В. Осипенко, С.В. Севдалев // Проблемы физической культуры населения, проживающего в условиях неблагоприятных факторов окружающей среды: матер. X Междунар. науч.-практ. конф.: в 2 ч. Ч. 1 : редкол.: О.М. Демиденко (гл. ред.) [и др.]. – Гомель, 2013. – С. 147-150.

- Старченко, В.Н. Диагностика, формирование и коррекция потребностно-мотивационной и ценностной сферы физической культуры школьников / В.Н. Старченко, Е.В. Осипенко // Мир спорта. – Мн., 2013. – Т.3, №52. – С. 50-54.

## ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ В ВУЗОВСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ ОБУЧЕНИЯ

**В.И. Пенкрат, Л.В. Пенкрат**

*Академия МВД Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь*

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы инновационных технологий вузовского обучения и их здоровьесберегающие характеристики.

**Ключевые слова:** вузовские здоровьесберегающие технологии, факторы здоровьесбережения.

**Summary.** The article deals with the innovative technology of high school training and their Health-characteristics.

**Key words:** high school Health-technology, factors of taking care of health.

Современный уровень высшего образования требует новейших обучающих технологий. По наблюдениям валеологов, те или иные образовательные технологии могут влиять на состояние физического, эмоционального и интеллектуального здоровья обучающихся.

Обучение в высшем учебном заведении часто сопровождается психологическим напряжением, которое объединяется понятием «стресс». Стресс традиционно подразделяется на физиологический и психологический. Мы остановимся на психологическом стрессе, который, в свою очередь, подразделяют на информационный и эмоциональный [3].

Информационный стресс преследует цивилизованного человека постоянно. Его вызывают: общение с Интернетом, теле- и радиосообщения, лекции и семинарские занятия, чтение учебной литературы, книг и журналов, разговоры по телефону и бытовое каждодневное общение. На все эти действия требуется дополнительная энергия и современный студент часто не справляется с этим, так как времени на обработку поступившего материала, как правило, не хватает, а на подходе новая порция нужной информации. Существуют специальные приемы, помогающие студенту выйти из стресса путем организации своего режима дня, отношения к учебе и умения переключаться с одного вида деятельности на другой.

Вместе с тем, проблема сохранения здоровья молодежи, как универсального феномена человеческой культуры, предполагает несколько его аспектов. Мы рассмотрим один из них – здоровьесберегающие технологии вузовского обучения, так как считаем, что педагог может и должен органи-

зывать преподавание таким образом, чтобы выработать стрессоустойчивость у каждого студента.

К факторам здоровьесбережения в процессе обучения можно отнести:

- интересное преподавание и формирование положительной мотивации к изучаемому предмету;
- творческий характер выполнения заданий;
- отсутствие условий соревновательности между студентами в выполнении заданий;
- свободный выбор задания;
- работу в команде;
- выдумку и фантазию;
- возможность обратиться к литературным источникам по проблемным вопросам.

Одной из таких технологий, по нашему мнению, является веб-квест (webquest) технология, ибо это принципиально новая организация учебного процесса, новая дидактическая модель обучения. Ее применение позволяет использовать Интернет в процессе здоровьесбережения.

Термин «веб-квест» (webquest) (квест – приключение в Интернете) впервые был предложен в 1995 году профессором образовательных технологий Университета Сан-Диего (США) Берни Доджем (Bernei Dodge), который разрабатывал инновационные приложения Интернета для интеграции в учебный процесс при преподавании различных учебных дисциплин на разных уровнях обучения.

«Веб-квест» направлен на развитие у обучаемых навыков аналитического и творческого мышления. Его суть составляет проблемное задание с элементами ролевой игры, для выполнения которого используются информационные ресурсы Интернета.

Обучаемым предлагается решить несколько проблемных заданий. Ссылки на часть источников может дать преподаватель, а часть студенты должны найти самостоятельно, пользуясь обычными поисковыми системами. Завершением выполненного проблемного задания является отбор самой значимой информации.

В данной технологии могут быть выделены следующие виды заданий для веб-квестов:

– *пересказ* – понимание темы на основе представления материалов из разных источников в новом формате: создание презентации, плаката, рассказа;

– *планирование и проектирование* – разработка плана или проекта на основе заданных условий;

– *самопознание* – любые аспекты исследования развития личности;

– *компиляция* – представление информации, полученной из разных источников: создание книги по определенной тематике, виртуальной выставки, капсулы времени, капсулы культуры;

– *творческое задание* – работа в определенном жанре: создание пьесы, стихотворения, песни, видеоролика;

– *аналитическая задача* – поиск и систематизация информации;

– *детектив, головоломка, таинственная история* – выводы на основе противоречивых фактов;

– *достижение консенсуса* – выработка итогового решения по острой проблеме;

– *оценка* – обоснование определенной точки зрения или позиции;

– *журналистское расследование* – объективное изложение информации (разделение мнений и фактов) по главному вопросу в различных журналах;

– *убеждение* – склонение на свою сторону оппонентов или нейтрально настроенных лиц с помощью веских аргументов;

– *научное исследование* – изучение различных явлений, открытий, фактов на основе уникальных онлайн-источников [1].

Из предложенного перечня результативных заданий студент выбирает то, которое ему по силам и способностям.

Не менее важной для сохранения здоровья обучающихся является технология образования в глобальной информационной сети (ТОГИС), авт. В.В. Гузеев [2].

Суть ее заключается в том, что система задач строится как трехуровневая, а образовательный стандарт содержательно заложен в задаче минимального уровня. Дальнейшее развитие обучающихся осуществляется через решение задач последовательно общего и продвинутого уровней.

Каждый студент имеет возможность выбирать задачу того уровня, для которого он считает себя способным. В процессе работы над задачей студент может менять задачи одного уровня на задачи другого, более продвинутого. Это дает возможность избегать дидактогенных неврозов, снимает страх перед выполнением задания, дает неуверенному студенту возможность поверить в свои силы и попробовать выполнять задания более сложного уровня.

Технология ТОГИС помогает студентам приобрести навыки работы с информацией, вырабатывает умение систематизировать и обобщать ее, выдвигать и отстаивать собственную точку зрения. Параллельно происходит достаточно глубокое усвоение учебного материала, а сам студент вы-

студента в роли исследователя, создателя собственного интеллектуального продукта, а функция преподавателя на занятии – вспомогательная и корректирующая.

После чтения лекций и проведения семинарских занятий по этим технологиям, была проведена рефлексия «Мое настроение и самочувствие». По высказываниям самих студентов, квест-технология и технология ТОГИС позволили не только повысить интерес и уровень знаний по изучаемому предмету, но и «увеличить работоспособность» на 27%, «улучшить настроение» на 42%, «снизить усталость после выполнения интересного задания» на 31%, «улучшить самочувствие» на 17%, «появилось желание продолжать работу с текстами, задачами, литературой» на 38%.

Все вышеназванные технологии дают возможность студенту чувствовать себя уверенно, повысить мотивацию к знаниям и получению профессии, а также за годы учебы сохранить и приумножить свое здоровье и здоровье окружающих.

#### Литература

1. Горбунова, О. Веб-квест в педагогике – новая дидактическая модель обучения / О. Горбунова, Н. Кузьмина // Школьная педагогика. – №2. – 2013. – С. 80-90.
2. Гузеев, В.В. Консультации: технология ТОГИС. Деятельностно-ценностные задачи / В.В. Гузеев // Педагогические технологии. – 2007. – № 3. – С. 115-119.
3. Новейшие технологии нейтрализации стрессов и оздоровления школьника: практическое пособие / Авт.-сост. В.В. Онишина. – М.: АРКТИ, 2008. – 152 с.

### РАЗВИТИЕ ПОТЕНЦИАЛОВ ЛИЧНОСТИ – ЗАЛОГ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ И.А. Романченко

*Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции  
Адмиралтейского района, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** Эта статья о здоровье учащихся начальной школы. В последние пять лет нами проводилось исследование, посвященное здоровью школьников, образу жизни, личным превентивным ресурсам, которые позволяют сохранить здоровье и улучшить качество жизни. Результаты исследования показали, что 30% учащихся находятся в группе риска и требуют внимания специалистов, таких как педагоги, психологи и врачи-терапевты.

**Ключевые слова:** здоровье, группа риска, качество жизни, личный превентивный ресурс, образ жизни.

**Summary.** This article is about the health of the students in the primary school. During last 5 years we were working on the research of student's lifestyle and their personal preventive resources which help to save the health and improve the quality of life. The results of this research show that 30% of the students are in group of risk and require the attention of specialists such as teachers, psychologists, doctors-therapists.

**Key words:** health, group of risk, quality of life, personal preventive resources, lifestyle.

Формирование, сохранение и укрепление здоровья детей – одно из основных направлений деятельности всех специалистов в образовательном учреждении. Понятие здоровье школьника включает в себя и формирование здорового и безопасного образа жизни, здорового стиля жизни и «нормы» поведения [1,2,4]. Здоровый стиль жизни обусловлен развитием потенциалов личности и формированием личного превентивного ресурса, который способствует сохранению здоровья, самореализации и улучшению качества жизни [3,5]. Поэтому развитие и формирование личного превентивного ресурса школьников – одна из основных задач работы психолога в образовательном учреждении. Личный превентивный ресурс (ЛПР) – это комплекс потенциалов (аспектов) личности: интеллектуального, личностного, эмоционального, физического, социального, творческого и духовного [1].

Потенциал разума (интеллектуальный) – способность развивать интеллект и умение им пользоваться.

Потенциал воли (личностный) – способность к самореализации, умение ставить и достигать цели, выбирать адекватные средства.

Потенциал чувств (эмоциональный) – способность понимать и выражать свои чувства и чувства других людей.

Потенциал тела (физический) – способность осознавать и развивать физическую составляющую здоровья.

Общественный потенциал (социальный) – способность адаптироваться к социальным условиям, повышать уровень коммуникативной компетентности.

Креативный потенциал (творческий) – способность к созидательной активности, творческому самовыражению.

Духовный потенциал – способность развивать духовную природу, выражать высшие ценности жизни.

Развитие и реализация потенциалов личности позволяет сохранять баланс адаптационно-компенсаторных механизмов и обеспечивает психическое, соматическое и социальное благополучие ребенка, а также создает

условия для сохранения здоровья, самореализации и развития успешной личности.

Ресурс является превентивным потому, что позволяет решить многие проблемы подросткового возраста, в том числе обеспечить профилактику (превенцию) девиантного и зависимого поведения. Результаты многолетних работ психологов в образовательных учреждениях свидетельствуют: чем раньше начинается профилактическая психологическая работа с детьми, тем более эффективны ее результаты [5,6]. Исходя из этих позиций, в Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРК) была начата работа по оценке ЛПР школьников начальной школы.

*Цель исследования* – оценка и мониторинг ЛПР младших школьников, который является важным источником изучения семейной ситуации школьников, обстановки в школьной среде. Для проведения исследования нами была разработана анкета, состоящая из 20 вопросов, касающихся образа жизни школьников. Такие исследования выявляют детей, которые не всегда ведут здоровый образ жизни, имеют сниженный ЛПР, склонны к формированию девиантного поведения, возникновению зависимостей, в том числе от психоактивных веществ. Такие дети требуют повышенного внимания педагогов и психологов, медиков, а также сопровождения и проведения индивидуальных и групповых занятий.

За последние три года в ЦППРК проанкетировано более двух тысяч школьников: 2010-2011 год – 724 учащихся, 2011-2012 год – 700 учащихся, 2012-2013 год – 736 учащихся.

После обработки анкет были выявлены дети со сниженным личным превентивным ресурсом, которых мы отнесли к группе риска по отношению к формированию образа жизни и стиля поведения. К группе риска отнесены: в 2010-11 году 132 учащихся, в 2011-12 году 177 учащихся, в 2012-13 году 144 учащихся.

Из общего числа детей 32% имеют эмоциональные проблемы: школьники волнуются при выступлении в классе, разговоре с учителем, чувствуют себя в школе и дома беспокойно и неуверенно, редко радуются жизни, испытывают страх в общении с незнакомыми.

25% детей имеют соматические проблемы, связанные со здоровьем: школьники часто болеют, мало гуляют, редко едят здоровую пищу.

28% детей имеют коммуникативные проблемы, связанные с общением: мало общаются с друзьями, в школе чувствуют себя неуверенно, в трудных ситуациях редко помогают друзьям, не имеют организованного досуга.

Данные опроса свидетельствуют о необходимости проведения занятий с этими детьми специалистами по формированию установок на здоровый образ жизни, овладению навыкам саморегуляции и развития потенциала личности, профилактику девиантного, зависимого поведения.

После окончания изучения ЛПР школьников рекомендовано использовать следующие формы работы:

- беседа психолога с классным руководителем;
- беседа с социальным педагогом, с психологом школы;
- беседа с родителями и выдача приглашений на индивидуальную консультацию к специалистам ЦППРК (психологу, педиатру, психотерапевту), индивидуальные консультации специалистов в школе.

Кроме индивидуальной работы рекомендована и проводится групповая работа по программам: Коррекция школьной тревожности, «Переход», Развитие социальных навыков «Мы».

Цель этих занятий сформировать готовность к переходу школьников из начального образовательного звена в среднее, сформировать навыки здорового образа жизни, сохранить здоровье и улучшить качество жизни.

Использование анкеты в исследованиях с младшими школьниками выявило ее информативность и адекватность. В настоящее время планируется дальнейшее проведение исследования для сбора информации в младших классах школ Адмиралтейского района и мониторинга ЛПР в течение нескольких лет [6].

#### *Литература*

1. Ананьев, В.А. Практикум по психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
2. Ананьев, В.А. Этюды валеологии (монография) / В.А. Ананьев, Д.Н. Давиденко, В.П. Петленко – СПб.: БПА, 2001. – 210 с.
3. Брехман, И.И. Валеология – наука о здоровье / И.И. Брехман. – 2-е изд. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
4. Колбанов, В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб.: ДЕАН, 1998. – 232 с.
5. Попов С.В. Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников) / С.В. Попов. – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 256 с.
6. Романченко И.А. Формирование личного превентивного ресурса школьников / И.А. Романченко // Служба практической психологии в образовании : Материалы научно-практич. конф. – СПб.: СПбАППО, 2010.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПЕРВОКУРСНИКОВ

**Ю.П. Рыжкова**

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

**Резюме.** В статье рассмотрены проблемы адаптации студентов в вузе. Предложены методы диагностики, коррекции и профилактики развития дезадаптивных состояний у студентов-первокурсников.

**Ключевые слова:** здоровье, дезадаптация, студенты, коррекция, адаптационный потенциал.

**Summary.** In article problems of adaptation of students in Higher education institution are considered. Methods of diagnostics, correction and development prevention the дезадаптивныkh of states at students of first-year students are offered.

**Key words:** health, disadaptation, students, correction, adaptation potential.

В решении проблем, связанных со здоровьем молодежи, особое значение имеют образовательные учреждения, где должны формироваться основы здоровья и здорового образа жизни. Известно, что студенты чаще, чем другие социальные группы того же возраста подвержены соматическим и вегетативным расстройствам. Поэтому первостепенными задачами современного вуза являются сохранение и укрепление здоровья студентов, их благоприятная адаптация к условиям жизни и обучения. На первый и второй курсы обучения приходится период острой адаптации студентов, поэтому не все первокурсники быстро осваиваются в новой обстановке и приспосабливаются к тяжелой нагрузке, что приводит к возникновению у них дезадаптации. Чаще дезадаптация встречается у первокурсников с крайне высокой личностной тревожностью, с серьезными соматическими заболеваниями, инвалидов, лиц, потерявших родителей в раннем детстве или испытывающих недостаток материнской заботы [4]. Поэтому очень важно проводить своевременную диагностику, коррекцию и профилактику развития дезадаптивных состояний у студентов-первокурсников.

Цель исследований – изучить дезадаптивные состояния у студентов-первокурсников университета и возможности их коррекции.

Исследования были проведены в Белгородском государственном университете. Всего было обследовано 724 студента I-III курсов. Определяли интегративный показатель здоровья (уровень здоровья) по методике Г.Л. Апанасенко, вегетативный гомеостаз, адаптационный потенциал (АП) и др. [3]. В центре семейной медицины университета делали клинические

анализы крови, оценивали состояние сердечно-сосудистой системы. Эффективность учебной деятельности оghtltkzkb по показателям экзаменационного балла и текущей успеваемости. Исследования проводили в течение семестра и в период экзаменационной сессии.

На основе анализа всей имеющейся информации была выделена группа студентов с напряжением процессов адаптации (дезадаптацией), в которой выявили достоверные отличия параметров гемодинамики, потенциала системы кровообращения, вегетативного гомеостаза и др. [1; 2].

Внутри группы дезадаптации по методу экспресс-диагностики Г.Л. Апанасенко выделили подгруппы студентов с учетом оценки индивидуальных резервов здоровья. Среди студентов с дезадаптацией 52% имеют низкий уровень физического здоровья (подгр. № 1), 30% – ниже среднего (подгр. № 2), 18% – средний (подгр. № 3).

Для определения уровня функционирования системы кровообращения и адаптационных возможностей целостного организма рассчитывали величину адаптационного потенциала. У студентов подгр. № 1 средние значения адаптационного потенциала выше на 12,3% ( $p < 0,05$ ), чем в подгр. № 2 и на 24,2% ( $p < 0,05$ ), чем у студентов подгр. № 3, что свидетельствует о значительном напряжении механизмов адаптации у студентов с низким уровнем физического здоровья.

По результатам психологического тестирования большинство студентов в подгр. № 1 и №2 имели меланхолический темперамент, который характеризуется неуравновешенным поведением, глубокими и длительными эмоциональными переживаниями, неустойчивым настроением с преобладанием пессимизма. В подгр. № 3 преобладающим являлся холерический тип темперамента.

Для изучения возможностей снижения стресс-реакции у студентов с напряжением процессов адаптации в предсессионный период, в течение месяца, провели комплексную коррекционную работу, которая включала прием адаптогена «Янтарная кислота» из группы БАД в пищевых дозах, разрешенных Институтом питания Минздрава России; занятия с психотерапевтом, обучение приемам психофизиологической саморегуляции для использования в стрессорных ситуациях и др.

После коррекционной работы у студентов подгр. № 1 число ваготоников увеличилось на 8,3%, в подгр. № 2 – на 11,4%, в подгр. № 3 – на 10%. В подгруппе с низким уровнем физического здоровья на 8,7% увеличилось число студентов с нормальными межсистемными взаимоотношениями в кардиореспираторной системе, в подгруппе с уровнем физи-



ческого здоровья ниже среднего – на 9%, у студентов со средним уровнем физического здоровья – на 25%.

После коррекции количество студентов с удовлетворительной адаптацией увеличилось на 16,7%, уменьшилось количество студентов с высокой тревожностью. Анализ успеваемости показал, что после коррекции успеваемость у студентов в подгр. № 1 возросла на 11,1%, в подгр. № 2 – на 16,7%, в подгр. № 3 – на 17,6%.

В результате проведенных исследований было установлено, что для студентов с низким уровнем физического здоровья характерны меланхолический тип темперамента, высокая тревожность, значительное напряжение механизмов адаптации, преобладание симпатотонии и рассогласования в деятельности кардиореспираторной системы, более высокие значения параметров артериального давления, частоты сердечных сокращений по сравнению со студентами с уровнем физического здоровья ниже среднего и средним. Эти студенты составляют группу риска по отношению к нервно-психическим и соматическим заболеваниям и нуждаются в проведении педагогической, психологической и медицинской коррекции. Установили, что коррекционная работа позволила снизить уровни тревожности, оказала положительное влияние на психофизиологические характеристики студентов группы дезадаптации и их успеваемость.

#### Литература

1. Бусловская, Л.К. Здоровье и адаптация студентов первокурсников университета / Л.К. Бусловская, Ю.П. Рыжкова // Эколого-физиологические проблемы адаптации: сб. материалов XII междунар. симпозиума / РУДН. – М., 2007. – С. 84-86.
2. Бусловская, Л.К. Нарушения адаптации у студентов первокурсников университета / Л.К. Бусловская, Ю.П.Рыжкова, Т.В. Дралкина // Адаптационная физиология и качество жизни: проблемы традиционной и инновационной медицины: сб. материалы междунар. симпозиума / РУДН. – М., 2008. – С. 71-73.
3. Косованова, Л.В. Скрининг-диагностика здоровья школьников и студентов. Организация оздоровительной работы в общеобразовательных учреждениях / Л.В. Косованова, М.М. Мельников, Р.И. Айзман. – Новосибирск: Изд-во Сиб. унив., 2003. – 240 с.
4. Подкопаева, Т.И. Дезадаптивные состояния и их инструментальная коррекция у студентов мед. колледжа: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.И. Подкопаева. – Томск: Изд-во Сибир. гос. мед. унив., 2001. – 19 с.

## ВАРИАТИВНАЯ ПРОГРАММА ШКОЛЬНОГО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО КЛУБА

**Н.В. Самусева**

*Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка,  
Минск, Республика Беларусь*

**Резюме.** В статье раскрываются вопросы организации и деятельности школьного здоровьесберегающего клуба для подростков, предложена вариативная программа и устав работы клуба.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровый образ жизни, школьный клуб, здоровьесберегающая деятельность.

**Summary.** The article describes the organization and activity of healthy school club for teens. Variation proposed work program and charter clubs.

**Key words:** health, healthy mode of live, school club, experience of healthy activity.

Специалисты Всемирной Организации Здравоохранения выделяют общеобразовательные учреждения как наиболее перспективные институты воздействия на личностное становление детей и подростков.

Значительное место в системе воспитания занимают школьные и внешкольные ученические клубы – самостоятельные объединения, которые создаются по желанию и интересам школьников, имеют свои цели и задачи, свою организационную структуру, устав, собственные названия, девизы, эмблемы, традиции.

Воспитательный потенциал клубной деятельности основывается на том, что она допускает свободное общение детей, свободное объединение их в группы по интересам, большую самостоятельность и самоуправление, чем в учебной работе. Английское слово «Club» имеет ряд значений, в том числе: «собираться вместе», «устраивать складчину» [1].

А.С. Макаренко был глубоко убежден, что никакая школа не может и не должна обходиться без клубной воспитательной работы, а ученический клуб – обязательное звено в целостном педагогическом процессе.

В клубах накапливается опыт конкретных дел, осуществляется практическая подготовка и потребность к труду, саморазвитию и самосовершенствованию.

**Цель** клуба «Я выбираю здоровье!» – сформировать у подростков целостное представление о здоровом образе жизни, способах сохранения и сбережения своего здоровья и здоровья окружающих людей, умения составлять индивидуальную программу здорового образа жизни, готовности к

индивидуальной здоровьесберегающей деятельности в условиях постоянно изменяющейся социальной среды [2].

Тематика занятий, формы, методы и приемы работы в клубе носят вариативный характер, но обязательно должна быть сохранена основная идея клуба – приобретение подростками практических знаний и навыков, сохранение и приумножение здоровья и здоровьесберегающего поведения в повседневной жизни (таблица).

Таблица

**Тематический план клуба «Я выбираю здоровье»**

№ п/п	Наименование раздела, темы	Кол-во часов
<b>Раздел 1. Физическое самосовершенствование – основа здорового образа жизни</b>		
1.1	Ценность здоровья для человека	2
1.2	Как устроен организм человека	2
1.3	Здоровый образ жизни человека и его составляющие	2
1.4	Портфолио моего здоровья	2
1.5	Твой режим дня	2
1.6	Гигиена – это трудно?	2
1.7	Человек есть то, что он ест	2
1.8	Здоровый сон	2
1.9	Чистый воздух – залог здоровья	2
1.10	Чистая вода – основа здоровья всех внутренних органов человека	1
1.11	Хорошее зрение	2
1.12	Подружись с растениями	2
1.13	Наша домашняя аптека	2
1.14	Как защитить себя от инфекционных болезней	1
1.15	Стань сильным, выносливым и красивым	2
1.16	Движение – это жизнь или Веселые старты	2
1.17	Спортивная игровая программа «Я самый, самый... здоровый»	2
<b>Раздел 2. Эмоциональная саморегуляция – важная составляющая здорового образа жизни</b>		
2.1	Психическое здоровье	2
2.2	Индивидуальный эмоциональный словарь	2
2.3	Чувства «полезные» и «вредные»	2

Окончание таблицы

№ п/п	Наименование раздела, темы	Кол-во часов
2.4	Как справиться с плохим настроением	2
2.5	Стресс в жизни человека	2
2.6	Как справиться со стрессом	2
2.7	Как справиться со злостью	2
2.8	Как простить обиду	2
2.9	Страхи и «страшилки»	2
2.10	Побеждаем все тревоги	2
2.11	Что такое «имаготерапия»?	2
<b>Раздел 3. Построение уважительных межличностных отношений</b>		
3.1	Игровой проект «Вместе лучше?»	2
3.2	Толерантность. Что это?	2
3.3	Учись понимать настроение другого	2
3.4	Я учусь дарить радость	2
3.5	Барьеры, которые я создаю сам	2
3.6	Позиции в общении	2
3.7	Доминантность и недоминантность в общении	2
3.8	Стили в общении	2
3.9	Подходящий стиль твоего общения	2
3.10	Человек в конфликте	2
3.11	Конфликтные эмоции	2
3.12	А зачем мне это?	2
3.13	Доверие в общении	2
3.14	Надежда на друга	2
3.15	Способы решения конфликтов с родителями	2
3.16	Умение сказать «нет»	2
3.17	«Вредные привычки»	2
3.18	Итоговое занятие. Ярмарка здоровья	2
	Итого:	<b>90</b>

*Примечание:* Программа клуба рассчитана на 90 часов, но любое образовательное учреждение может увеличить или уменьшить количество часов. Занятия могут проводиться 1-2 раза в неделю по 1-2 академических часа (на усмотрение администрации школы).

По завершении занятий клуба подросток должен **знать**: значение здорового образа жизни для развития человека, ценность здоровья, законы здорового образа жизни о значении сбалансированного питания для здоровья растущего человека, о личной гигиене, культуре эмоционального состояния, о построении уважительных межличностных отношений со сверстниками и взрослыми; **уметь**: составлять индивидуальную программу здорового образа жизни, применять способы снятия стресса, агрессии, негативных эмоций, строить взаимоотношения со сверстниками и окружающими людьми, пропагандировать здоровый образ жизни в своем окружении.

#### **Устав клуба «Я выбираю здоровье!»**

Подростковый клуб «Я выбираю здоровье!» имеет своей целью привлечь внимание младших подростков к правилам и законам здорового образа жизни, сформировать ценностное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих, а также уметь делать выбор в пользу здоровьесберегающего поведения.

1. Членом клуба «Я выбираю здоровье!» может быть каждый, кто хочет:

- улучшить состояние своего здоровья;
- научиться приемам и методам сохранения своего здоровья;
- вести здоровый образ жизни;
- заниматься самосовершенствованием, укреплять свой дух и тело;
- быть сильным, выносливым, здоровым и красивым.

2. Каждый член клуба имеет права, должен исполнять обязанности (заповеди) и соблюдать традиции клуба.

3. Член клуба имеет право:

а) активно участвовать в заседаниях (занятиях), обсуждать тематику занятий клуба, вносить предложения в план работы клуба, вести индивидуальный Дневник Здоровья (Портфолио);

б) соблюдать традиции клуба, чтить их и активно претворять в жизнь;

в) пропагандировать преимущества здорового образа жизни среди своих друзей и знакомых;

г) выйти из состава клуба или привлечь в него своих друзей и знакомых.

4. Каждый член клуба должен следовать его заповедям:

а) «В нашем клубе все – друзья (имеют равные права, могут высказывать свои идеи по улучшению работы клуба, предлагать интересные формы проведения клубных занятий и т.д.)!».

б) «Каждый в клубе – организатор, руководитель и исполнитель интересных здоровьесберегающих дел».

в) «Помни: твое здоровье в твоих руках!».

г) «Откажись от вредных привычек!».

д) «Оценивай себя и своих друзей не по словам, а по реальным здоровьесберегающим поступкам!».

е) «Поделись теми знаниями, которые приобрел в клубе, с друзьями и родителями!».

5. Каждый организатор клуба вместе с участниками может придумать герб или эмблему клуба, девиз, клубную песню, а также некоторые элементы форменной одежды.

6. На итоговом заседании (занятии) клуба «Я выбираю здоровье!» каждый его член должен рассказать, чему он научился, что он знает и умеет для того, чтобы быть и стать здоровым, вести здоровый образ жизни. Это занятие традиционно проводится в форме Ярмарки Здоровья.

7. Всю ответственность за организацию и работу клуба несет директор школы, педагог, ведущий занятия, учитель физической культуры, а также медперсонал школы.

Каждый ведущий клуба имеет право на творческий подход, фантазию и выдумку в организации этой нужной и интересной деятельности педагогов и школьников.

#### *Литература*

1. Самусева, Н.В. Шаг за шагом к ЗОЖ / Н.В. Самусева. – Минск: Красико-Принт, 2009. – 176 с.
2. Самусева, Н.В. Подростковый клуб «Я выбираю здоровье»: пособие педагогов учреждений общ. сред. образования / Н.В. Самусева. – Минск: Нац. ин-т образования, 2013. – 200 с.

## РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ СФЕРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Г.Н. Светличная**

*Государственный институт экономики, финансов, права и технологий,  
г. Гатчина, Ленинградская область, Россия*

**Резюме.** Описан процесс формирования валеологического образования и внедрения на факультете менеджмента, социальной работы и туризма Государственного института экономики, финансов, права и технологий. Системное, последовательное валеологическое образование осуществляется в два этапа: I – аудиторные условия; II – внедрение знаний на базе преддипломной практики, выполнение дипломной работы.

**Ключевые слова:** валеологическое образование, внедрение в различные сферы деятельности.

**Summary.** The article describes the process of building valueological education and implementing it on the faculty of social work, tourism and service of State institute of economics, finances, law and technologies. Systematic, logical valueological education is carried out in two stages: I – auditorium conditions; II – implementing knowledge on the bases of an externship and writing a degree work.

**Key words:** valeological education, development, implementing in different fields of activities.

Учёными России – педагогами и врачами, психологами и физиологами, философами и экологами, представителями физической культуры и спорта Санкт-Петербурга, Москвы, Ростова-на-Дону, регионов Урала, Сибири, Алтая, Дальнего Востока на валеологических принципах изучения здоровья человека накоплен и опубликован достаточно ёмкий материал по вопросам организации учебной деятельности, формирования, развития, сохранения здоровья россиян, правда, преимущественно, подрастающего поколения.

В настоящее время одной из актуальных задач развития и совершенствования валеологии является обобщение накопленного материала, его систематизация с учетом методологии валеологического образования, физиологических принципов, региона проживания населения и, конечно, специфики области его внедрения. Другой, не менее актуальной задачей является распространение и внедрение валеологического образования в различные сферы деятельности человека.

Валеологическое образование, в первую очередь, было введено в образовательный процесс подготовки и переподготовки педагогических кадров (В.В. Колбанов, 1992, Санкт-Петербург; Р.И. Айзман, Н.П. Абаскалова 1995-1999, Новосибирск; Э.М. Казин, 1995, Кемерово; Г.Н.Светличная, 1996, Красноярск и многие другие).

В период модернизации системы российского образования валеология как дисциплина входит в Государственный обязательный образовательный стандарт при подготовке специалистов по специальностям социально-культурный сервис – 100100; туризм – 100400; социальная работа – 040400 (валеология входит в дисциплину «Социальная медицина»).

В Государственном институте экономики, финансов, права и технологий, являющимся лауреатом Премии правительства Ленинградской области по качеству (г. Гатчина), в 2005 году открыт факультет социальной ра-

боты, туризма и сервиса. Он имеет очную и заочную формы обучения по уровню высшего образования.

Процесс подготовки профессиональных кадров по этим специальностям осуществляет кафедра управления социальными и экономическими процессами (зав. – д.э.н., профессор О.В.Заборовская).

На кафедре разработан учебно-методический комплекс (форма новых стандартов образования) по дисциплинам: «Основы социальной медицины», «Основы доврачебной помощи», «Социально-медицинская работа в социальных учреждениях», «Основные направления охраны здоровья работников отрасли», «Валеология», «Здоровьесберегающие технологии». Содержание некоторых образовательных программ опубликовано в материалах VI Международного научного конгресса валеологов «Здоровье человека – 6» (Санкт-Петербург, 2011).

Проанализировав содержание всех разработанных на кафедре УМК, мы пришли к выводу, что все вышеперечисленные дисциплины имеют единую теоретическую платформу, название которой «валеология – интегративная наука о путях и способах формирования, сохранения и укрепление индивидуального здоровья» (В.В. Колбанов, 2011). Основным методологическим подходом валеологии является системный подход, с позиции теории функциональных систем П.К. Анохина, при этом чётко придерживаясь структуры педагогического процесса: знания – умения – навыки.

С нашей точки зрения, при подготовке специалистов по социальной работе, в первую очередь необходимо придерживаться определенной последовательности в реализации программ обучения: от общих организационных вопросов социальной медицины; факторов риска и разрушающих здоровье к методам сберегающих и сохраняющих здоровье, по вопросам создания здоровьесберегающей среды и внедрения здоровьесберегающих технологий. Придерживаясь подобной последовательности, специалист социальной работы может разработать направления охраны здоровья работников отрасли, кроме того, логически сформировать валеологическое мышление человека, специалиста новой формации. Последовательное валеологическое образование необходимо специалистам социально-культурного сервиса и сферы индустрии туризма.

За последние пять лет на кафедре получили валеологическое образование, с учетом профиля специальности, более тысячи студентов очной и заочной форм обучения.

Получение валеологического образования в рамках вышеперечисленных дисциплин, можно условно подразделить на два этапа:

I этап – аудиторные условия: формирование валеологических знаний; приобретение умений и навыков (лекционно-практический курс с использованием современных технологий); подготовка к семинарским занятиям; написание и защита рефератов. Зачетные занятия или экзамен.

II этап – в условиях преддипломной практики внедрение валеологических знаний (соответственно специальности). В течение практики осваиваются особенности профессиональной деятельности, методы, анализ работы учреждения с учетом текущего времени и совершенствования работы, перспектива развития. На базе этого учреждения выполняется дипломная работа с использованием валеологического образования, здоровьесберегающих технологий по созданию здоровьесберегающих условий и среды деятельности специалиста.

Цель дипломных работ: разработка программ социально-правового, валеологического образования для работников социальных учреждений различного профиля: социо-культурного сервиса; оздоровительного, образовательного, экологического туризма. Программы осуществляются по периодам: предварительное анкетирование по вопросам сохранения здоровья; лекционно-практический цикл валеологического образования; повторное анкетирование; сравнительный анализ полученных результатов и внедрение здоровьесберегающих технологий в практику учреждения.

За истекший период выполнены и успешно защищены 18 дипломных работ по различным темам: «Организационно-правовые аспекты валеологического воспитания как основа повышения качества профессиональной деятельности социальных работников» (А.Г.Шутова, 2010); «Социально-правовая валеологическая поддержка одиноких матерей в условиях центра занятости» (Е.М. Михайлов, 2011); «Совершенствование организации лечебно-оздоровительного туризма» (Ю.К. Арикайнен, 2011); «Совершенствование организационно-правовой валеологической работы в сфере здравоохранения (ГЦРКБ)» (М.А. Федорова, 2012); «Валеологические подходы совершенствования социально-правовой защиты персонала в условиях психиатрической больницы» (Ю.А. Панюшина, 2012); «Разработка способов управления качеством обслуживания на предприятиях гостиничного комплекса» (С.Н. Рыльская, 2013); «Социально-правовая валеологическая защита работников дошкольных образовательных учреждений на примере ДОУ №10, г. Гатчина» (В.В. Лобанова, 2013), «Совершенствование социально-валеологической поддержки медицинских работников (на примере МБУЗ «Гатчинская ЦРКБ)» (Е.В. Кузнецова, 2013).

В текущем учебном году готовятся еще семь дипломных работ.

Перспектива развития валеологического образования не вызывает сомнения: как способ повышения профессиональной компетенции специалистов различных сфер деятельности, как способ совершенствования учреждений; как основной метод социальной защиты, формирующий валеологическое мышление, способствующее профилактике развития многих заболеваний, включая синдром эмоционального выгорания.

#### ТЕОРЕТИКО-УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ

Г.И. Семикин<sup>1</sup>, Л.А. Дартау<sup>2</sup>, Т.А. Стефанюк<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана,

<sup>2</sup>Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Россия

**Резюме.** На основе системного подхода и теории управления предложена организационная технология для управления здоровьем. Система образования включена в контур управления как один из субъектов межсекторального сотрудничества.

**Ключевые слова:** здоровье, здравоохранение, образование, управление здоровьем

**Summary.** Organizing technology of governance for health is suggested based on system and control theory issues. Education system is involved as one of some subject of the intersectoral cooperation.

**Key words:** health, public health, education, governance for health.

**Введение.** Благодаря достижениям микробиологии и медицинских наук, современное человечество избавилось от преждевременной смерти и, как следствие, столкнулось с проблемой «смерти от старости» и сменой структуры заболеваемости. В результате социально-экономического прогресса искусственно созданный «лабораторный» формат существования человека требует искусственного же расширения способов поддержания здоровья за счет сохранения (развития) ресурсов механизмов гомеостаза. Их два: традиционный – медицинский (в случаях утраты здоровья) и поведенческий, основанный на современных знаниях о влиянии на продолжительность жизни так называемых **факторов риска**. Что касается первого из них, то развитие высоких технологий в медицине позволяет в современных условиях успешно **сохранять жизнь** человеку при травмах, оперативных вмешательствах и многих заболеваниях, однако о **возвращении здоровья** в большинстве случаев речь не идет. В ряде стран возраста дожития достигли уже 90 лет, в то время как статистика доживающих до этих возрас-

тов граждан демонстрирует лишь увеличение среди них доли хроников и инвалидов по ХНИЗ.

Основной резерв увеличения продолжительности взрослой **здоровой жизни** все больше (и с неизбежностью) определяется характером управления здоровьем со стороны самого человека. А именно, путем воздействия на его привычки и навыки повседневной жизни, совокупность которых присутствует сегодня в научном и общественном сознании в виде словосочетания **ЗОЖ – здоровый образ жизни**.

*Основная часть.* В статье Л.А. Дартау данного сборника «Валеология: теоретико-управленческое обоснование научно-педагогической дисциплины» приводится обоснование расширения конституционной деятельности государства по охране здоровья населения за счет управления непосредственно здоровьем в рамках государственно-общественного партнерства, при котором обеспечиваются достижение максимально возможного уровня индивидуального здоровья и ответственность граждан за конечный результат.

Сформулирован ключевой вывод: если поставлена цель – сохранение и укрепление здоровья индивида и популяции, то ее достижение возможно лишь на *системной основе*, путем создания контура управления, включающего в качестве *основных субъектов* управления *гражданина и государство*.

Установлено, что в отличие от деятельности по оказанию населению медицинской помощи, деятельность по поддержанию, сохранению и укреплению здоровья на сегодняшний день не может быть отнесена к какой-либо сфере общественных взаимоотношений. Как следствие, *человека нельзя сделать (назначить) ответственным за его здоровье. Но разделить с ним эту ответственность можно!*

У здорового человека изначально нет (и не может быть) заложенной природой мотивации что-либо делать в отношении собственного здоровья. Отметим еще одну принципиальную особенность, связанную с феноменом здоровья. Если деятельность по сохранению и улучшению индивидуально-здоровья требует осознанного и грамотного участия самого человека, то, как бы ни были научнообразны рассуждения о нем специалистов, цели и задачи управления должны быть сформулированы «внятно» и в рамках бытовой лексики. Следовательно, структурная схема системы управления здоровьем, помимо местной власти и гражданина, включает в обязательном порядке не только лечебные, но и *образовательные* структуры, и функционирует при их тесном взаимодействии в местах, где люди живут, работают и учатся.

Как следствие, принципиальной основой совместной деятельности становится передача кумулятивных знаний о здоровье и способах его сохранения на уровень конкретной личности *в течение всего периода ее существования* (в связи с непрерывным процессом развития науки). Необходимый объем передаваемой информации будет также зависеть от индивидуальных особенностей личности. Регламент также будет определяться одним из трех мест заключения договора о совместном управлении здоровьем – с работодателем, администрацией образовательного учреждения или местной администрацией. Основой для такой «новой» дисциплины становится относительно молодая отечественная наука, не получившая еще должного признания, – *Валеология* (от лат. Valeo – я здоров), основоположником которой является наш соотечественник И.И. Брехман (1921-1994) [1].

Если же речь идет об общественных взаимоотношениях, формализованных в образовательных учреждениях в рамках, например, «Устава» этих учреждений, то здесь примером является 15-летний опыт МГТУ им. Н.Э. Баумана, который в России стал первым учебным заведением, организовавшим валеологическое сопровождение процесса обучения. В структуре МГТУ им. Н.Э. Баумана в 1996 г. была создана кафедра «Валеологии», преобразованная в настоящее время в «Учебно-методический центр здоровьесберегающих технологий и профилактики наркомании в студенческой среде» [3]. С 1999 г. и по настоящее время ведется совместная работа коллективов специалистов кафедры Валеологии МГТУ им. Н.Э. Баумана и ИПУ РАН по адаптации предлагаемого ТУ-подхода к условиям вузовской среды. Целью работы является создание «Организационной технологии ВАЛЕО-МГТУ» для валеологического сопровождения процесса обучения [2]. Созданная в структуре университета кафедра Валеологии осуществляет все необходимые функции субъекта контура управления здоровьем. Процесс передачи знаний реализуется в обязательном для студентов лекционном курсе, а индивидуализация конкретных рекомендаций осуществляется в процессе скрининговых мероприятий. При необходимости консультации могут быть продолжены в Лаборатории психологической поддержки студентов (ЛППС) – подразделении, в состав которой входят специалисты различного профиля, имеющие лицензии на осуществление соответствующих практик.

На первом этапе был создан и апробирован электронный вариант медико-социального вопросника [2]. К настоящему времени уже накоплены и проанализированы данные скрининга за 11 семестров – более 7500 электронных анкет, заполняемых респондентами в диалоговом режиме с ком-

пьютером. Для возрастной категории 18-19 лет основными факторами, требующими медицинского сопровождения, являются: аллергия, боли по ходу позвоночника, зрение, головные боли и стресс, вызываемый психо-эмоциональным перенапряжением в связи с учебой. Для коррекции последних прибегают к помощи специалистов ЛППС. И если появление рисков по ХНИЗ пока еще неактуальны для студентов, то связанные с ними «привычки и навыки повседневной жизни» надо вырабатывать уже сейчас – как только они *формально* вышли «из-под опеки» родителей. Особое значение приобретает и деятельность Центра по профилактике девиантного и суицидального поведения, а также контроль за потреблением наркотиков в студенческой среде [3]. Развитие ТУ-подхода и дальнейшее совершенствование системы «ВАЛЕО-МГТУ» предполагает ежегодный охват скрининговыми мероприятиями и индивидуальным консультационным сопровождением студентов всех курсов и расширение деятельности по управлению здоровьем на педагогический состав и других сотрудников университета.

В заключение приведем отрывок из интервью с академиком РАН по специальности теоретическая физика. На предложение журналиста о том, чтобы написать современный учебник по физике для школьников, он высказал искреннее удивление: «Учебник для школьников!? Учебник для школьников может написать только специалист «по школьникам», то есть педагог, а физики из академического института могут лишь дать рецензию на него в смысле соответствия изложенного современным представлениям физиков о физике».

В рамках ТУ-подхода, правомерна замена *физика* на *медика*, и *физики* на *здоровье*, что не поменяет суть высказывания. Учить здоровью могут только педагоги!

Безусловно – медицина остается фундаментальной основой валеологии. В то же время основные теоретические положения эта наука черпает из общей теории систем и теории управления. Для их реализации используются педагогические технологии системы образования.

Эти «три кита» современной валеологии совместно способны обеспечить получение конечного результата – максимально достижимого уровня индивидуального здоровья в сочетании с зафиксированной ответственностью личности за свое здоровье.

#### Литература

1. Брехман, И.И. Валеология – наука о здоровье / И.И. Брехман. – 2-е изд. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.

2. Семикин, Г.И. Здоровье и образ жизни человека: возможности управления : учеб. пособие / Г.И. Семикин, Л.А. Дартау, Е.А. Стефанюк. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана. 2006. – 64 с.
3. Семикин, Г.И. Здоровьесберегающие технологии и профилактика девиантного поведения в образовательной среде: учеб. пособие / Г.И. Семикин, Г.А. Мысина, А.С. Миронов. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2013. – 79 с.

#### СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СОВРЕМЕННОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

**В.А. Семилетова, Е.В. Дорохов, М.А. Лазарева**

*Воронежская государственная медицинская академия, г. Воронеж, Россия*

**Резюме.** Полученные в ходе исследования результаты характеризуют социальную и личную ценность здорового образа жизни опрошенных студентов, значимость социальных критериев здоровья студентов. Несформированность же адекватных и устойчивых стереотипов здорового образа жизни в среде обследованной студенческой молодежи свидетельствует о необходимости разработки комплексных программ развития ЗОЖ среди студенчества, внедрения здоровьесберегающих образовательных технологий в вузах.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, студенчество, образование.

**Summary.** Results of our experiment characterize the social and personal value of a healthy lifestyle of the students, the importance of social health criteria of students. Abort-ed adequate and sustainable stereotypes healthy lifestyle among students demonstrates the need to develop integrated development programs HLS, implementation of health-education technologies in universities.

**Key words:** healthy lifestyle, students, education.

**Введение.** Понятие «здоровый образ жизни» (ЗОЖ) появилось совсем недавно, в 70-е годы XX века. Интерес к этой теме связан с существенным увеличением продолжительности жизни, изменением среды обитания и самого человека. В 2001 году Правительство России приняло Постановление (№216 от 29.12.2001) о создании общероссийской системы мониторинга состояния физического здоровья населения. В письме Министерства образования РФ (03.05.2001 г. №29/1530-6) ректорам вузов рекомендована разработка комплексной вузовской программы «Образование и здоровье» для решения задач осуществления медико-физиологического, социологического и психолого-педагогического контроля за состоянием здоровья субъектов образовательного процесса [4], что представляет собой актуальную проблему и по настоящее время в связи с высоким уровнем заболеваемости студентов.

В понятие «здорового образа жизни» входят воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков, благоприятная окружающая среда, отказ от курения, употребления наркотиков, алкоголя; здоровое питание; физически активная жизнь; рациональная организация и проведение учебных занятий, снижение влияния информационного стресса. Развивая интерес к здоровому образу жизни у студентов, педагог, с одной стороны, должен осознавать реальную картину отношения обучаемого контингента к ЗОЖ, а, с другой стороны, иметь возможность осуществления обратной связи, когда педагог прослеживает динамику изменения отношения молодежи к ЗОЖ.

*Цель работы* – исследование отношения студенческой молодежи (18-19 лет) к здоровому образу жизни.

*Материалы и методы.* В исследовании приняли участие 62 студента ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 18-19 лет, 17 юношей и 45 девушек. Они ответили на вопросы анкеты определения отношения к здоровому образу жизни, разработанной в НовГУ. Данная анкета позволяет выявить отношение испытуемых к курению, употреблению спиртных напитков, наркотиков, отношение опрашиваемых к учебе и спорту и др.

*Результаты и обсуждение.* Результаты исследования показали, что 27% испытуемых оценивают состояние своего здоровья как хорошее, 57% признают, что изредка болеют, 5% – болеют часто, а 11% имеют хронические заболевания.

Отношение молодежи к курению в целом можно оценить как отрицательное: 84% испытуемых не курят вообще, а 5% курят не каждый день (рис. 1).

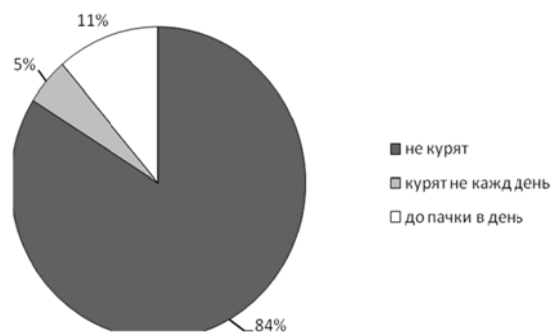


Рис. 1. Отношение студентов к курению

Рассматривая отношение студентов к употреблению алкоголя, следует отметить, что 47% опрошенных употребляют алкоголь по праздникам, 12% студентов – чаще (рис. 2). Учитывая возраст участников анкетирования (вчерашние школьники), данный признак вызывает определенную тревогу. Тем более, что курение и употребление спиртных напитков опрошенной аудиторией не осуждается.

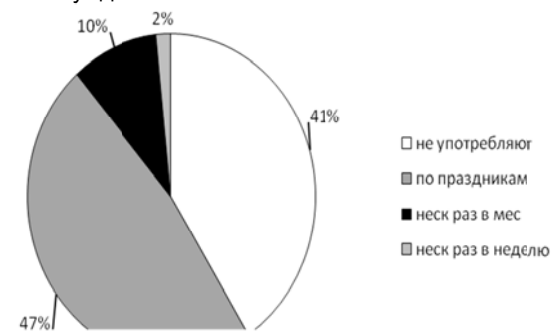


Рис. 2. Отношение студентов к употреблению алкоголя

Радует тот факт, что все опрошенные не употребляют и никогда не употребляли наркотики, относятся к их употреблению, распространению и продаже отрицательно. Однако 35% студентов знают места в городе, где наркотики продают, а также людей, у которых наркотики можно достать. При этом всего половина (54%) опрошенных студентов занимаются спортом, 46% – не занимаются, 28% не посещают никаких секций, курсов, клубов по интересам в свободное от учебы время.

Полученные результаты согласуются с данными статистики, приведенной в диссертационном исследовании О.Г. Кирилук [3]. Однако, хотя О.Г.Кирилук и объясняет, что такие данные отражают не столько реальное поведение студенческой молодежи, сколько ее общее представление о составляющих собственного здоровья, мы полагаем, что полученные данные отражают реальную картину поведения студенческой молодежи медицинского вуза.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты характеризуют социальную и личную ценность здорового образа жизни опрошенных студентов, значимость социальных критериев здоровья студентов, но свидетельствуют о несформированности адекватных и устойчивых стереотипов здорового образа жизни в среде обследованной студенческой молодежи.



В связи с этим необходима разработка программ развития ЗОЖ среди студенчества. Комплексная программа должна осуществляться на трех «китах» формирования ЗОЖ: социальном; инфраструктурном и личностном, т.е. системе ценностных ориентиров человека. При этом особое значение должно иметь внедрение как теоретических, так и практических основ здоровьесберегающих образовательных технологий в вузах.

#### *Литература*

1. Агаджанян, Н.А. Алгоритм комплексной оценки состояния здоровья лиц, подверженных хроническому стрессу / Н.А. Агаджанян, Е.В. Дорохов, О.А. Жоголева, Е.А. Павлова // Вестник восстановительной медицины. – 2009. – №4 (32). – С. 4-7.
2. Дорохов, Е.В. Системный подход в оценке здоровья студентов / Е.В. Дорохов, О.А. Жоголева, Н.А. Агаджанян // Научные труды II съезда физиологов СНГ «Физиология и здоровье человека». – М.-Кишинэу, 2008. – С. 210-211.
3. Кирилук, О.Г. Социальная ценность здорового образа жизни студенческой молодежи в современном российском обществе / автореферат. – Саратов, 2007. – научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat. – <http://www.dissercat.com/>
4. Шерстяных, В.А. Эколого-психофизиологические закономерности адаптации студентов-биологов к обучению в вузе / автореферат. – Воронеж 2003. – Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat. – <http://www.dissercat.com/>

### МЕХАНИЗМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Н.В. Третьякова**

*Российский государственный профессионально-педагогический университет, г. Екатеринбург, Россия*

**Резюме.** Показаны механизмы управления качеством здоровьесберегающей деятельности с позиций процессного подхода в контексте положений управления качеством образования. Раскрыта система ключевых процессов здоровьесбережения и показана важность создания службы здоровья в структуре образовательного учреждения.

**Ключевые слова:** качество здоровьесберегающей деятельности, процессный подход, ключевые процессы, служба здоровья.

**Summary.** Showing mechanisms of quality health care from the perspective of the process approach in the context of quality management education. Disclosed system key processes of health and shows the importance of health services in the structure of the educational institution.

**Key words:** the quality of health care, the process approach, key processes, health service.

Сегодня усиление направлений деятельности образовательных учреждений (ОУ) в области охраны и укрепления здоровья обучающихся, обусловленное сохраняющейся тенденцией снижения уровня здоровья детей, подростков и учащейся молодежи и обусловленное существенной силой влияния, динамикой и неоднозначностью различных факторов внешней и внутренней среды (в том числе внутри учебной), приводят к тому, что совершенствование методов и моделей управления здоровьесбережением становится актуальным научным направлением.

Анализ результатов научных исследований, изучение имеющегося опыта здоровьесбережения и управления им позволили выявить противоречие, заключающееся в необходимости эффективного осуществления деятельности ОУ по охране здоровья обучающихся и не разработанностью системы эффективного 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). В этой связи важно рассмотреть возможности применения процессного подхода к управлению качеством здоровьесбережения.

Наша страна располагает огромной сетью учебных заведений, объединяющей на начало 2012 года 99271 тыс. ОУ [4]. Обучением и воспитанием охвачено порядка 29 млн. человек [4]. И сегодня 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 [3]. Соответственно, говоря о качестве, мы имеем в виду как продукт деятельности, так и услугу.

Являясь сферой удовлетворяющей образовательные потребности населения, система образования призвана обеспечить качество образования, соответствующее требованиям инновационного развития страны, потребностям каждого ее гражданина и общества в целом (Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации (РФ) до 2020 года (от 17.11.2008 г. № 1662-р), Федеральный закон «Об образовании в РФ» (от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ).

В соответствии с законом «Об образовании в РФ» качество представлено комплексной характеристикой образовательной деятельности и под-

готовки обучающегося, выражающей степень их соответствия государственным образовательным стандартам и требованиям, а также потребностям лиц, в интересах которых осуществляется образовательная деятельность.

Качество здоровьесбережения, 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 (валеологические программы), субъектов здоровьесбережения (обучающихся и их родителей, педагогических работников, психологов и т.п.) и способы образовательных процессов (здоровьесберегающие 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.

Повышение качества образования связано с развитием потенциала личности и способности системы удовлетворять имеющиеся и предполагаемые требования потребителей, в нашем случае в отношении здоровья обучающихся. Однако качество образования, как и качество здоровьесберегающей деятельности, часто наполняется формализованным содержанием (квалификация педагогического персонала в вопросах здоровьесбережения, количество проведенных мероприятий и т. д.), что не может справедливо и в полной мере отражать конечный результат. Качество здоровьесбережения состоит в совпадении результатов с целями этой деятельности, а именно, в степени готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности, (как состоянию мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющих обеспечить эффективное выполнение действий по сохранению и укреплению здоровья при вооружении соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий, решимостью совершать их).

Сегодня, в соответствии с мировой тенденцией, гарантией качества образования выступает наличие в ОУ 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 ОУ

необходимо точно определять, измерять, анализировать и улучшать. В данной связи, все чаще в управлении ОУ применяется процессный подход, в основе которого лежит выделение ключевых процессов (основных видов деятельности) ОУ и управление ими.

Используя комплексный подход к характеристике и применению процессного подхода в здоровьесберегающей деятельности начнем с того, что стандарт ГОСТ Р ИСО 9000:2001 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 [3]. 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 9000:2000 [1], будем понимать процесс здоровьесбережения как устойчивую, целенаправленную совокупность взаимосвязанных 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 ОУ, 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*, связанное наряду с обеспечением должных санитарно-гигиенических условий образовательного процесса, необходимостью медицинского сопровождения обучающихся (равно как и иных субъектов образовательного процесса), проведения работы по диагностике состояния здоровья с последующим анализом и разработкой соответствующих рекомендаций, принятием профилактических мер;

2) *формирование здравотворческой личностной позиции у обучающихся*, обусловленное определением и эффективным применением педагогических технологий, методов и средств формирования у обучающихся не только опыта здоровьесберегающей деятельности, но и мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию здравотворческого потенциала личности – т.е. формирование готовности к здравотворчеству;

3) *физкультурно-оздоровительное сопровождение*, определенное особой значимостью занятий физической культурой и развития кондиционных физических качеств, создающих потенциал физического здоровья; данное направление предусматривает определение и эффективное применение физкультурно-оздоровительных технологий, методов и средств в образовательном процессе;

4) *психолого-педагогическое сопровождение*, связанное с внедрением развивающих и коррекционных системно и индивидуально ориентированных программ;

5) *мониторинг уровня физического развития и состояния здоровья обучающихся*, обусловленное необходимостью сбора, оперативной обработки, систематизации и хранения информации о состоянии здоровья обучающихся с целью выявления факторов риска для здоровья и своевременного осуществления корректирующих и предупреждающих действий, предусматривающих соответствующие содержательные и организационно-управленческие разработки по проведению мониторинга.

Каждый процесс имеет свои цели и обеспечивается соответствующими ресурсами (кадровыми, материально-техническими и методическими). Построение процессов является сугубо специфичным для каждого конкретного ОУ (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 9000:2001, и позволяющие определить организационно-педагогические условия их функционирования. К числу таких условий мы относим выделение за счет внутренних резервов ОУ структурного под-

разделения (службы здоровья), обеспечивающего реализацию данной деятельности и включающие в свою структуру ряд специализированных подразделений (медико-санитарно-гигиеническое, валеолого-педагогическое, физкультурно-оздоровительное, психолого-педагогическое, мониторинговое). Работа подразделений ориентирована на соответствующие их специфике направления деятельности, в описании которых наиболее полно представлены все аспекты здоровьесберегающей деятельности с учетом межведомственного социального партнерства. Каждое из подразделений с позиций процессного подхода следует рассматривать как ключевой процесс здоровьесбережения. Во главе службы здоровья и каждого из выделенных подразделений находятся их руководители, наделенные соответствующими полномочиями и ответственностью.

Несмотря на общность выполняемых подразделениями функций (диагностико-прогностическая, информационно-консультативная и научно-координационная), внутри службы, при сохранении единого стратегического направления деятельности, разведены сферы компетентности специалистов задействованных в здоровьесбережении.

Применение системы взаимосвязанных процессов уже может считаться процессным подходом и стандарт ГОСТ Р ИСО 9001:2000 дает описание шагам, выполнение которых обеспечивает внедрение системы процессного управления в организации [1]. В частности, необходимо (п. 4.1.): 1) определить процессы; 2) определить их последовательность и взаимодействие; 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.

П.П. Долгих указывает, что реальность менеджмента процессов достигается путем привязки сети процессов к функциональным подразделениям организации [2]. В нашем случае речь идет о привязке ключевых процессов к подразделениям службы здоровья.

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 вы-

полнения процесса. В нашем случае владельцами ключевых процессов здоровьесберегающей деятельности могут выступать руководители структурных подразделений службы здоровья, либо, при отсутствии данной структуры, наиболее компетентные специалисты, отвечающие за то или иное направление здоровьесбережения.

Таким образом, рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как интегральную характеристику ОУ в области охраны и укрепления здоровья, личностного развития и формирования готовности обучающихся к здоровьесбережению, 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 здоровьесбережения и соответствующими ресурсами управлять как процессом, что, в свою очередь, приводит к необходимости определения всех ключевых процессов здоровьесберегающей деятельности, установления целей процессов, назначения лиц, ответственных за эти процессы и их документальной регламентации.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Свердловской области в рамках проекта проведения научных исследований («Разработка модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности») проект № 14-16-66019.

#### Литература

1. ГОСТ Р ИСО 9000–2001. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. – М.: Изд-во стандартов, 2001. – 26 с.
2. Долгих, П.П. Проектирование системы менеджмента качества продукции. Управление процессами / П.П. Долгих. – М.: Лаборатория книги, 2010. – 96 с.
3. Левшина, В.В. Формирование системы менеджмента качества вуза: монография / В.В. Левшина, Э.С. Бука. – Красноярск: Изд-во СибГТУ, 2004. – 324 с.
4. Образование в цифрах: 2013: краткий статистический сборник / Л.М. Гомберг [и др.]. – М.: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2013. – 80 с.

## РЕЖИМ ДНЯ ШКОЛЬНИКА И ЕГО ЗДОРОВЬЕ

**А.И. Фролова, Л.В. Винтухова, Н.Н. Сиренек**

*Городской центр медицинской профилактики, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** Организация школьного обучения, ориентированная на получение большого количества информации, постоянная интенсификация учебного процесса в сочетании с увеличением учебной и внеурочной нагрузки, выполнением большого объема домашних заданий приводит к нарушению режима дня школьника. Одним из компонентов здорового образа жизни является режим дня, способствующий сохранению работоспособности учащихся. Проведено исследование уровня информированности учащихся по вопросам, составляющим понятие режима дня, акцентировано внимание школьников на важности его соблюдения.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, компоненты режима дня, экспозиция Музея гигиены.

**Summary.** Organizing of school education directed to receiving of big amounts of information, constant education process intensification in combination with increasing of school and extracurricular work, making of lots of homework lead to violations of the daily routine of the pupil. One of the components of the healthy life-style is the daily routine assisting the saving of working ability of pupils. There was a research led about the awareness of pupils about the questions of the daily routine, their attention was concentrated on the importance of its maintenance.

**Key words:** healthy life-style, components of daily routine, the Museum of Hygiene exposition.

Реформирование школы на протяжении последних десятилетий приводит к интенсификации и увеличению учебной нагрузки в образовательных учреждениях. Обязательным законом жизни ребенка должен стать правильно построенный и постоянно соблюдаемый режим дня. Соблюдение режима дня – начало и конец всех его элементов, видов деятельности всегда в одно и то же время приводит к возникновению у детей, подростков достаточно прочных рефлексов на время. Вследствие выработавшегося рефлекса на время организм ребенка в каждый момент как бы подготовлен к предстоящему виду деятельности. При этом все процессы (занятия, питание, засыпание и т.п.) протекают с меньшей «физиологической стоимостью» (быстрее и легче). В этом основное гигиеническое значение соблюдения режима дня.

Для изучения уровня информированности учащихся о режиме дня, акцентирования их внимания на важности его соблюдения Городским центром медицинской профилактики было проведено анкетирование учащихся

ся. Задачей исследования являлось использование экспозиции Музея гигиены для усиления мотивации учащихся в необходимости соблюдения режима дня в целях сохранения здоровья.

Для сбора материала была разработана анкета, включающая в себя основные компоненты режима дня школьника – учебные занятия в школе и дома, отдых с максимальным пребыванием на открытом воздухе, регулярное и достаточное питание, гигиенически полноценный сон, физическая активность.

Исследование проводили в Музее гигиены, опросили 209 подростков в возрасте 12-14 лет, из них: 99 мальчиков и 110 девочек.

Известно, что правильный режим питания – это фиксированное время приема пищи, включающий плотный завтрак, обед из 3-х блюд и скромный ужин. На вопрос: «Какой у тебя режим питания» ответы распределились следующим образом: 39,7% респондентов указали, что соблюдают режим питания, 40,3% обходятся без завтрака или обеда, а 20% вообще не придерживаются режима. Суммарно 60,2% школьников, участвовавших в опросе, не придерживаются режима питания.

Адекватная физическая нагрузка является стимулятором остеогенеза и роста хряща. Мышечная работа активизирует выделение гормонов – стимуляторов роста. Для выявления физической активности подростков был сформулирован блок вопросов, позволяющий дать один или несколько ответов. Как показал результат анкетирования, перемены учащиеся проводят в движении в 90,4% случаев – выходят из класса, 7,65% сидят на месте и 1,9% ходят по кабинету.

Большое внимание в режиме дня уделяется физической культуре. Анализ результатов опроса показал, что регулярно посещают уроки физкультуры 78,4% респондентов, не посещают – 21,6%. Дополнительно выделяют время для других спортивных занятий – 61,25% респондентов, а 38,75% – не выделяют. Каждый день разумно начинать с утренней гимнастики с последующими водными процедурами. Полученные результаты свидетельствуют, что самостоятельно ежедневно делают зарядку 31,5% респондентов, по наставлению родителей – 25,36%. Никогда не делают утреннюю зарядку 43%.

Известно, что неоценимое значение для здоровья, бодрости, высокой работоспособности имеет гигиена сна. Потребность во сне для детей в 10-12 лет составляет 9-10 часов; в 13-14 лет – 9-9,5 часов; в 15-16 лет – 8,5-9 часов. Как показали результаты анкетирования, только 53,7% респондентов имеют фиксированное время отхода к сну, 46,3% респондентов ло-

жатся спать либо по настроению, либо по окончании всех дел. Данные времени отхода ко сну представлены на рис. 1.

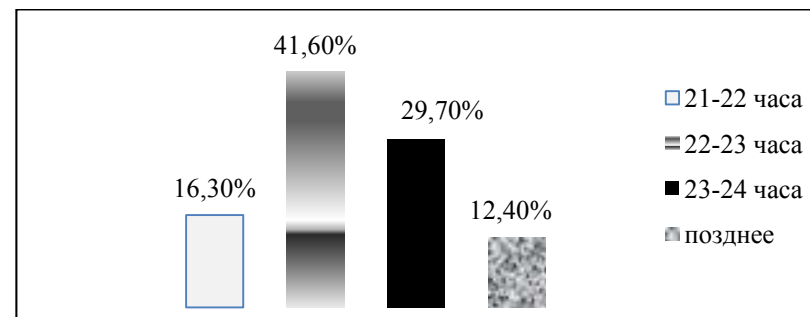


Рис. 1. Время отхода ко сну

Результаты опроса показали, что почти половина (42,1%) респондентов поздно ложатся спать (после 23 часов). Недосыпание оказывает неблагоприятное влияние на высшую нервную деятельность детей. При дефиците сна отмечаются резкие колебания вегетативной реактивности, значительно снижается работоспособность.

В гигиенически рациональном режиме дня предусматривают достаточное время для всех необходимых элементов жизнедеятельности и обеспечения на протяжении всего периода бодрствования высокой работоспособности. Как правило, с 9 до 14 часов проходят занятия в школе, затем дорога домой, которую можно считать прогулкой. Время от 15 до 17 часов желательно провести на воздухе. Для приготовления уроков достаточно 2-2,5 часов. Свободные занятия (чтение, музыка) – от 19 до 21 часа, затем подготовка ко сну и сон 7 часов. Желательно за 1,5-2 часа до сна – поужинать.

Чтобы выявить, насколько рациональным является режим школьника дома, составлен блок вопросов. На вопрос «Отдыхаешь ли ты после окончания уроков в школе?» утвердительно ответили 71,70% респондентов, нет – 28,30%. Время начала выполнения домашних заданий должно быть твердо зафиксировано. По результатам опроса только 39,24% респондентов имеют фиксированное время выполнения домашних заданий, 60,76% – не имеют. Лучше всего начинать занятия, пообедав и побыв на свежем воздухе 1,5-2 часа. На вопрос «Сколько времени ты тратишь на уроки дома?» ответы распределились следующим образом: около 1,5 часов –

63,6% респондентов, почти 2 часа – 23,9%, более 3 часов – 12,5%. Если время на уроки больше 2-2,5 часов, надо вмешаться родителям и выяснить в чем дело: подросток работает нерационально, нет условий для занятий, испытывает особые трудности в приготовлении заданий по тем или иным предметам, может быть много заданий.

Свежий воздух очень важен для подростка, он оказывает самое благотворное действие на его организм, укрепляет его, дает возможность лучше сопротивляться болезням, улучшает течение всех жизненных процессов. На вопрос «Сколько ты гуляешь?», ответы следующие: ежедневно гуляют от 1,5 до 2 часов – 37,3% респондентов; ежедневно, но меньше часа – 30,6%, иногда по выходным – 32,1%. Как показали ответы, 62,7% респондентов недостаточно бывают на свежем воздухе.

В режиме дня надо предусмотреть около 1,5 часов на занятия, отвечающие интересам – чтение, игры, рисование, общение с друзьями, кружковая работа, просмотр фильмов и так далее. На вопрос «Остается ли свободное время для любимых дел?» ответы следующие: да – 88,0, 12,0% – нет. Родителям необходимо следить, чтобы своеобразные поглотители времени (телевизор, компьютер) не забирали у подростков все свободное время. Причинами нехватки свободного времени большинство респондентов (50,2%) считают выполнение домашних заданий, работа на компьютере – 27,8%, просмотр телепередач – 8,1%. На другие причины указали 16,76% респондентов.

У многих подростков возникает стойкое переутомление, а отсюда – резкое снижение работоспособности. Все это может привести к серьезному расстройству здоровья: появляются головные боли, раздражительность, ухудшается аппетит, физическое развитие угнетается, открывается дорога болезням. На рис. 2 представлено количество учащихся, отмечающих нарушение самочувствия.

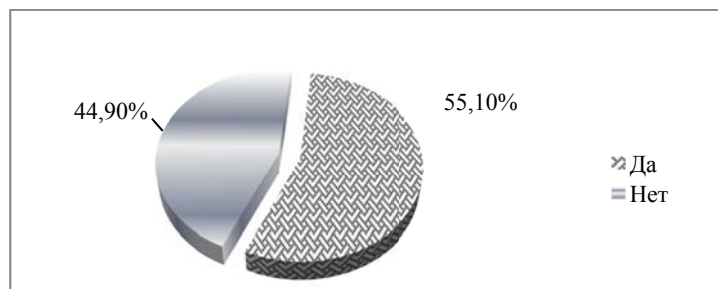


Рис. 2. Количество учащихся, отмечающих нарушение самочувствия

На вопрос «Наблюдается у тебя нарушение самочувствия (головная боль, раздражительность, ухудшение аппетита, безразличие)» 55% респондентов ответили утвердительно, 45% – отрицательно. В целом, полученные результаты свидетельствуют о том, что только 45% респондентов удовлетворены своим самочувствием.

Причинами плохого самочувствия, по мнению учащихся, являются: нарушение режима труда и отдыха – 68%, недостаточная физическая активность – 47%, нарушения режима питания и правил гигиены соответственно 45% и 35%.

Вопросы анкеты были составлены таким образом, чтобы не только получить на них ответ, но и информировать учащихся по режиму дня. Поэтому нас интересовало, как изменилось их отношение к режиму дня после посещения Музея гигиены. Ответы распределились следующим образом: 53% респондентов изменили отношение к режиму дня; 16,7% – не изменили; 30% – затруднились дать ответ.

Отклонения от режима дня, при следовании ему, в принципе возможны. Повседневная жизнь может внести некоторые изменения, и день на день не приходится: праздники, болезни, неожиданности разного рода, состояние подростка в понедельник не похоже на его состояние в субботу и т.д. Все это, конечно, не отменяет режим, но заставляет ребенка относиться к его установлению сознательно, творчески и ответственно.

В настоящее время формирование у школьников ценности здоровья, культуры здорового образа жизни является наиболее распространённой и значимой в системе здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений. Анализ форм и методов организации системной работы по сохранению и укреплению здоровья среди учащихся, проводимой Городским центром медицинской профилактики, разнообразен и помимо обзорных и тематических экскурсий в Музей гигиены представлен конкурсами (сценариев «Выбери здоровый образ жизни», компьютерных рисунков и презентаций учащихся коррекционных школ «Хочу быть здоровым, красивым и успешным!», рисунков и сочинений воспитанников детских домов «Я помогаю своему здоровью!» и т.д.), выездными «уроками здоровья».

#### Литература

1. Колбанов, В.В. Валеологический практикум : учебное пособие / В.В. Колбанов. – 3-е изд., испр. и дополн. – СПб.: Элби-СПб, 2011. – 224 с.
2. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков : учебник / В.Р. Кучма. – М.: Медицина, 2001. – 384 с.

3. Безруких, М.М. Как разработать программу формирования культуры здорового и безопасного образа жизни в образовательном учреждении. Начальная школа / М.М. Безруких, Т.А. Филиппова. – М.: Просвещение, 2012. – 217 с.
4. Сухарев, А.Г. Формирование мотивации к здоровому образу жизни в детском возрасте / А.Г. Сухарев // Школа здоровья. – 2012. – № 2. – С. 3-9.
5. Сотникова, Е.Н. Формирование здорового образа жизни у детей в процессе обучения / Е.Н. Сотникова, М.М. Чазмова // Школа здоровья. – 2012. – №1. – С. 27-31.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО  
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ  
Е.В. Чернова**

*Детский сад № 67 Красногвардейского района, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** Главная задача педагога дошкольного учреждения – обучение здоровому образу жизни и формирование правильного отношения детей к своему здоровью. Специалистами нашего детского сада разработана комплексная программа, состоящая из 5 блоков. Разработаны критерии эффективности здоровьесберегающей педагогической системы. По результатам работы сформирована перспектива развития.

**Ключевые слова:** компоненты здоровья, здоровый образ жизни, укрепление здоровья, комплексная система, мониторинг, критерии.

**Summary.** The main task of education in the kindergarten is healthy lifestyle training and forming the proper attitude of children towards their health. The specialists of our kindergarten has developed a comprehensive program consisting of 5 blocks. Criteria for the effectiveness of health saving educational system were developed. According to the education results, a development perspective was revealed.

**Key words:** health components, healthy lifestyle, health promotion, the integrated system, health monitoring, criteria.

Состояние здоровья детей – надежный индикатор качества здоровья населения в целом, очень чутко реагирующий на любые процессы, происходящие в жизни страны. Влияние внешней среды на здоровье человека осуществляется через материальные и социальные условия жизни. Существенной причиной неблагоприятных изменений в здоровье подрастающего поколения является жизнедеятельность современного общества, которая приводит к значительным информационным и нервно-психическим перегрузкам на фоне низкой двигательной активности и искаженного ритма суточной и годовой активности организма человека.

Здоровье человека, прежде всего, зависит от стиля жизни. Этот стиль персонафицирован. Он определяется социально-экономическими факторами, историческими, национальными и религиозными традициями, убеждениями, личностными наклонностями. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) объединяет всё, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных, семейных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и определяет направленность усилий личности в сохранении и укреплении индивидуального и общественного здоровья. Культура ЗОЖ – это часть общей культуры человека.

ЗОЖ не занимает пока первое место в иерархии потребностей и ценностей человека в нашем обществе, но если мы научим детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять своё здоровье, если мы будем личным примером демонстрировать ЗОЖ, то можно надеяться, что будущее поколение будет более здоровым и развитым не только физически, но и лично, интеллектуально и нравственно.

Активное сбережение здоровья детей предполагает обучение здоровому образу жизни и формирование правильного отношения к своему здоровью, формирование здоровьесберегающего поведения.

**Компоненты отношения к здоровью:**

- ценностно-смысловой компонент отношения к здоровью (какова ценность здоровья, в чем смысл заботы о здоровье);
- когнитивный компонент (система знаний о здоровье, способах его сохранения);
- эмоционально-волевой (принять решение быть здоровым);
- поведенческий компонент (конкретные поступки, действия, навыки, обеспечивающие сохранение здоровья).

Нами разработана комплексная система здоровьесберегающей деятельности, положенная в основу локальной программы «Школа здорового человека» и состоящая из 5 блоков.

**1-й блок «Специально организованная деятельность».** В него входят:

- создание здоровьесберегающей и развивающей среды, обеспечивающей комфортное пребывание ребенка в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ);
- совместная деятельность педагога с детьми по темам: «Я – человек», «Я и движение», «Я осваиваю гигиену и этикет», «Я и опасные предметы», «Я и улица». Эти темы интегрированы в различные режимные моменты: игру, прогулку, индивидуальную работу, самостоятельную деятельность детей;
- гибкий режим;

- занятия по подгруппам;
- оснащение (спортивным инвентарем, оборудованием, спортивных уголков в группах);
- индивидуальный режим пробуждения после дневного сна.

2-й блок «Система двигательной активности». В него входят:

- утренняя гимнастика;
- приём детей на улице в теплое время года;
- физкультурные занятия;
- двигательная активность на прогулке;
- физкультура на улице;
- подвижные игры;
- физкультминутки на занятиях;
- гимнастика после дневного сна;
- физкультурные досуги, забавы, игры;
- музыкально-ритмические движения;
- игры, хороводы, игровые упражнения;
- оценка эмоционального состояния детей с последующей коррекцией плана работы;
- логоритмическая гимнастика.

3-й блок «Система закаливания»:

- утренняя гимнастика (разные формы: оздоровительный бег, ритмика, ОРУ, игры);
- облегченная форма одежды;
- солнечные ванны (в летнее время).

4-й блок «Организация рационального питания»:

- организация второго завтрака (соки, фрукты);
- введение овощей и фруктов в обед и полдник;
- витаминизация третьего блюда;
- рациональный питьевой режим.

5-й блок «Мониторинг развития детей»:

- диагностика уровня физического развития;
- диспансеризация детей детской поликлиникой;
- обследование логопедом.

Дошкольный возраст – это уникальный возраст для развития личности. В отличие от всех последующих возрастных этапов, именно в этот период формируются представления ребенка об окружающем мире, происходит его интенсивное и психическое развитие. Важнейшее значение имеют сохранение, поддержка и развитие здоровья ребёнка.

До начала целенаправленной работы по улучшению здоровья детей, необходимо выявить состояние их здоровья, уровень развития основных видов движений с тем, чтобы в дальнейшем разработать индивидуальную программу по физическому воспитанию, эффективную для каждого ребенка.

В результате мониторинга детского развития нами использованы следующие критерии эффективности здоровьесберегающей педагогической системы:

- Нормативные:
  - общая заболеваемость, в том числе и инфекционная;
  - группы здоровья;
  - физическое развитие детей;
  - процент часто болеющих детей;
  - процент посещаемости;
  - осмотр узкими специалистами;
  - физическая подготовленность детей в ДОУ.
- Не нормативные:
  - успешность усвоения образовательных программ;
  - эмоциональный фон;
  - спортивные достижения;
  - сформированность представления о своем теле, организме;
  - обученность правилам безопасности при выполнении физических упражнений и различных видов деятельности;
  - умение оказывать элементарную помощь;
  - сформированность представления о том, что полезно и что вредно для организма.

Учитывая все положительные результаты по оздоровлению детей в ДОУ, а также существующие проблемы, нами были обозначены основные задачи на ближайшую перспективу:

- улучшение условий для физического развития детей;
- обеспечение оптимального сочетания лечебно-профилактической, физкультурно-оздоровительной и познавательной деятельности;
- улучшение профессионального мастерства педагогических и медицинских работников;
- использование психолого-педагогического мониторинга при организации оздоровительной работы, планирования результатов оздоровительной деятельности, создавая под них соответствующую методическую и материальную базу;
- внедрение новых здоровьесберегающих технологий;
- ведение новых форм оздоровительных мероприятий;



- системность в проведении закалывающих мероприятий, включение элементов закалывания, органично вписывающихся в каждый режимный момент;
- усиление «утреннего фильтра» при приеме детей в дошкольное учреждение;
- максимальное использование круглый год естественных природных факторов при закалывании детей;
- систематическая совместная работа ДОО и семьи в целях воспитания потребности в здоровом образе жизни и разумного отношения к своему здоровью с использованием разнообразных форм;
- организация оздоровительной работы среди сотрудников ДОО, т.к. задачи физического воспитания детей должны осуществляться людьми, умеющими нести заряд бодрости.

Охрану здоровья детей можно назвать приоритетным направлением деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производительно-полезным трудом.

Проводимая нами работа показала правильность в выборе основных блоков, средств и методов работы с детьми дошкольного возраста, подтверждающих необходимость сохранения и укрепления здоровья детей.

#### ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА. ПРОБЛЕМЫ. ПУТИ РЕШЕНИЯ

**Н.И. Чуктурова, В.В. Шурыгина**

*Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы,  
г. Уфа, Россия*

**Резюме.** Валеологическое сопровождение образовательного процесса ставит перед образовательным учреждением цель – создать педагогические условия формирования здорового образа жизни как обеспечение качественного образования валеологически грамотной личности на каждом возрастном этапе. Ведущим направлением следует считать ориентацию школьников на такие ценности как здоровье и здоровый образ жизни, тогда как педагогической задачей валеологического образования есть и будет воспитание здорового образа жизни, способствующей формированию мотивационной заинтересованности школьников в собственном здоровье и безопасном стиле поведения.

**Ключевые слова:** валеологическое сопровождение образовательного процесса, здоровье подростков, здоровый образ жизни, здоровьесберегающие технологии.

**Summary.** Valeology in pedagogical process puts the objective to the educational unit to create the condition of building healthy way of life as the supply of quality education of valeologically smart person on each age stage. The leading direction is set to be the orientation of school children on such values as health and healthy way of life, with the pedagogical objective of valeology is and will be motivating healthy way of life, enabling to form motivational interest of school children in own health and safe way of behaviour.

**Key words:** valeology in pedagogical process: health of teens; healthy way of life; health saving technologies

**Введение.** Здоровье – это проблема валеологического образования, методологической основой которого является концепция здорового образа жизни, имеющая типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности школьников, которые укрепляют адаптивные возможности организма, способствуют полноценному выполнению учебной и социальной деятельности, а здоровьесберегающие технологии валеологического сопровождения образовательного процесса должны стать приоритетным направлением в деятельности каждого образовательного учреждения.

**Цель работы** – научно обосновать и проверить на практике педагогические условия валеологического сопровождения образовательного процесса.

**Материалы и методы.** Наряду с анализом научно-методической литературы, изучения и обобщения педагогического опыта был проведен опрос, тестирование на выявление уровня валеологических знаний о формировании, сохранении и укреплении здоровья, отношения к здоровому образу жизни.

**Результаты и обсуждение.** Здоровье – первейшая потребность человека, и доведение ее до оптимального результата путь сложный, не всегда приводящий к необходимому результату. Это обусловлено тем, что у многих людей, особенно у подростков, не сформирована положительная мотивация на здоровье в силу низкой культуры, и оно, здоровье, еще не заняло важного места в иерархии потребностей человека.

Под валеологическим сопровождением образовательного процесса в целом признается систематическое взаимодействие субъектов образовательного процесса по развитию потенциала здоровья и его сохранению. Особым условием, обеспечивающим успешность валеологического взаимодействия, является мотивационная заинтересованность в здоровье детей. Перед современными образовательными учреждениями должна стоять валеологически обоснованная цель – создать условия формирования,

сохранения и укрепления здоровья, обеспечить качественное образование валеологически грамотной личности на каждом возрастном этапе.

«Создание среды, способствующей ЗОЖ и формированию здоровья, – это не только соблюдение СанПиН, ограничение объема умственной нагрузки или профилактика вредных привычек, но и создание условий для поиска оптимальных форм, методов и интенсивности воспитательной работы с использованием творческой активности учащихся. Алгоритм валеологической работы и среди детей, и среди педагогов имеет спиралеобразную сущность: диагностика исходных состояний, экстренное и долгосрочное прогнозирование, валеопрактика, коррекция достигнутых состояний с использованием повторной диагностики и далее повторение этого цикла до получения устойчивых результатов. В этом заключается сущность валеологического мониторинга» [2].

Однако, анализируя результаты современного школьного образования, для выпускников, где здоровая личность лет через 20-30 после окончания школы может предположительно стать социально успешной, здоровыми окажутся не более 40-50%.

Остальные подростки, как свидетельствует статистика, попадают в группы социального неблагополучия (снижение психического, физического и репродуктивного статусов; разводы, социальное сиротство, наличие вредных привычек). Это ставит под сомнение успешность формирующегося современного образования, особенно в вопросах валеологического воспитания. Если за время обучения в школе не происходит необходимого укрепления здоровья и воспитания личности, такая школа теряет роль одного из важнейших инструментов в вопросах формирования ценностных ориентаций к собственному здоровью и здоровому образу жизни.

Результаты проведенного опроса родителей, чьи дети учатся в старших классах (N=60), показывают, что проблемы здоровья детей и понимание ими его значимости вызывает тревогу. Например, 69% опрошенных родителей считают, что их дети здоровы, и только 31% хотели бы, чтобы школа уделяла больше внимания вопросу сохранения и укрепления здоровья обучающихся. Но никто из родителей не ставит вопрос о воспитании и обучении – как сохранить здоровье. Данные же медицинских осмотров в школах свидетельствуют, что у 65,0% обследованных школьников наблюдается функциональное нарушение здоровья и только 35,0% могут считаться здоровыми.

Педагогическая практика показывает, что существенное влияние на здоровье подростков современных образовательных учреждений оказывает режим низкой двигательной активности, как в школе, так и в семье – 66%

семей школьников в выходные дни смотрят телевизор, или просто спят дома. Как следствие, возрастающие нагрузки в школе, требующие от детей интенсивного физического и интеллектуального напряжения, здоровья не прибавляют.

Для снятия переутомления, которое проявляется в снижении общей работоспособности, успеваемости, проявляющее в головных болях, расторможенности, а подчас и в агрессивности, ведущей к рискованному поведению, требуется понять уровень физической и эмоциональной состоятельности современного школьника. Следует понять, что хочет и что может подросток?

Анализ социальной ситуации современной школы, ее профессионального потенциала, а самое главное результатов школьного образования для выпускников, позволяет сделать вывод о том, что среди выпускников средней школы относительно здоровыми могут считаться не более 12-14%.

Другими словами, каждое интеллектуальное усилие ребенка в процессе его образовательной деятельности должно быть сопряжено с адекватным эмоциональным и физическим усилием.

Как показывают наши беседы со старшеклассниками, не все из них понимают, что здоровье и достижение его как ценности невозможно без усилий самого человека. В 10-11-х классах только 55% опрошенных школьников в системе жизненно важных ценностей ставят здоровье на первое место, 36% считают главным успешную карьеру, 14,5% – материальное благополучие. Медицинское обследование этой группы школьников свидетельствует, что только 38% детей можно назвать здоровыми, 51% школьников считают, что знают, как улучшить свое здоровье. Однако, отвечая на вопрос, какие мероприятия проводятся по формированию отношения к здоровью и здоровому образу жизни, подростки говорят, что нужно больше отдыхать, из них: смотрят телевизор – 63%; 36% – спят и только 31% детей с семьей отдыхают на природе, или гуляют в парке.

Можно ли сохранить и укрепить здоровье ребенка в школе и подготовить его к успешной социальной жизни? Конечно, да! Но можно ли решить такую проблему, укоренившуюся в школе, с помощью разработки только здоровьесберегающих технологий? Возможно, нет! Необходимо изменить саму направленность, само содержание образовательного процесса ребенка. Необходимо взаимодействие и взаимосвязь всех членов педагогического процесса в данном вопросе.

«Для того, чтобы здоровый образ жизни стал не неким общественным эталоном, а осознанной индивидуальной потребностью, необходимо достижение уровня «функциональной грамотности» в сфере созидания соб-

ственного здоровья. На основе осознания ответственности за свое здоровье и устойчивой мотивации ЗОЖ ребенок должен усвоить минимум правил, соответствующих его индивидуальным особенностям и возможностям принципа «Не навреди» [3].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что борьба за здоровье современного школьника невозможна без глубокой перестройки образовательной системы, что проблему валеологического сопровождения образовательного процесса можно решить путем создания здравотворчества в образовательных учреждениях. При этом необходимо внедрение принципов и методов обучения основам здорового образа жизни.

Мониторинг функционального состояния и здоровья школьников в рамках валеологического сопровождения дает возможность быстрого реагирования. Нами разрабатывается научно-методический комплекс «Буду здоровым» для обучающихся старших классов и «Путь к здоровью» для родителей старшекласников, который обеспечит повышение валеологической компетентности, выработки навыков, самоанализа и коррекции поведения при активном вовлечении в этот процесс всех участников образовательного процесса.

#### Литература

1. Татарникова, Л.Г. Введение в педагогику здоровья учителя : научно-методическое пособие / Л.Г. Татарникова, С.И. Сметанкина; под ред. Л.Г. Татарниковой. – СПб.,: СПбАППО, 2006. – 252 с.
2. Колбанов, В.В. Валеологический практикум : учебное пособие / В.В. Колбанов. – 3-е изд., испр. и дополн. – СПб.: ЭЛБИС СПб, 2011. – С. 5.
3. Колбанов, В.В. Валеологический практикум: Учебное пособие для педагогов / В.В. Колбанов. – СПб.,: СПбАППО, 2005. – С. 4-5.
4. Современные проблемы формирования и укрепления здоровья: сб. научных статей Международной научно-практической конф., Брест, 24-26 октября 2013 г. / ред. кол.: А.Н. Герасевич (гл.ред.) [и др.]. – Брест: Альтернатива, 2013. – С. 234-237.
5. Науменко, Ю.В. Здоровьесберегающая деятельность школы: мониторинг эффективности / Ю.В. Науменко. – М.: Глобус, 2009.

#### РЕАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ЗДОРОВЬЕ» В УСЛОВИЯХ ДОО

**М.Н. Шуклина, О.С. Гладышева**

*Нижегородский институт развития образования, г. Нижний Новгород, Россия*

**Резюме.** В статье освещаются действия по реализации направления «Здоровье» в ДОО, нацеленные на развитие детей, формирование у них ценностных ори-

ентиров на здоровый и безопасный образ жизни. Разработанная программа интегрирована во все области развития дошкольника, декларируемые нового Федеральным государственным образовательным стандартом образования.

**Ключевые слова:** здоровье ребенка, интеграция, здоровьесберегающая деятельность, здоровьесберегающие технологии.

**Summary.** Activities on implementation “Health” movement in preschool educational institutions aimed at children’s development, learning to obtain axiological values of healthy and save life style are discussed. The proposed programme is integrated in every area of preschooler’s development pronounced by the new Federal State Educational Standart.

**Key words:** children’s health, integration, health-saving activity, health-saving technologies

В последние годы проблема воспитания личной заинтересованности каждого человека в здоровом образе жизни является особенно актуальной в связи с негативной тенденцией к ухудшению состояния здоровья всех социально-демографических групп населения России и особенно детей дошкольного возраста. В Федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования от 17. 10. 2013 г. (приказ № 1155) выделена среди прочих образовательная область «Физическое развитие». Данная область деятельности ориентирована на становление ценностей здорового образа жизни, овладение его элементарными нормами и правилами (в питании, двигательном режиме, закаливании, при формировании полезных привычек и др.).

На кафедре здоровьесбережения в образовании НИРО д.б.н., профессор О.С. Гладышева разработала новую программу для реализации этой образовательной деятельности в дошкольных образовательных учреждениях, получившую название «Разговор о здоровье: начало». В этой программе интегрированы такие направления, как «Безопасность», «Социализация», «Физическая культура», «Труд», «Познание», «Коммуникация», «Художественное творчество», «Музыка» и т.д. Таким образом, через единые занятия можно реализовать разные направления деятельности Федерального государственного образовательного стандарта. Использование программы в ДОО направлено на развитие у дошкольников элементарных представлений о своём здоровье и безопасном поведении в социуме, что является крайне важным в современной жизни.

Программа построена на ценностном подходе, позволяющем сформировать у ребёнка представление о своём здоровье, как о важной личной ценности:

– субъект-субъектном подходе между участниками воспитательного процесса (воспитатель – дошкольник), в ходе которого происходит развитие диалоговой речи, а также приобретение навыков эффективного межличностного общения;

– деятельностном подходе, который заключается в том, что ребёнок не просто должен понимать, что здоровье это важно, но и делать все для его сохранения, а также выбирать поведение, направленное на сохранение здоровья. Программа ориентирована на приобретение ребёнком положительного эмпирического опыта здорового образа жизни, а не на негативную составляющую, т.к. такая тактика противопоказана в дошкольном возрасте.

Принцип построения программы – концентрический. Одни и те же модули темы повторяются ежегодно, но усложняется по содержанию в соответствии с возрастом детей. Она ориентирована на детей дошкольного возраста – от 4 до 7 лет.

В данной программе используются методы и формы работы деятельностного и развивающего характера. В качестве технологических приемов используются различные виды игр, являющиеся ведущей педагогической деятельностью при работе с дошкольниками, а также диалоги, проблемные ситуации, хоровая декламация, пение, ручной труд и физкультминутки. В программе предусмотрено использование таких здоровьесберегающих технологий, как ритмопластика, эстетотерапия, разные виды гимнастики, повторение поз животных, а также игротерапия, коммуникативные игры, сказкотерапия, цветотерапия.

Предполагается и диагностика результатов обучения, которая оценивает через интерес детей к данным занятиям активность их участия в занятиях, сформированность их представлений о здоровье и здоровом образе жизни и безопасном поведении.

#### Литература

1. Федеральные государственные образовательные стандарты дошкольного образования от 17 октября 2013 г. № 1155.
2. Гладышева О.С. Реализация направления образовательной деятельности «Здоровье» в ДОО: программа и метод. рекомендации / О.С. Гладышева, М.Н. Шуклина. – Н.Новгород: Нижегородский институт развития образования, 2012. – 98 с.

## СМЕЖНЫЕ С ВАЛЕОЛОГИЕЙ ПРОБЛЕМЫ

### РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ АСИММЕТРИИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАДАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ ПОВЫШЕННОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА А.П. Астащенко, Е.В. Дорохов, В.В. Онуфриева

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,  
г. Воронеж, Россия*

**Резюме.** В статье представлены данные о влиянии межполушарной функциональной асимметрии на скорость опознания зрительных стимулов у молодых здоровых испытуемых, в условиях психоэмоционального стресса. В статье показано, что усложнение зрительной задачи в условиях концентрации произвольного внимания у человека сопровождается не только увеличением времени сенсомоторной реакции и количеством ошибок, но и усиливаются индивидуальные особенности, связанные с профилем функциональной асимметрии мозга.

**Ключевые слова:** функциональная асимметрия, фрагментированные изображения, произвольное внимание, сенсомоторное время.

**Summary.** This article presents results about the effect of functional asymmetry on speed and number of errors in young healthy subjects in exam stress. The results showed that the complexity of visual task accompanied increasing of sensorimotor reaction time, number of errors and individual characteristics of functional brain asymmetry.

**Key words:** functional asymmetry, fragmented images, voluntary attention, sensorimotor time.

**Введение.** Давно установлен факт неодинакового участия правого и левого полушарий мозга в осуществлении человеком высших психических функций. В современном мире человеку часто приходится решать зрительные задачи, которые объединяют реализацию таких сложных психофизиологических функций, как: восприятие, внимание, память, категоризация и принятие решения об объекте. Часто решение этих задач происходит в условиях ограниченного времени и нередко психоэмоционального стресса.

Мы склонны полагать, что успешность решения сложных зрительных задач зависит также от профиля латеральной организации психофизиологических функций организма. Функциональная асимметрия больших полу-

шарий играет существенную роль в адаптации человека, т.е. в поддержании оптимального функционального состояния гомеостатических систем и организма в целом, обеспечивающих его сохранение, развитие, работоспособность в различных условиях.

*Цель исследования* – выявить сенсомоторные характеристики (ошибки и время реакции) профиля латеральной асимметрии у молодых здоровых испытуемых в условиях психофизиологического стресса и решения зрительных задач разной сложности.

*Материалы и методы.* Для достижения поставленной цели на кафедре нормальной физиологии были разработаны специальные компьютерные программы предъявления зрительных стимулов испытуемым: программа латерального предъявления неполных изображений в условиях ограниченного времени и программа предъявления простого целевого зрительного стимула (черный круг). В основе метода лежала модификация GO/NOGO задания, при котором человек должен либо выполнять, либо тормозить движение. С целью исследования индивидуального профиля асимметрии проводились моторные пробы, проводилась оценка зрительной асимметрии (определение ведущего глаза). Дополнительно для определения типа мышления на момент исследования использовали тест И.П. Павлова, в основе которого лежат представления о «мыслительном», «художественном» и «среднем», промежуточном, типах высшей нервной деятельности (ВНД) у человека, а следовательно, доминирующей активности полушария.

Исследование состояло из двух этапов. В экспериментальном исследовании первого этапа приняли участие 100 студентов II курса стоматологического факультета в возрасте 18-20 лет, а второго этапа – 320 студентов II курса лечебного и педиатрического факультетов. Во всех случаях было получено информированное согласие испытуемых на проведение исследования.

*Результаты и их обсуждение.* На первом этапе исследования вся выборка испытуемых была разделена на группы: типичные правши – правостороннее доминирование по основным признакам (рука, нога, глаз) с типом ВНД «Мыслитель» (29 человек); левши – левостороннее доминирование по основным признакам и разными типами ВНД (6 человек); праворукие с разными вариантами доминирования по основным признакам (рука, нога, глаз) – 65 человек. При выполнении простого зрительного задания все группы испытывали затруднения при восприятии объекта справа, что нашло отражение во времени реакции и количестве ложных тревог (табл. 1). На втором этапе исследования испытуемые выполняли более сложные

зрительные задачи на внимание и опознание неполного объекта. Все участники второго этапа были разделены на группы: праворукие испытуемые – 276; леворукие – 14; переученные – 15. Тип ВНД по И.П. Павлову: «Художник» – 127 человек (74 – женщин и 53 – мужчин); тип «Мыслитель» – 42 человека (21 – женщин и 21 – мужчин). В таблице 2 представлены сенсомоторные характеристики (ошибки и время реакции) профиля латеральной асимметрии у испытуемых с разным типом ВНД по И.П. Павлову и разной ведущей рукой.

Таблица 1

**Данные сенсомоторных реакций испытуемых в зависимости от типа ЛПА, при осуществлении произвольного зрительного внимания**

ЛПА	Пропуски цели (%)		Ложные тревоги на стимул (%)		Время реакции (мс)	
	слева	справа	слева	справа	слева	справа
Типичные правши	4±0,8	4±1,0	8±1,5	15±1,7	292±4,0	308±4
Левши	3±1,8	2±0,6	3±0,9	10±3,0	296±13	312±11
Праворукие	6±0,9	7±1,0	9±1,4	16±1,4	296±5,0	308±6

Таблица 2

**Данные сенсомоторных реакций испытуемых в зависимости от типа ведущей руки и типа ВНД по Павлову при опознании сложных фрагментированных стимулов**

Тип ВНД	Изображение экрана					
	слева			справа		
	П (%)	ЛТ (%)	ВР (мс)	П (%)	ЛТ (%)	ВР (мс)
«Художник» (n=112)	3±0,5	9±0,8	427±6	1±0,2	6±0,6	430±6
«Мыслитель» (n=40)	1±0,4	10±1,3	431±7	2±0,9	9±1,2	446±7
Левши и переученные (n=29)	1±0,7	11±2,6	402±9	3±1,5	8±1,7	414±13

*Примечание:* П – пропуски, ЛТ – ложные тревоги, ВР – время реакции, n – количество человек.

Обнаружено, что время и качество селекции и категоризации фрагментированных зрительных объектов не зависели от пола испытуемых, что было показано нами в предыдущих работах.

Для праворуких испытуемых мужского и женского пола с типом ВНД «Художник» (предполагается доминирующая активность правого полушария) при выполнении зрительных заданий на внимание и опознание характерны достоверные различия по параметру «Ошибки». Количество пропусков целевых изображений, появляющихся в левой части экрана, составило  $3 \pm 0,5\%$ , в правой –  $1 \pm 0,2\%$ ,  $t=4,5$ ,  $p=0,00001$ . Схожие данные наблюдались и для параметра «пропуск цели» или «ложная тревога»:  $9 \pm 0,8\%$  слева и  $6 \pm 0,6$  справа,  $t=3,1$ ,  $p=0,002$ . Эта группа испытуемых делала меньше ошибок, если изображение предъявлялось в правой части экрана. Время реакции на появление целевого изображения справа или слева экрана у этих студентов статистически значимо не различалось,  $427 \pm 6$  мс и  $430 \pm 6$  мс,  $p=0,5$ .

Для праворуких испытуемых и мужского и женского пола, тип ВНД «Мыслитель» (предполагается доминирующая активность левого полушария на момент исследования), при выполнении зрительных заданий характерны достоверные различия по параметру «Время реакции», но не «Ошибки». Время реакции на цель слева  $431 \pm 7$  мс, справа –  $446 \pm 7$  мс,  $t=2,4$ ,  $p=0,02$ . Испытуемые значимо быстрее реагировали на цель с левой стороны экрана.

Анализ данных по группе «Левши и переученные» (преобладающий тип ВНД в группе – «Художник») 29 человек показал, что для этих людей нет статистически значимых различий по времени реакции и количеству ошибок в зависимости от латерализации предъявляемого изображения. Изображение слева –  $402 \pm 9$  мс, справа –  $414 \pm 13$  мс,  $p=0,1$ ; пропуски цели слева –  $1 \pm 0,7\%$ , справа –  $3 \pm 1,5\%$ ,  $p=0,3$ ; ложные тревоги слева  $11 \pm 2,6\%$ , справа –  $8 \pm 1,7\%$ ,  $p=0,1$ . Кроме того, эта группа испытуемых значимо быстрее принимала решение и реагировала на изображения, как слева, так и справа экрана, чем группа праворуких испытуемых с типом ВНД «Мыслитель»,  $p=0,01$ . А вот сравнение с группой праворуких испытуемых и типом ВНД «Художник» не выявило этого различия.

Проблема функциональной асимметрии человека является актуальнейшей, как в области физиологии, так и психологии. Мы полагаем, что усложнение зрительной задачи, в условиях концентрации произвольного внимания в состоянии экзаменационного стресса у человека сопровождается не только увеличением времени сенсомоторной реакции и количеством ошибок, типа «ложная тревога», но и усиливаются индивидуальные особенности, связанные с профилем функциональной асимметрии.

## ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ В ПРОФИЛЬНЫХ КЛАССАХ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ НА ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ

**Н.Г. Блинова, Н.В. Аверьянова**

*ФГБОУ ВПО «Кемеровский государственный университет»,  
г. Кемерово, Россия*

**Резюме.** В статье представлен сравнительный анализ результатов изучения особенностей физиологической и социально-психологической адаптации к обучению первокурсников, обучавшихся в общеобразовательных и профильных классах средней школы.

**Ключевые слова:** школьники, студенты, профильное обучение, адаптация к обучению.

**Summary.** The article presents a comparative analysis of the results of the study of the physiological features and socio-psychological adaptation to teaching freshmen studying in secondary and specialized secondary schools.

**Key words:** school children, students, specialized education, adaptation to training.

Современное обучение старшеклассников может проходить как в общеобразовательных классах, так и в классах с профильным изучением предметов. Отсюда зачастую возникают существенные различия в эффективности учебной деятельности студентов, у которых обучение в школе различалось спецификой и степенью углубленности изучения предметов [1-4]. Кроме этого, своеобразие методики и организации учебного процесса в вузе, а также большой объем и сложность получаемой информации вызывают значительное эмоциональное и физическое напряжение у студентов в начале обучения [2]. Исходя из вышесказанного, можно предположить, что обучение в классах с углубленным изучением предметов в школе будет способствовать более успешной адаптации студентов к обучению на первом курсе вуза.

Цель данного исследования – изучение влияния процесса обучения в профильных классах средней школы на показатели физиологической и социально-психологической адаптации первокурсников.

Для решения поставленной задачи в октябре-ноябре 2011 и 2012 годов проводили психофизиологическое обследование 147 первокурсников обоих полов биологического факультета. Они были разделены на 2 группы: 1 группа – студенты, обучавшиеся до поступления в вуз в школах с углубленным изучением предметов (профильных классах); 2 – студенты, обучавшиеся в общеобразовательных школах.

У всех студентов оценивали особенности нейродинамических показателей: простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР), уровня функциональной подвижности нервных процессов (УФП), работоспособности головного мозга (РГМ) и уравновешенности нервных процессов по реакции на движущийся объект (РДО); психических функций: объема внимания (ОВ), ассоциативной памяти (АП) и механической памяти (МП) с помощью автоматизированного психофизиологического комплекса Status PFK. Оценка функционального состояния организма осуществлялась с использованием автоматизированной кардиоритмографической программы «ОРТО»; выявляли показатели психосоциальной адаптации по цветовому тесту Люшера, изучали психоэмоциональное состояние с помощью теста САМ, а также успеваемость (средний балл за полугодие) и мотивации на обучение.

Психофизиологическое обследование студентов сравниваемых групп выявило некоторые различия (табл.). У студентов 1 группы преобладают симпатических влияния в вегетативной регуляции сердечной деятельности по сравнению со студентами 2 группы, что подтверждается достоверно высокими показателями АМо у юношей и ЧСС у девушек в покое в 1 группе. Выраженная симпатикотония у студентов этой группы свидетельствует о повышенном напряжении механизмов адаптации. На наш взгляд, это вызвано большими временными затратами на учебную деятельность, обусловленными, в свою очередь, высоким уровнем мотиваций на обучение (табл.). Это подтверждает оценка функционального состояния первокурсников: у юношей 1 группы процент лиц со значительным напряжением механизмов адаптации значительно выше по сравнению со студентами 2 группы (21,43% и 9,09%, соответственно).

Несмотря на то, что сравнительный анализ нейродинамических и психодинамических показателей у студентов обеих групп не выявил достоверных различий, процент лиц с низким уровнем АП во 2 группе выше в 2 раза по сравнению с 1-й, что говорит о положительном влиянии углубленного изучения предметов в старших классах средней школы на развитие познавательных функций в старшем подростковом возрасте. Наиболее значительное влияние профильное обучение в школе оказало на формирование мотиваций к обучению, в том числе на профиль обучения: у большинства студентов 1-й группы установлен средний и высокий уровни мотивации, тогда как среди студентов 2-й группы вообще нет лиц с высоким уровнем (рис. 1).

Таблица

## Психофизиологические показатели первокурсников 1 и 2 группы

Показатели	Юноши		Девушки		p≤0,05
	1 группа 1	2 группа 2	1 группа 3	2 группа 4	
ЧСС в покое, уд. в мин.	77,14±2,65	72,25±3,61	78,72±1,12	72,89±2,02	3-4
Мо в покое, сек.	0,80±0,03	0,84±0,05	0,77±0,01	0,84±0,03	3-4
АМо в покое, %	43,52±3,86	28,73±2,96	42,03±1,80	41,14±3,22	1-2
ΔX в покое, сек.	0,30±0,03	0,32±0,03	0,25±0,01	0,27±0,04	
ИН в покое, усл.ед.	136,23±32,	70,47±16,03	154,50±15,46	139,11±31,38	1-2
РГМ, к-во сигн.	617,75±18,94	586,95±18,52	590,37±6,32	580,69±12,2	
ПЗМР, мс.	267,82±5,84	289,26±9,79	297,78±6,46	302,53±10,4	
УФП, сек.	63,27±2,07	64,22±1,15	63,54±0,60	62,60±1,27	
Ассоциативная память, балл	5,29±0,29	5,40±0,60	5,87±0,15	5,73±0,49	
Механическая память, балл	5,85±0,55	5,75±0,48	6,78±0,23	7,33±0,88	
Объем внимания, балл	5,62±0,33	6,09±0,49	5,09±0,16	5,60±0,42	
Ситуативный стресс, балл	6,22±0,97	4,0±1,11	4,71±0,46	7,13±2,59	
Личностный стресс, балл	4,41±0,88	6,49±0,78	3,67±0,56	7,45±1,64	1-2,3-4
Психосоциальная адаптация, балл	-1,94±0,59	-1,45±1,01	-2,81±0,35	-3,17±0,99	
Самочувствие, балл	53,10±2,48	56,17±1,89	48,27±1,41	41,67±3,99	3-4
Активность, балл	48,00±2,11	49,83±2,60	45,95±1,18	35,22±3,09	3-4
Настроение, балл	52,29±2,12	51,67±4,17	52,37±1,22	46,89±4,26	
Личностная тре- вженность, балл	41,19±2,35	39,60±3,03	45,28±1,21	48,67±3,56	
Ситуативная тре- вженность, балл	25,00±2,68	21,40±4,01	25,01±1,30	31,00±2,86	3-4
Мотивации на обучение, балл	29,35±1,07	28,25±1,55	28,92±0,64	23,67±3,28	3-4

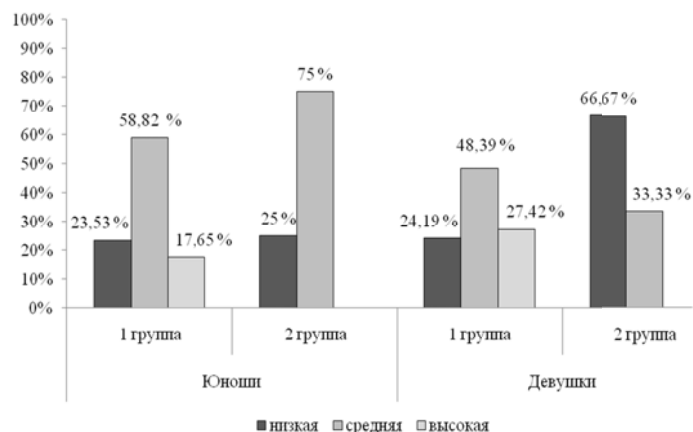


Рис. 1. Распределение первокурсников 1 и 2 групп по уровню мотиваций на обучение

Результаты говорят об осознанном, мотивированном поступлении студентов первой группы на выбранный профиль обучения, что является одним из ведущих факторов академической успешности и особенностей психосоциальной адаптации [2]. Это отразилось на характере показателей психосоциальной адаптации у студентов 1-й группы по сравнению со студентами 2-й группы. У юношей и девушек 2-й группы показатели личностного стресса достоверно выше по сравнению с показателями студентов 1-й группы (см. табл.).

Психосоциальная адаптация как приспособительная реакция к процессу обучения хуже проходит у студенток второй группы, на что указывают достоверно высокие баллы личностного стресса и ситуативной тревожности и достоверно низкие баллы самочувствия и активности у них по сравнению с показателями у девушек 1-й группы (табл. 1). В итоге количество девушек с низкой успеваемостью во 2-й группе – в 2 раза больше, чем в 1-й группе.

Полученные результаты позволяют рекомендовать дифференцированный подход к обучению студентов, получивших среднее образование в учебных заведениях с разным уровнем подготовки к вузу, и сделать следующие выводы:

1. Обучение старшеклассников в школах с углубленным изучением предметов (профильных классах) положительно влияет на развитие ассоциативной памяти и формирование мотиваций на профиль обучения в вузе.

2. У первокурсников, обучавшихся в профильных классах средней школы, показатели физиологической адаптации хуже, а социально-психологической адаптации и успеваемость лучше по сравнению с первокурсниками, обучавшихся в общеобразовательных школах.

#### Литература

1. Казин, Э.М. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие / под науч. ред. Э.М. Казина; ред. коллегия: Н.Э. Касаткина, Е.Л. Руднева, О.Г. Красношлыкова и др. – Кемерово: изд. КРИП-КиПРО, 2009. – 347 с.
2. Казин, Э.М. Онтогенез. Адаптация. Здоровье. Образование: учебно-методический комплекс. Книга III. Адаптация и здоровье студентов: учебно-методическое пособие / под ред. Э.М. Казина. – Кемерово: Изд-во КРИПКиПРО, 2011. – 627 с.
3. Пинский, А.А. Решение «продиктовала» школьная практика / А.А. Пинский // Народное образование. – 2002. – №19. – С. 31-40.
4. Шаханова, А.В. Здоровьесберегающий потенциал образования / А.В. Шаханова, Т.В. Челышева, Н.Н.Хасанова. – Майкоп: ООО «Аякс», 2008. – 145 с.

#### ПРЕПОДАВАНИЕ ХИМИИ В СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

**В.А. Бусловский**

*Индустриальный колледж, г. Белгород, Россия*

**Резюме.** В статье обсуждаются проблемы внедрения здоровьесберегающих образовательных технологий в учебно-воспитательный процесс средних специальных учебных заведений. Выделяются особенности преподавания химии студентам, получающим технические и другие специальности с учетом направленности на сохранение и укрепление здоровья. Оцениваются трудности, возникающие в процессе обучения химии, и возможности их преодоления методами здоровьесберегающей педагогики.

**Ключевые слова:** преподавание химии, здоровьесберегающие технологии, студенты колледжа.

**Summary.** The paper discusses the problems of introduction of health-saving educational technologies in the educational process of secondary special educational institutions. Specifics of teaching chemistry students receiving technical and other fields taking into account the orientation on the preservation and strengthening of health. Estimated difficulties encountered in the process of teaching chemistry and possibilities of their overcoming health-preserving methods of pedagogy.

**Key words:** teaching of chemistry, health saving technologies, students of the College.



Термин «здоровьесбережение» в настоящее время широко используется в педагогической литературе. Здоровьесберегающие образовательные технологии – система мероприятий, создающих оптимальные условия для сохранения, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья всех субъектов образования. Их можно рассматривать как технологическую основу здоровьесберегающей педагогики – одной из самых перспективных образовательных систем XXI века, и как совокупность приемов, форм и методов организации обучения студентов без ущерба для их здоровья, и как качественную характеристику любой педагогической технологии по критерию ее воздействия на здоровье.

Состояние здоровья детей и молодёжи в современных условиях требует приоритетного внимания. За последние годы в России ухудшились демографические показатели, снизилась рождаемость, естественный прирост населения, возрос уровень заболеваемости и смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения и российской Межведомственной комиссии по охране здоровья населения, наибольшее значение для здоровья имеют направленность личности на здоровый образ жизни, принятие здоровья как ценности, развитие здоровьесберегающих умений и опыта здоровьесбережения, которые необходимо формировать с раннего возраста и закреплять в образовательных учреждениях.

В настоящее время в образовательном процессе активно используются здоровьесберегающие технологии, реализующие комплексный подход к сохранению и укреплению здоровья детей и молодежи. Они включают организационно-педагогические технологии, определяющие такую структуру учебного процесса, которая предупреждает состояния переутомления, гиподинамии и дезадаптации; психолого-педагогические технологии, связанные с непосредственной работой преподавателя и тем воздействием, которое он оказывает на своих учеников; учебно-воспитательные технологии, включающие программы по обучению грамотной заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья учащихся, мотивации их к ведению здорового образа жизни, предупреждению вредных привычек.

Химия – один из самых трудных предметов в среднем звене. Как правило, уровень знаний учащихся по этой дисциплине невысок. Большинство выпускников непрофильных классов и школ химию не понимают, не учат, не любят и не выбирают в качестве основы будущей профессии. Поэтому при низкой успеваемости студенты стремительно теряют интерес к предмету, а преподаватель становится для них источником постоянных неприятностей и страхов вне зависимости от его личностных качеств.

Трудности, возникающие при изучении такого логически организованного предмета, как химия могут быть связаны с замедленным темпом индивидуального развития высших структур мозга, обеспечивающих его аналитико-синтетические функции, связанные с умением оперировать отвлечёнными понятиями, выделять существенные признаки, теоретически обобщать и анализировать, и с несформированностью необходимых учебных навыков. В этих случаях основные определения, положения и принципы химии как науки абстрактной и опирающейся на готовность к логическим операциям воспринимаются студентами с большим нервным напряжением. В результате организм подростка, и без того разбалансированный в силу пубертатного возраста, испытывает дополнительный прессинг, связанный с процессом получения среднего образования вообще и химического в частности. Невротизация и стресс становятся постоянными их спутниками и проблема, безусловно, выходит за рамки отдельного предмета, приобретая пугающую масштабность и острую актуальность.

Помочь студентам получить хорошие знания, развить логические, когнитивные способности, сохранив при этом психофизическое равновесие, может применение здоровьесберегающих технологий. Деятельный подход, лежащий в основе данных технологий, позволяет изменить характер взаимодействия между преподавателем и учащимися, переводит коммуникативную систему урока в диалоговый режим, при этом создает в группе обстановку высокой культуры общения, доверия и доброжелательности. В итоге это работает не только на успешность в освоении предмета, но и на сохранение здоровья участников обучения.

Важнейшей целью среднего профессионального образования является достижение студентами определенного уровня знаний, умений и навыков, дающих возможность выполнять профессиональные функции. В результате обучения студент должен овладеть основами профессии, следовательно, при формировании содержания профессионального образования необходимо учитывать характер предстоящей трудовой деятельности. Исходя из этого, в учебных дисциплинах, изучаемых будущими специалистами, должны быть в достаточной мере представлены вопросы, охватывающие специфику здоровьесбережения в условиях производства. В индустриальном колледже г. Белгорода студенты получают разные специальности: теплоснабжение и теплотехническое оборудование; сварочное производство; техническая эксплуатация и обслуживание электрического и электромеханического оборудования; системы и средства диспетчерского управления в электроэнергетике; технология продукции общественного питания и другие. На первом курсе они все изучают химию, которая предо-

ставляет большие возможности для формирования культуры здоровья и безопасного образа жизни. В то же время преподавание химии, как и других дисциплин естественно-научного блока, дает большие возможности для формирования у учащихся знаний закономерностей жизни живой природы и позволяет органично вписывать принципы здоровьесбережения в темы и задания, выполняемые как на уроках, так и во внеурочной деятельности.

У будущих специалистов по теплоснабжению и теплотехническому оборудованию особое внимание обращаем на природные источники углеводородного сырья и их использование в энергетике, на изучение реакций горения, на взрыво- и пожароопасность данных процессов в теплоэнергетике. При подготовке специалистов сварочного производства подробно освещаем вопросы получения и применения ацетилена, а также меры безопасности при работе с ацетиленом, пропаном, бутаном. Для будущих технологов продукции общественного питания акценты делаем на связях органической химии с пищевой промышленностью. Для всех студентов, независимо от получаемой специальности, достаточно подробно даем роль белков, жиров и углеводов в обменных процессах организма, а также значение витаминов и микроэлементов, так как это основа знаний о рациональном питании как важнейшей составляющей здорового образа жизни. Кроме этого, на наш взгляд, наиболее важными вопросами с точки зрения формирования знаний о сохранении и укреплении здоровья являются следующие: «Химические производства и охрана окружающей среды», «Спирты, вредное влияние алкоголя», «Оказание первой помощи при химических отравлениях», «Радиоактивные элементы, их вред для здоровья», «Техника безопасности при пользовании бытовым газом, жидкими источниками энергии» и другие.

#### ИДЕИ ДРЕВНОСТИ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННЫХ НАУК О ЗДОРОВЬЕ

**А.В. Даниленко**

*Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина,  
г. Брест, Республика Беларусь*

**Резюме.** В статье анализируется связь современных наук о здоровье, таких как валеология, педагогика и психология здоровья и др., с идеями древности, в основном, на примере научного наследия великого ученого древности – Абу Али ибн-Сины, или Авиценны.

**Ключевые слова:** валеология, психология и педагогика здоровья, пропаганда здоровья, резервы организма.

**Summary.** The article examines the relationship of modern health sciences, such as valueology, health psychology and pedagogy and other ideas of antiquity, focusing mainly on the scientific heritage of the great scholar of antiquity – Abu Ali Ibn Sina, or Avicenna.

**Key words:** valueology, psychology and pedagogy of health, health promotion, body reserves.

**Введение.** В последние десятилетия в разных странах формируются новые научные направления, такие как валеология, психология и педагогика здоровья, основы здорового образа жизни, основы профилактики и пропаганды здоровья, новое значение приобретает и гигиена. Их появление закономерно и обусловлено ростом числа проблем со здоровьем, с которыми не справляется медицина и которых можно избежать путем изменения образа жизни и формирования ответственности человека за собственное здоровье и здоровье окружающих людей. Целью всех этих наук является формирование и повышение культуры здоровья населения и ознакомление со способами сохранения, укрепления и преумножения своего здоровья.

**Цель работы** – анализ содержания перечисленных выше дисциплин, выделение основных, ключевых идей современных наук о здоровье и акцентуация их связи с идеями древности, и прежде всего, с идеями Авиценны.

**Результаты и обсуждение.** Древний человек был беззащитен перед силами природы и все, что с ним происходило, связывал с мистическими представлениями, а охрана здоровья в первобытнообщинном строе сводилась к религиозным обрядам и амулетам. В рабовладельческом обществе знания о здоровье систематизируются, создаются оздоровительные системы – китайское «Конг-фу» (около 2600 лет до н.э.), индийская «Аюрведа» (около 1800 лет до н.э.), «О здоровом образе жизни» Гиппократ (около 400 лет до н.э.), системы оздоровления, существовавшие в Спарте, и др. [3]. Эти системы преследуют идею не лечения болезней, а формирования, сохранения и укрепления здоровья, использования резервных возможностей организма для его восстановления.

Отношение к здоровью меняется в рабовладельческих сообществах по мере социально-экономического расслоения людей. Рабовладельцы, предаваясь лени, излишествам и комфорту, все меньше уделяли внимания своему здоровью, и все больше уповали на врачей. Медицина утрачивает свое оздоровительно-профилактическое значение и все больше специализируется на лечении болезней. Способствовала этому и своеобразная изоляция дальневосточных государств, сохранивших на протяжении тысячелетий богатейший опыт оздоровительных систем [3].

На протяжении последующих веков появлялись отдельные ученые, обращавшие внимание на проблемы здоровья. Так, Абу Али ибн-Сина (Абу́ Али Хусейн ибн Абдаллах ибн Сйна 980-1037 гг.), или Авиценна в своем «Каноне врачебной науки» указывал как на наиболее эффективный путь к долголетию – сохранение здоровья, а не лечение болезней [1].

В последние десятилетия XX века возникла острая необходимость в формировании у человека потребности заботиться о сохранении собственного здоровья.

Под прессом социальных явлений и проблем, техногенных и природных угроз, возрастающего и обрушивающегося со всех сторон потока информации, которую сознание человека не в силах усвоить и переработать, технизации и технологизации СМИ, дегуманизации способов подачи этой информации, человек ощущает себя потерянным, одиноким, изолированным, беспомощным, оставленным наедине со своими проблемами. Невозможность повлиять на многие вещи, изменить ход судьбы, крах устоявшейся системы ценностей, брутализация всех сфер жизни и человеческих отношений, усиливающийся в связи с этим экзистенциальный кризис приводят к тому, что во всем мире люди теряют ощущение собственной безопасности перед многочисленными угрозами. Естественно, это приводит к росту социального и психического напряжения, разрушает психическое и физическое здоровье.

Практически на рубеже тысячелетий рост числа заболеваний, с которыми с трудом справляется медицина, обостряет потребность в сохранении здоровья самим человеком и обуславливает появление новых областей научного знания, призванных обобщить и систематизировать, а также донести до современного человека накопленные историей всего человечества знания о способах сохранения здоровья и о необходимости заботы о своем здоровье. Для помощи в решении этих проблем формируются такие научные направления, как валеология, психология и педагогика здоровья, основы здорового образа жизни, основы профилактики и пропаганды здоровья, новое значение приобретает и гигиена [2, 4, 5].

Все эти науки обращаются к идеям древности, к идеям Авиценны и вслед за ним утверждают, что наиболее эффективный путь к долголетию – сохранение здоровья и расширение резервных возможностей организма различными способами, но прежде всего соблюдением здорового образа жизни, рациональным питанием и двигательным режимом, правильной организацией сна и отдыха, поддержанием гармонии тела и духа.

Попытаемся проанализировать, какие из идей Авиценны продвигают указанные выше науки.

Авиценна считал самым главным в своей жизни научиться сохранять здоровье и открыть загадку того, как стать долгожителем.

Залогом долгожительства, согласно Авиценне, является предохранение от порчи, влаги, содержащейся внутри организма. По мнению Авиценны, до наступления естественной смерти сохранение влаги в организме – это средство сохранения человеческого тела, а также единственно верный способ стать долгожителем. Две силы в организме обеспечивают сохранение влаги от порчи: естественная сила (обеспечивающая замену того, что исчезает из тела) и животная сила – заставляющая биться пульс.

Сохранение от порчи влаги в организме достигается соблюдением трех режимов, правильное взаимодействие которых и является залогом долголетия:

- 1) заменой исчезающей из тела влаги;
- 2) предотвращением причин, вызывающих и ускоряющих высыхание тела;
- 3) предохранением имеющейся в организме влаги от загнивания.

Согласно Авиценне, главное в искусстве сохранения здоровья и prolongации жизни – уметь соотносить семь факторов: гармонию, движение, питание, очищение, вес, дыхание, одежду.

Первый фактор: гармония (уравновешенность натуры).

Второй фактор: движение (уравновешенность физического и душевного движения, соблюдение режима сна и бодрствования). Авиценна считал, что «тело, находящееся в движении, не нуждается в лечении».

Третий фактор: диета (выбор пищи и питья).

Четвертый фактор: очищение от шлаков (очищение организма от излишков).

Пятый фактор: нормальный вес (сохранение правильного телосложения). Авиценна критикует как избыточную полноту, так и излишнюю худобу.

Шестой фактор: дыхание (улучшение выдыхаемого через нос воздуха). Одним из главных условий здоровья человека, как указывает Авиценна, является окружающая среда, в первую очередь, чистота воздуха, которым мы дышим.

Седьмой фактор: соответствие одежды. Приспособление одежды погоде (временам года) указано Авиценной в числе важных требований сохранения здоровья человека.

Идея о том, что вода в организме – основа жизни и долголетия, подтверждается многочисленными исследованиями. При старении происходят процессы дегидратации: значительно снижается концентрация воды в костной ткани и коже. Все чаще мы слышим советы и рекомендации совре-

менных ученых ежедневно пить воду в течение дня маленькими глотками до 2 л в день, для регуляции веса, для сохранения молодости кожи, для нормализации пищеварения и обменных процессов, для снятия головной боли, для работы органов и систем, и т.д.

Для сохранения и укрепления здоровья, поддержания молодости и достижения долголетия важно соблюдать здоровый образ жизни. И эта идея не нова, именно о ней говорил Авиценна, считая, что охрана здоровья равнозначна искусству жизни.

Авиценна также особо отмечает важность закаливания и физических упражнений в соблюдении здорового образа жизни, говорит о своеобразных упражнениях для каждой части тела и о пользе движения для людей разных возрастов. Таким образом, Авиценна создает основы теории физического воспитания, кодекс основ физической культуры, свод законов физических упражнений для поддержания здорового духа и тела, и достижения долголетия. Физические упражнения, необходимость использования массажа, воздействие бани на тело, также отмечались им как факторы защиты здоровья и достижения долголетия.

**Вывод.** Идеи древности и, прежде всего, идеи великого ученого, философа, врача Авиценны, находят свое отражение во всех современных науках о здоровье, представляя собой мощный теоретический фундамент, определяя основу их содержания.

#### Литература

1. Абу Али ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки. В 5 книгах. – Ташкент : «Фан», 1979-1981.
2. Алексин, А.Г. Педагогика здоровья / А.Г. Алексин, Ш.А. Амонашвили, Д.Ф. Мамлеев. – М. : Педагогика, 1990. – 288 с.
3. Вайнер, Э.Н. Валеология: Учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта: Наука, 2001. – 416 с.
4. Колбанов, В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб. : ДЕАН, 1998.
5. Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – М., 2002.

### ВЛИЯНИЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ НАГРУЗКИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ Е.В. Дорохов, Н.П. Горбатенко, О.А. Япрынцева, Д.А. Репина

*Воронежская государственная академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

**Резюме.** В статье дана комплексная оценка влияния экзаменационного стресса на психофизиологическое состояние здорового организма, представлены данные

об увеличении показателей личностной и ситуативной тревожности, активности симпатического отдела вегетативной нервной системы у большинства обследованных, что позволяет говорить о выраженном напряжении адаптационных возможностей человека в данный период учебного года.

**Ключевые слова:** психоэмоциональный стресс, адаптационные возможности, тревожность, индекс напряжения.

**Summary.** The article presents the comprehensive assessment of the impact of examination stress on the psychophysiological state of a healthy organism, present data on the increasing the level of personal and situational anxiety, activation of sympathetic nervous system at the majority of the examinees, this is says about of the increase adaptation abilities of human in this period of the school year.

**Key words:** psychophysiological stress, adaptive abilities, anxiety, tension index.

Психоэмоциональный стресс наиболее часто проявляется в функциональных изменениях различных физиологических систем, при этом интенсивность нарушений может варьировать от незначительных изменений (физиологический стресс) эмоционального состояния до развития достаточно серьезных заболеваний (дисрегуляторные нарушения). Стрессорные реакции подразделяются на психоэмоциональные, поведенческие, интеллектуальные и физиологические проявления стресса, которые выражаются в изменениях ритма дыхания показателей сердечно-сосудистой системы, появлении тремора, дрожании голоса, увеличения скорости сенсомоторной реакции и др. При стрессе обычно страдают все стороны интеллектуальной деятельности, в том числе эмоции, память и внимание [2].

Тревога как первичная эмоция с её физиологическими, психологическими и когнитивными компонентами является адекватной реакцией на опасную ситуацию или её ожидание. Проблема тревожности – одна из наиболее актуальных проблем в современной психофизиологии. Среди негативных переживаний человека тревожность занимает особое место, она часто приводит к снижению работоспособности, продуктивности деятельности, к трудностям в общении.

Ситуативная тревожность проявляется как реакция человека на различные социально-психологические стрессоры (ожидание экзамена, страх перед экзаменатором, возможность получить неудовлетворительную оценку). Личностная тревожность, как свойство темперамента, определяет индивидуальные особенности реагирования на различные стрессоры, т. е. склонности человека воспринимать угрозу своему «Я» в самых различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением ситуативной тре-

возности. Величина личностной тревожности характеризует, насколько часто индивидууму приходилось испытывать ситуативную тревожность [1].

Цель исследования – оценка степени личностной и ситуативной тревожности студентов во время экзаменационной сессии.

В исследовании приняли участие 53 здоровых студента II курса стоматологического факультета Воронежской государственной медицинской академии. Для оценки показателей уровня ситуативной и личностной тревожности, индекса напряжения использовали АПК «Истоки здоровья». Анализ показателей уровня тревожности и индекса напряжения в период учебного семестра и во время экзамена позволил отразить влияние экзаменационной нагрузки на психофизиологическое состояние студентов.

Уровень личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину среди студентов, обследованных в течение учебного семестра, составлял  $37,53 \pm 1,04$  балла. Пониженной личностной тревожностью характеризовались 23% обследованных студентов, средний уровень личностной тревожности имели 55%, высокий уровень – 22% студентов. Средний уровень ситуативной тревожности, определенной в течение учебного семестра среди студентов, составлял  $36,76 \pm 1,49$  баллов. Большинство студентов (70%) характеризовались умеренным уровнем ситуативной тревожности, высокий уровень ситуативной тревожности наблюдался у 21% студентов, низкий – у 9%.

Перед экзаменом показатели ситуативной и личностной тревожности значительно возрастали, достигая в среднем  $49,51 \pm 1,07$  и  $45,45 \pm 0,78$  балла соответственно, что свидетельствует о достаточно высоком уровне реактивной и личностной тревожности у студентов во время экзаменов. Следует отметить, что в период экзамена резко возростал процент лиц, имеющих высокий уровень тревожности: 75,5% студентов характеризовались высоким уровнем ситуативной тревожности и 48,5% студентов – высоким уровнем личностной тревожности. В то же время полностью отсутствовали студенты, имеющие низкий уровень ситуативной и личностной тревожности.

Индекс напряжения – показатель, чувствительный к активации симпатической системы при стрессе, при котором величина индекса напряжения возрастает с 70 до 150 усл. ед. и более [1, 3]. В течение учебного семестра средние значения величины индекса напряжения среди студентов составляли  $85,35 \pm 6,18$  усл. ед. В период экзамена величина индекса напряжения, чувствительного к усилению тонуса симпатического отдела ВНС и, по мнению большинства авторов, являющегося стресс-индексом, резко возрастала до  $235,21 \pm 29,11$  усл. ед. Увеличение показателей индекса-напряжения, или стресс-индекса, выше 150 единиц отмечали у 55% студентов. При

оценке психологических проявлений стресса у данной группы студентов был выявлен высокий уровень личностной и ситуативной тревожности (табл.).

Таблица  
**Сравнительная характеристика показателей уровня тревожности и индекса напряжения в период учебного семестра и во время экзамена**

Показатель	Период учебного семестра	Экзамен
Ситуативная тревожность	$36,76 \pm 1,49$	$49,51 \pm 1,07$ *
Личностная тревожность	$37,53 \pm 1,04$	$45,45 \pm 0,78$ *
Индекс напряжения	$85,36 \pm 6,18$	$253,21 \pm 29,11$ *

Примечание: \* –  $p < 0,05$  по сравнению с учебным семестром.

Таким образом, в наших исследованиях среди студентов, обследованных во время экзамена, имело место сочетание повышенного уровня как личностной и ситуативной тревожности (высокий уровень нейротизма), так и величины индекса напряжения (симпатотония), что свидетельствует о выраженном психоэмоциональном стрессе и напряжении адаптационных возможностей организма.

#### Литература

1. Бабунц, И.В. Азбука анализа variability сердечного ритма / И.В. Бабунц, Э.М. Мириджанян, Ю.А. Машаех. – Ставрополь, 2002. – 112 с.
2. Дорохов, Е.В. Возможности спелеоклиматотерапии в коррекции показателей variability сердечного ритма у здоровых лиц с разным уровнем личностной тревожности / Е.В. Дорохов, Н.П. Горбатенко, Е.А. Павлова, О.А. Япрынцева // Экология человека. – Архангельск, 2013. – С. 60-64.
3. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.

#### ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: БЫТЬ ЗДОРОВЫМ – МОДНО И СТИЛЬНО

**Г.А. Ефимова**

*Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции  
Адмиралтейского района, Санкт-Петербурга, Россия*

**Резюме.** Заняться проектной деятельностью в области формирования навыков здорового и безопасного образа жизни у школьников послужила актуальная проблема: как сформировать у подростков осознанную мотивацию на сохранение и укреп-

ление своего здоровья, организовать содержательное наполнение свободного времени с целью действенной профилактики девиантного поведения. Основная идея нашей инициативы – сформировать у школьников такую мотивацию, чтобы заботиться о своем здоровье стало модным и стильным. Идея проекта: «Школа – территория здорового и безопасного образа жизни».

**Ключевые слова:** здоровье, школьники, мотивация, профилактика, образ жизни, досуг.

**Summary.** Do the project activities in the field of promoting a healthy and safe life-style served as an urgent problem: how to shape adolescents conscious motivation for a healthy lifestyle, organize content filling free time with a view to effective prevention of deviant behavior. The main idea of our initiative – to create such motivation at school students to care of the health became fashionable and stylish. Idea of the project: "School – the territory of a healthy and safe way of life".

**Key words:** health, school-children, motivation, prevention, way of life, leisure.

Одной из базовых задач школы является формирование у школьников навыков здорового и безопасного образа жизни и обучение умению сохранять свое здоровье. В настоящее время профилактическая работа в городе строится в соответствии с Законом Санкт-Петербурга о целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту».

В основном, подростки и молодежь воспринимают здоровье как данность и недостаточно серьезно относятся к его сохранению и укреплению. Сегодня процесс воспитания происходит в условиях, где есть риск приобщения к негативным привычкам и течениям в молодежной среде.

Здоровьесберегающие технологии, направленные на сохранение и укрепление здоровья детей, применяются на протяжении всего пребывания ребенка в школе: режим дня, режим питания, график прогулок. А вот работе, направленной на сохранение психического и социального здоровья детей, формирование мотивации на здоровый и безопасный образ жизни, от которого напрямую зависит: будет ребенок употреблять ПАВ или нет, в школах уделяется недостаточно серьезное внимание. Поэтому в области неспецифической профилактики зависимого поведения, направленной на социализацию и формирование у молодежи ценности здоровья и безопасного стиля жизни, а также для привлечения дополнительных ресурсов, обеспечивающих результативность этой работы, был разработан долгосрочный проект «Мой стиль – здоровый выбор».

**Цель проекта** – создание условий для успешной социализации и формирования у школьников мотивации к здоровому и безопасному образу жизни.

**Задачи:**

1. Развивать системный подход в формировании навыков здорового и безопасного образа жизни у школьников.
2. Формировать у подростков активную жизненную позицию за «здоровый выбор».
3. Воспитывать отношение к здоровью как к главной ценности в жизни.
4. Привлечь к участию в проекте всех участников образовательного процесса.

5. Совершенствовать здоровьесберегающие технологии, привлечь дополнительные ресурсы, найти партнеров-единомышленников.

Целевыми группами, на которые направлены мероприятия проекта, являются учащиеся образовательных учреждений 11-17 лет.

Зимой 2005 года в проекте участвовали 65 школьников, это был проект «Каникулы», летом – 300 школьников, а с 2006 года реализуется долгосрочный проект «Мой стиль – здоровый выбор». С 2011 года проект реализуется в рамках Программы образовательной системы (ПОС) Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. Проект может реализовываться как одно целое, но также и отдельными фрагментами, например, профилактическая программа для учащихся 6-7-х классов, «Соревнование классов, свободных от курения» или программа для волонтеров «Добровольческое движение, направленное на пропаганду ценности здорового образа жизни».

На осуществление идей проекта направлены все возможные ресурсы: техническое оснащение, групповая и индивидуальная работа с детьми, педагогами и родителями, повышение квалификации специалистов центра и образовательных учреждений района в области формирования навыков здорового и безопасного образа жизни.

В проекте «Мой стиль – здоровый выбор» используются здоровьесберегающие технологии, которые подразделяются на подгруппы:

- *Психолого-педагогические*, связанные с работой специалистов на психологических занятиях, тренингах, групповой и индивидуальной работе с детьми, родителями, педагогами.

- *Учебно-воспитательные:*

- формирование у школьников навыков жизненной компетентности;
- обучение грамотной заботе о своем здоровье, формированию культуры сохранения и укрепления здоровья учащихся;

– мотивация к ведению здорового образа жизни, предупреждение вредных привычек;

– как справиться со стрессом;

– постановка и достижение жизненных целей.

• *Социально-адаптирующие и личностно-развивающие*, включают деятельность, обеспечивающую формирование и укрепление физического, психологического и социального здоровья учащихся и педагогов, повышение ресурсов психологической адаптации личности. Это целенаправленные социально-психологические тренинги для всех участников образовательного процесса.

Для осуществления идеи проекта разработан комплекс мероприятий (игры по станциям, конкурсы, акции, выставки, спартакиады, соревнования, деловые игры, семинары, конференции и др.), который ежегодно корректируется в зависимости от поставленных целей и задач.

В рамках проекта создан и работает добровольческий клуб «Вита». Команда учащихся-волонтеров пропагандирует ценности ЗОЖ среди младших школьников и своих сверстников. Для дальнейшего развития волонтерского движения по пропаганде идей здорового и безопасного образа жизни среди несовершеннолетних планируется привлечение в команду волонтеров студентов ВУЗов.

В Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга 36 образовательных учреждений. Начиная с 2006 года, в мероприятиях проекта принимают участие представители всех школ. Это почти 10 тысяч школьников в возрасте от 7 до 17 лет, более 300 педагогов и родителей.

На реализацию проекта привлечен опыт и ресурсы органов местного самоуправления, депутатов, СМИ и других заинтересованных лиц, которые оказывают помощь и поддержку.

Активными участниками проекта являются Главы муниципальных образований Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. В проект вовлечены организации районных комитетов по спорту, социальной защите, молодежной политике, здравоохранению. Они оказывают помощь в проведении выставок, акций, конкурсов, спортивных праздников, деловых игр и игр по станциям.

Организационный ресурс проекта – сотрудники отдела психолого-педагогической профилактики зависимого поведения. Мы планируем основные направления, базовые мероприятия, определяем формы и методы деятельности в рамках проекта, разрабатываем положения мероприятий, сроки выполнения и ответственных.

На Всероссийском конкурсе школьных проектов в номинации «здоровьесберегающие технологии» в 2013 году проект был награжден Дипломом 1-й степени, в городском конкурсе антинаркотических программ, реализуемых для молодежи 14-30 лет, занял 2-е место в номинации «Инновационные социокультурные формы профилактики асоциального поведения среди молодежи».

Проект «Мой стиль – здоровый выбор» подтвердил свою актуальность и востребованность на данном этапе реализации. Повысился профессиональный и творческий потенциал команды специалистов, реализующей проект, и тем самым повысилась эффективность и результативность работы специалистов ОУ с детьми и подростками, родителями по сохранению и укреплению здоровья школьников.

Количество школьников, вовлеченных в социально-активную деятельность, направленную на здоровый и безопасный образ жизни, с каждым годом увеличивается. Участвуя в проекте, дети получают конкретный опыт ответственного отношения к своему здоровью.

Эффективность реализации проекта оценивается не только по количественным результатам вовлечения детей и подростков в различные виды положительной деятельности, но и от степени включенности родителей, ответственности администрации и педагогического коллектива ОУ за работу по сохранению и укреплению здоровья детей в своем учреждении.

С каждым годом количество участников проекта, присоединившихся к движению за здоровый и безопасный образ жизни, становится все больше. Начало реализации проекта – 2006 год, окончание – 2016 год.

#### ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ В.А. МОЦАРТА НА ДИНАМИКУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ

**Н.В. Казарцева, А.В. Сергиенко, Л.А. Киреева, Е.В. Дорохов**

*Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

**Резюме.** Исследовалось влияние музыки Моцарта на гемодинамические, вегетативные, моторные и психофизиологические показатели студентов. Показано, что под влиянием музыки существенно улучшаются показатели внимания, моторики, снижается коэффициент асимметрии, восстанавливается вегетативный баланс.

**Ключевые слова:** адаптация, музыкотерапия, Моцарт, управление функциональным состоянием студентов.

**Summary.** The influence of Mozart's music to the hemodynamic, vegetative, motoric and psychophysiological data of students. It was shown, that under the influence of Mo-

zart's music data of consideration and motorics function have significantly improved, asymmetry factor have reduced and vegetative balance have recovered.

**Key words:** adaptation, musicotherapy, Mozart, management of student's functional condition.

Переход к новым федеральным образовательным стандартам предполагает увеличение доли самостоятельных форм обучения в учебном процессе. Это, наряду с возрастными особенностями студентов младших курсов, создает дополнительную нагрузку на адаптивные механизмы и увеличивает и без того высокий риск развития дезадаптации у студентов [1,4]. Поэтому своевременная диагностика донозологических форм нарушения функционального состояния студентов позволит предупредить нежелательные отклонения, сформировать на научной основе здоровьесберегающие технологии учебного процесса [2]. Решение этой социально-экономической и медицинской задачи, разработка и внедрение эффективных средств профилактики и коррекции позволят сохранить адаптационный потенциал и здоровье будущих специалистов.

*Цель работы* – выявление влияния музыки Моцарта на гемодинамические, вегетативные и психофизиологические характеристики студентов.

*Материалы и методы исследования:* эксперименты проводились в течение учебного года на 30 студентах I-II курсов ВГМА, возраст испытуемых 17-21 год. Для оценки гемодинамики и вегетативного статуса определялись систолическое (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), ЧСС, вегетативный индекс Кердо, индекс Хильдебранта. В качестве индикаторов функционального состояния нервных центров использовали корректурную пробу, теппинг тест в модификации Е.П. Ильина. Все измерения проводили в первой половине дня, показатели определяли до и сразу после 20-минутного прослушивания музыки Моцарта (40-я симфония, маленькая ночная серенада).

*Результаты исследования* приведены в таблицах 1 и 2.

Анализ гемодинамических показателей свидетельствует о том, что нет различий в коэффициенте Хильдебранта и, следовательно, не обнаружено выраженных нарушений межсистемных соотношений. В то же время достоверные снижения ЧСС и ДАД после прослушивания музыки, наряду с отчетливой тенденцией снижения индекса Кердо, свидетельствуют о снижении дисбаланса вегетативной регуляции, обусловленного учебным стрессом и избыточной активацией симпатoadреналовой системы.

На основе анализа доступной литературы мы можем предположить, что такое влияние обусловлено восприятием музыки непрофессионалами

преимущественно правым полушарием, которое имеет более тесные связи с лимбико-ретикулярными структурами, ответственными за регуляцию вегетативных функций [3, 5].

Таблица 1

**Изменение гемодинамических показателей функционального состояния студентов после прослушивания музыки Моцарта**

Показатели	Прослушивание музыки		P
	до	после	
Систолическое АД, мм рт.ст.	109,5 ±11	121,4 ±3,5	
Диастолическое АД, мм рт.ст.	65,4 ±9,4	78,2 ±3,4	P=0,05
ЧСС, уд. в мин.	80,3±2,7	74,9±2,4	P=0,05
Вегетативный индекс Кердо	13,4±2,2	10,1±2,4	P=0,1
Коэффициент Хильдебранта	4,92 ±3,3	4,36 ±2,1	

Таблица 2

**Влияние прослушивания музыки Моцарта на моторные и психофизиологические показатели функционального состояния студентов**

Показатели	Прослушивание музыки		P
	до	После	
Макс. темп в первые 5 секунд теппинг-теста	33,4±1,45	35,1±1,56	
Сумма кол-ва движений кистей рук за 40 с	216,6±9,5	263,9±8,2	P=0,01
Коэффициент функциональной асимметрии рук	9,1±1,2	7,9±1,1	P=0,05
Коэффициент концентрации внимания	27,07±3,07	48,75 ±2,73	P=0,01
Кол-во ошибок на 1000 знаков	19,7 ±4,1	10,58 ±3,1	P=0,05

Анализ динамики психомоторных процессов под влиянием музыки позволил выявить существенное увеличение суммарной двигательной активности и снижение величины моторной функциональной асимметрии. Первое, вероятно, связано с феноменом «усвоения ритма» по А.А. Ухтомскому, тогда как снижение коэффициента функциональной асимметрии отражает более оптимизированные адаптивные стратегии межполушарного взаимодействия, снижение уровня тревоги и напряжения.

Исследование показателей внимания по результатам проведения корректурных проб продемонстрировало повышение коэффициента концентрации внимания и снижение числа ошибок после прослушивания музыки Моцарта. Вероятно, подобный эффект повышения работоспособности связан с активирующим воздействием музыки на лимбико-ретикулярные структуры.



Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что студенты младших курсов находятся в условиях учебного стресса, который предъявляет повышенные требования к адаптивным механизмам и создаёт угрозу срыва адаптации и снижения адаптационного потенциала. По этой причине поиск методов нелекарственной коррекции функционального состояния и здоровьесбережения студентов является актуальной задачей. По нашему мнению, таковыми могут быть методы метрономизированного дыхания, т.е. использование биологической обратной связи, музыкотерапии, в том числе и использование музыки Моцарта.

#### Литература

1. Антипова, О.С. Динамика психофизиологических показателей студентов в процессе различных форм учебной деятельности как показатель степени адаптированности / О.С. Антипова, А.В. Сергиенко, В.Н. Яковлев // Журнал теоретической и практической медицины. – 2010. – Т. 8, № 2. – С.157-161.
2. Баевский, Р.М. Введение в донозологическую диагностику / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М.: Слово, 2008. – 216 с.
3. Кэмпбел, Д. Дж. Эффект Моцарта / Д. Дж. Кэмпбел. – Мн., 1999. – 320 с.
4. Сергиенко, А.В. Оценка уровня здоровья и степени адаптированности студентов в процессе учебной деятельности / А.В. Сергиенко, В.Н. Яковлев, Е.А. Павлова, Е.Н. Фролихина // Здоровье человека – 6 : Материалы VI международного научного конгресса валеологов. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2011. – С. 188-190.
5. Шушарджан, С.В. Руководство по музыкальной терапии / С.В. Шушарджан. – М.: Медицина, 2005. – 450 с.

#### ПИТАНИЕ И ПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ АКТИВИЗАЦИИ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ПОГРАНИЧЬЯ Э. Клещевска<sup>1</sup>, Т. Клещевски<sup>2</sup>, А. Шпаков<sup>3</sup>, О. Бойко<sup>4</sup>, О. Агиевец<sup>5</sup>, М. Андрыщик<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Государственная высшая профессиональная школа в Сувалях, Суваляки, Польша;

<sup>2</sup>Медицинский университет в Белостоке, Белосток, Польша;

<sup>3</sup>Гродненский государственный университет им. Янки Купалы,  
г. Гродно, Республика Беларусь;

<sup>4</sup>Львовский национальный медицинский университет, г. Львов, Украина

<sup>5</sup>Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Республика Беларусь

**Резюме.** В качестве примера для возможной активизации валеологического образования могут быть использованы результаты, полученные при анкетировании большой группы студенческой молодежи. Совместная деятельность виртуального

коллектива нескольких вузов включает применение он-лайн анкеты на основе веб-приложения LimeSurvey.

**Ключевые слова:** питание, психоактивные вещества, здоровье, молодежь.

**Summary.** As an example for a possible activation vaeological education can be used the results obtained in the survey of a large group of students. Joint activities of virtual team include use online questionnaire-based on web application LimeSurvey.

**Key words:** nutrition, psychoactive substances, health, youth.

Проблемы формирования здоровья и профилактики патологии становятся все более актуальными в современном мире, и, следовательно, растет интерес к проявлениям здоровьесформирующего поведения молодежи и к общественному здоровью в целом. Здоровье является не постоянным состоянием, поэтому важно сохранить и улучшить его на всех этапах жизни, что гарантирует радость жизни и личное счастье. Для этого важным являются пропаганда здорового образа жизни и повышение уровня информированности по проблемам здравоохранения. Здоровый человек работает лучше, творчески, быстро приобретает навыки и может полностью использовать свои способности и творческую энергию [1]. Принципы здорового образа жизни находят отражение в валеологическом образовании, которое определяется созданием возможностей для обучения и изменения поведения человека в лучшую сторону [2].

Регион пограничья Польши, Беларуси и Украины является интересной территорией для исследований. Исходя из предположения, что знание социального восприятия проблемы является основой для продвижения деятельности, полученные результаты социологических опросов позволяют создать базу данных для определения и прогнозирования реальных угроз здоровью. Например, с одной стороны, можно оценить особенности питания, степень распространенности психоактивных веществ в молодежной среде региона, с другой – найти подходы для минимизации негативного влияния неблагоприятных факторов на здоровье и поведение человека. Поэтому международные исследования такого вида могут обеспечить ценный источник информации для всех заинтересованных.

В качестве примера разработки принципов валеологического образования на основе деятельности и результатов, полученных при анкетировании большой группы студенческой молодежи, представлено в сообщении. Совместная деятельность виртуального коллектива нескольких вузов включает три этапа. На первом из них были разработаны он-лайн анкеты на трех языках на основе веб-приложения LimeSurvey. Далее проводилось

социологическое исследование студентов в приграничных городах трех стран с повторными соцопросами на третьем этапе.

В статистическую обработку были внесены данные о питании и отношении к психоактивным веществам 381 студента первых курсов государственной высшей профессиональной школы в Сувалках (55% девушек и 45% юношей).

В обществе сложилось мнение, что студенты питаются нерегулярно, а количество приемов пищи у них недостаточное. К сожалению, исследования подтвердили данный стереотип поведения студентов. В основном питание респондентов является трехразовым. Несмотря на то, что 71% респондентов завтракают регулярно, 10% отмечают спорадичность приема пищи утром, а более 4% студентов никогда не завтракают. Неблагополучные последствия недостатка питания утром для ЦНС могут сказаться как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Регулярно обедают 73% респондентов (иногда – 6%), ужинают 62% студентов (нередко поздно вечером). Прием второго завтрака констатируют только 37%, а перекусывают во второй половине дня 26%.

На основе иерархического способа агломерации Warda проведена кластеризация моделей питания по сходству потребления продуктов и режиму питания. В результате получены две статистические группировки студентов, которые характеризуются отличительными пищевыми навыками и традициями, однако под влиянием факторов условий пребывания в вузе формируют похожий профиль питания.

Среди студентов первую группу образуют представители нерационального подхода в питании, отдающие предпочтение наряду с полезными морепродуктами, рыбой и стручковыми фас-фудам и энергетическим напиткам. Вторая группа включает в себя представителей студенчества, более рационально и сбалансированно подходящих к своему рациону, в котором часто присутствуют как зерновые и молочные продукты, так и мясо, птица, яйца и, особенно, фрукты и овощи.

74% опрошенных стремятся разнообразить свое питание и используют продукты здорового питания; 19% – не обращают внимания на качество своего питания, а 4% – негативно оценивают свое ежедневное питание.

По результатам нашего участия в международном исследовании Virtual Research Group следует отметить, что молодые люди, обучающиеся в приграничном вузе, позитивно настроены на употребление алкоголя. Декларируют употребление алкогольных напитков 1 раз в месяц 30% респондентов, 2-4 раза в месяц – 42%, а 13% могут выпивать и 2-3 раза в неделю. Более 5% студентов заявляют об употреблении алкоголя более 4 раз в

неделю. Считают себя абсолютными трезвенниками только 10% (при средневропейском показателе в 15%).

Следует признать позитивным факт, что 46% респондентов не курили и не курят, а 13% студентов курили ранее, но сейчас не курят. Отмечена и относительно небольшая группа курильщиков, обычно выкуривающих почти 1 пачку сигарет в день, но их значительно меньше, чем некурящих.

Выводы:

1. Образ жизни студентов оставляет желать лучшего, однако уровень знаний о правильном питании позволяет им вести здоровый образ жизни.
2. Алкоголь является неотъемлемой частью общения молодежи и часто сопровождает проведение свободного времени.
3. У студентов отсутствует мода на курение.
4. Студенты подтверждают важность здоровья как ценности, но в то же время сочетают это с рискованным поведением.

#### Литература

1. Kulmatycki, K. Zdrowie i dobrostan psychiczny / K. Kulmatycki // Edukacja zdrowotna. – Woynarowska B. (red). – PWN. – Warszawa, 2008. – s. 343-390.
2. Badanie używania substancji psychoaktywnych oraz postaw prozdrowotnych wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna / J. Kuczyński [et al.] // Probl. Hig. i Epidem. – 2011. – Т. 92, №4. – s.748-753.

### ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АДАПТАЦИИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА К УСЛОВИЯМ СТАЦИОНАРА

**М.Г. Ковязина**

*Государственный институт экономики, финансов, права и технологий,  
г. Гатчина, Ленинградская область, Россия*

**Резюме.** В статье рассмотрены особенности социально-психологической адаптации пожилых людей в стационарах во взаимосвязи с некоторыми направлениями использования здоровьесберегающих технологий.

**Ключевые слова:** социально-психологическая реабилитация, здоровьесберегающие технологии, госпитализм, этапы адаптации.

**Summary.** The article covers peculiarities of elderly people socio-psychological adaptation in hospitals in connection with some directions of using health-saving technologies.

**Key words:** socio-psychological rehabilitation, health-saving technologies, hospitalism, stages of adaptation.

Социально-психологическая адаптация пожилых людей является неотъемлемой частью их социальной реабилитации. В результате этого многогранного процесса личность приспосабливается и активно функционирует в новых условиях существования, несмотря на множественную соматическую патологию и стрессовую ситуацию.

Кроме медицинских услуг, пожилой человек в стационаре обязан получить максимум психологического комфорта и поддержки, а также иметь возможность разнообразно провести свой досуг, для улучшения качества жизни.

На специфику адаптации и реабилитации пожилых людей в условиях стационара влияют и их психо-социально-медицинские характеристики людей, а именно:

- преобладание граждан преклонного возраста;
- тяжелое состояние здоровья, ограниченная способность к самообслуживанию (в среднем 7 болезней на 1 проживающего);
- изменение психики, проявляющиеся в нарушениях памяти, расстройствах внимания, замедленном темпе мыслительных процессов, нарушениях моторики;
- ограниченная способность к передвижению;
- изменения личности, характерные для преклонного возраста: повышенная внушаемость, чуждость и эмоциональная «сухость», обидчивость, эгоцентризм.

Значимым обстоятельством, обуславливающим особенности социальной адаптации пожилых граждан в стационарах, является характеристика среды, условий проживания. Средовая ситуация в этих учреждениях характеризуется признаками, составляющими понятие «госпитализм»: монотонный образ жизни; ограниченность связей с внешним миром; бедность впечатлений; скученность, недостаток жизненного пространства; ограниченные возможности занятости; зависимость от персонала; недостаток бытового комфорта; регламентированность деятельности учреждения. В свою очередь, здоровьесберегающие технологии в стационаре должны быть направлены на нивелирование этих факторов.

Находясь в социальных отделениях, клиентам приходится налаживать новые социальные контакты. Необходимость подчинять свои жизненные интересы и поведение новым условиям и распорядку работы учреждения, иногда невнимательное или излишне покровительственное отношение персонала может ухудшить и без того неустойчивое нервно-психическое состояние пожилого человека. Присутствует и страх пожилого человека за свое здоровье, усиливающееся чувство одиночества и переживания за всё и вся, свойственные старческому возрасту.

О степени адаптации пожилых людей, проживающих в стационарных учреждениях, можно судить по такому показателю, как нервно-психическое напряжение (НПН) [1, 3].

Первая степень НПН, когда изменения самочувствия выражены слабо.

Второй степени НПН соответствует умеренное напряжение, проявляющееся в активности, заинтересованности, положительной эмоциональной окраске процесса деятельности.

Третья степень НПН – чрезмерное нервно напряжение проживающего в стационаре; психический и физический дискомфорт; жалобы на неприятные ощущения и переживания; снижение эмоционального фона; низкое настроение; состояние растерянности, тревоги, беспокойства; ожидание неблагоприятного исхода.

Социально-психологическая адаптация пожилого человека к условиям стационара осуществляется в три этапа, каждый из которых имеет свои особенности и формы работы, направленные на повышение качества жизни клиентов.

*Первый этап* включает первые дни, связанные с оформлением пожилого в стационар. На этом этапе представители администрации, медицинский персонал, психолог и другие сотрудники разъясняют вновь поступившему цели и задачи работы учреждения проводят первичный сбор данных, знакомят пожилого человека с распорядком дня, правилами поведения и проводят экскурсию по стационару. При этом используются разнообразные формы и методы: беседа, консультирование, рассказ о досуге и быте учреждения, опрос и др.

Все эти мероприятия способствуют улучшению адаптации поступивших, позволяют снизить неуверенность, тревожность, повысить самооценку, почувствовать себя нужным.

*Второй этап* заключается в размещении для проживания в доме-интернате. Данный этап характеризуется дополнительными эмоциональными нагрузками для пожилого человека. Перед ним встает проблема вынужденной адаптации к новым условиям с длительной перспективой.

Здесь важную роль играют такие факторы, как подбор комнаты, соседей, создание комфортного психологического климата, поддержание традиций и т.д. Для того чтобы наиболее эффективно помочь человеку на этом этапе, необходимо собрать сведения о его индивидуально-психологических особенностях.

В связи с этим может проводиться социально-психологическая диагностика, направленная не только на изучение индивидуальных особенностей

стей личности, но и на выявление его самочувствия, активности, настроения, склонности к конфликтам.

По итогам диагностики, для людей, имеющих проблемы в процессе адаптации, разрабатывается программа коррекционно-реабилитационных занятий.

*Третий этап* охватывает проживание в стационаре первые шесть месяцев. Здесь перед человеком встает проблема принятия окончательного решения: остаться в стационаре на постоянное место жительства или вернуться обратно (если это возможно). В этот период у человека происходит критическая оценка как социально-бытовых условий стационара, так и своих возможностей для адаптации к ним. Одним из наиболее эффективных методов работы на этом этапе является создание благоприятного психологического микроклимата.

По отношению к лицам пожилого возраста, находящимся в стационарах, рекомендуется введение дифференцированных реабилитационных режимов [2]:

- режим общественно-трудовой занятости – направлен на поддержание личной активности пожилых людей, способствует реализации их интересов, знаний и потребностей;
- лечебно-активизирующий режим – направлен на поддержание полезных навыков и умений, на сохранение бытовой адаптации;
- лечебно-охранительный режим – способствует сохранению функциональных способностей, поддержанию физических функций.

Указанные режимы должны соответствовать уровню активности пожилых людей, что позволяет адекватно направить усилия персонала на организацию социально-психической адаптации пожилых людей.

Одним из ведущих направлений социальной реабилитации является социально-бытовая адаптация, включающая в себя организацию жизни клиента в быту, обучение социально-бытовым навыкам, элементам самообслуживания для данной категории лиц.

Успех социальной реабилитации пожилых людей в стационарных учреждениях в определенной степени связан с вопросами оснащения этих учреждений техническими средствами реабилитации и соответствующим оборудованием. Внедрение эргономического оборудования в социальных стационарах для пожилых является актуальной здоровьесберегающей технологией для данной категории населения.

Технические средства и оборудование в стационарах используются в двух направлениях:

- для защиты самих пользователей с целью реабилитации восстановления (компенсации) функций и относительно независимого существования;
- для бытового обслуживания и медицинского ухода.

Первая группа средств, имеющих реабилитационное назначение, включает:

- специальные устройства, направленные на самостоятельное выполнение санитарно-гигиенических и бытовых навыков;
- средства, облегчающие передвижение;
- средства, способствующие участию в трудовой деятельности;
- приспособления, используемые для общения;
- средства, обеспечивающие проведение досуга.

Несмотря на то, что в последние годы в России развивается реабилитационная индустрия, обеспеченность пожилых людей техническими вспомогательными средствами остается невысокой [3]:

во-первых, пожилые люди с ограниченными возможностями не обеспечиваются техническими средствами реабилитации из-за отсутствия соответствующей законодательной базы;

во-вторых, вспомогательные средства часто бывают недоступны из-за высоких цен и из-за отсутствия информации о его производителях;

в-третьих, предоставляемый перечень реабилитационного оборудования предназначен в основном для решения проблем передвижения и совершенно не решает проблем самообслуживания.

Создание условий для относительно независимой жизнедеятельности пожилых людей возможно посредством обеспечения их техническими средствами реабилитации, которые компенсируют ограничения жизнедеятельности, вызванные нарушением здоровья.

#### *Литература*

1. Организация специализированного сестринского ухода / Н.Ю. Корягина [и др.]. – М., 2009.
2. <http://ecsocman.hse.ru>
3. <http://kurs.ido.tpu.ru>

ANTIOXIDANTS IN DIET OF STUDENTS FROM POLAND,  
BELARUS, RUSSIA AND LITHUANIA

E. Kolarzyk<sup>1</sup>, A. Shpakou<sup>2</sup>, E. Kleszczewska<sup>3</sup>, L. Klimackaya<sup>4</sup>, S. Laskiene<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Hygiene and Dietetics, Jagiellonian University,  
Medical College, Krakow, Poland;

<sup>2</sup>Department of Sport Medicine and Rehabilitation Yanka Kupala State University  
of Grodno, Belarus;

<sup>3</sup>State Higher Vocational School in Suwalki, Poland;

<sup>4</sup>VP Astafijev State Pedagogical University of Krasnoyarsk, Russia;

<sup>5</sup>Department of Philosophy and Social Sciences, Lithuanian University of Health Sciences,  
Kaunas, Lithuania

**Резюме.** Применение таких продуктов питания, как овощи, фрукты и растительные масла может значительно увеличить общий объем антиоксидантов в сыворотке крови и уменьшить окислительный стресс. Это напрямую связано с профилактикой хронических заболеваний, сердечно-сосудистой и онкологической патологии. Целью исследования было изучение состава рационов питания 1517 студентов-медиков из четырех стран. В целом потребление антиоксидантов было невысоким и ни в одной из групп (Польша, Беларусь, России и Литвы) не придерживались принципов рациональности питания: неудовлетворительное потребление фруктов, овощей и растительного масла. Нами разработана веб-страница для студентов, чтобы повысить их знания в контексте формирования меню.

**Ключевые слова:** студенты, антиоксиданты, питание, анкета для оценки питания.

**Summary.** Diet rich in antioxidant foods like vegetables, fruit and vegetable oils can significantly increase total antioxidants in serum and decrease the oxidative stress. That is directly connected with prophylaxis of chronic disease, specifically: cancer and heart diseases. The aim of study was examination of diet composition among 1517 medical students of four nationalities in context of nutrition. Antioxidant consumption was low and did not adhere to guidelines, none of examined group (Polish, Belarusian, Russian and Lithuanian) eaten fruit or vegetables or vegetable oil every day. We developed web page for students (at none medical faculties) to facilitate their nutrition, offering them free, properly balanced and cheap menus ready for use.

**Key words:** students, antioxidants, diet, food frequency questionnaire.

**Introduction.** The current literature data indicate that diet enriched with multicomponent antioxidant foods, may significantly increase total hydrosoluble antioxidants in serum and decrease the oxidative stress [1]. Lots of dietary antioxidants may contribute to cellular protection against radicals and other ROS. The

main source of antioxidants in food are fruits and vegetables, containing vitamins E, C and carotenoids. Vitamin E (8 structural isomers of tocopherols/tocotrienols) is one of the most widely distributed antioxidants in nature and it is the primary chain-breaking antioxidant in cell membranes [2]. Among these,  $\alpha$ -tocopherol is the best known and possesses the most antioxidant activity [3]. Unfortunately antioxidants bioavailability from raw fruits and vegetables is low and remain a problem. The heat treatment of fruits and vegetables may increase their bioavailability but simultaneously it may lead to creation of cis-isomers. Currently, the specialists in nutrition consider the diet enrichment in functional foods because an antioxidant diet with bioactive components could be very important in primary prophylaxis for degenerative disorders in which oxidative stress is increased [1].

*The aim of the study* was to evaluate the diet of medical university students from Poland, Belarus, Russia and Lithuania and to assess the differences in the consumption frequency of fruits, vegetables and vegetables fats as the sources of dietary antioxidants.

*Material and methods.* There were 1517 medical university students (mean aged  $20,9 \pm 1,97$  years) from four countries under examination: 614 – Poland (PL) from Universities in Krakow and Bialystok: 421 women and 193 men; 303 – Belarus (BY) from University in Grodno: 183 women and 120 men; 284 – Russia (RUS) from University in Krasnoyarsk: 222 women and 62 men; 316 – Lithuania (LT) from University in Kaunas: 159 women and 157 men.

For every studied person the basic measurements were done: body weight and height (and on the basis of them Body Mass Index was calculated). Fatty body mass was measured by infrared interactance method with the use of Futrex 6100/ZL, FUTREX INC., Western Maryland Parkway, Hagerstown

The frequency of fruits, vegetables and vegetables fats consumption during last month before examination was estimated. Questionnaire of Food Products Frequency Intake was used. This questionnaire was validated and recommended by the National Food and Nutrition Institute in Warsaw, Poland. The anthropometric and nutritional parameters were compared between female and male students using Tukey's test and differences were considered to be significant for  $p < 0.05$ . The statistical program STATISTICA for Windows (version 9.0) was used for the data analysis.

*Results and discussion*

Even though there were statistically significant differences between nations, all mean values of BMI and body fat (%) were within the proper range according to WHO guidelines.

Table 1

**Anthropometric characteristics of female and male students**

Parameter	*	Poland (1)		Belarus (2)		Russia (3)		Lithuania (4)		T- test p<0,05
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	
Height [m]	W	1.66	0.07	1.68	0.05	1.66	0.06	1.70	0.06	4:1;4:3
	M	1.80	0.07	1.81	0.06	1.79	0.08	1.84	0.07	4:1;4:3
Body weight (kg)	W	59.3	0.57	58.1	7.85	61.9	10.91	62.6	10.64	4:2;4:1
	M	75.7	10.80	74.8	10.40	76.5	13.78	77.1	11.17	4:2; 3:2
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	W	21.6	2.98	20.6	2.51	22.5	4.16	21.6	3.27	3:2
	M	23.4	2.76	22.8	2.84	23.9	3.55	22.9	2.83	ns
Body fat (%)	W	24.1	5.50	20.6	5.64	23.1	6.43	22.6	6.95	1:2; 3:2
	M	15.2	5.31	14.2	6.60	19.5	5.56	10.8	5.17	1:4; 3:4

\* W – women; M – men. X – arithmetic mean; SD – standard deviation. Interpretation of Tukey's test (T test): e.g. 1:2 means that there is statistically significant difference (p<0,05) between Polish and Belarusian students; 4:3 - between Lithuanians and Russians

Table 2

**The consumption frequency of examined food products in the groups of women and men**

Poland	Belarus	Russia	Lithuania
<i>eaten once a month</i>			
Margarine	Olive oil	Margarine	Margarine
Beans, peas	Beans, peas, soya, lentil	Soya, lentil	Soya, lentil
Soya, lentil			
<i>2-3 times a month</i>			
Olive oil	Margarine	Vegetable juice	Jams, candied fruits
Jams, candied fruits	Jams, candied fruits	Beans, peas	
		Jams, candied fruits	
<i>eaten once a week</i>			
Sunflower, soya-bean oil	Vegetable juice		Sunflower, soya-bean oil
Fruitland vegetable juice	Jams, candied fruits		Fruit and vegetable juices
<i>2-3 times a week</i>			
	Sunflower, soya-bean oil	Sunflower, soya-bean oil	
	Potatoes	Vegetables, Fruit juice	

<i>eaten 4-6 times a week</i>			
Fruit	Vegetables	Fruit	Fruit
Potatoes	Fruit	Potatoes	Potatoes

**Men**

Poland	Belarus	Russia	Lithuania
<i>eaten once a month</i>			
	Margarine	Margarine	Beans, peas
	Soya, lentil	Soya, lentil	Soya, lentil
<i>2-3 times a month</i>			
Margarine	Beans, peas		Margarine
Beans, peas			Fruit juice
<i>eaten once a week</i>			
Sunflower, soya-bean oil	Jams, candied fruits	Sunflower, soya-bean oil	Vegetable juice
Fruit juice		Vegetable juice	Jams, candied fruits
<i>2-3 times a week</i>			
	Sunflower, soya-bean oil	Vegetables	Vegetables
	Vegetables, Fruits	Fruits	Fruits
<i>eaten 4-6 times a week</i>			
Vegetables, Fruits	Potatoes	Potatoes	Potatoes
Potatoes			

According to Food-Based Dietary Guidelines (FBDG created by the National Nutrition Institute in Warsaw and Polish Ministry of Health: available at [www.izz.waw.pl](http://www.izz.waw.pl)) healthy diet should contained four portions of vegetables and three portions of fruits and vegetable oils and soft margarines. The comparison of these guidelines and Russian, Belarusian and Lithuanian national nutrition advices showed no significant differences. The examined students did not fulfill these requirements. The students used to eat fruits, vegetables and vegetable oils too rarely and none of examined nations eaten fruit or vegetables or vegetable oil every day.

Simultaneously it is worth to mention that literature data indicate that adequate consumptions of fruits and vegetables in combination have synergistic beneficial effect on antioxidant properties leading to further diminution of risk of chronic disease, specifically for cancer and heart disease [4]. Currently, the recommendation is to increase the intake of multicomponent diet (mix of fruits, vegetables and functional foods) and it should have favorable outcome for health and well-being.

**Conclusion**

1. Analyzed diets did not adhere to guidelines even among medical students

2. It can be assumed that pure knowledge cannot directly improve nutrition, thus we developed a helpful website, available for students, with ready, handfull and properly balanced examples of daily menus.

3. Nutrition guidelines should be included in curricula at different faculties, not only at dietetics or medical faculty.

**References**

1. Butnariu, M. Design management of functional foods for quality of life improvement / M. Butnariu, A. Caunii // *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. – 2013. – Vol. 20, № 4. – P. 736-741.
2. The free oxygen radicals test (FORT) to assess circulating oxidative stress in patients with acute myocardial infarction / L. Lorgis [et al.] // *J. Atherosclerosis Res*. – 2010. – Vol. 213. – P. 616-621.
3. Linares, E. The Effect of NeOpuntia(R) on Blood Lipid Parameters-Risk Factors for the Metabolic Syndrome (Syndrome X) / E. Linares, C. Thimonier, M. Degre // *Adv Ther*. – 2007. – Vol. 24. – P. 1115-1125.
4. Haptoglobin serum levels are independently associated with insulinemia in overweight and obese women / G. De Pergola [et al.] // *J. Endocrinol. Invest*. – 2007. – Vol. 30. – P. 399-403.

УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНЫЙ ПРОЦЕСС  
ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ  
И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

**Р.И. Купчинов**

*Минский государственный лингвистический университет,  
Минск, Республика Беларусь*

**Резюме.** В статье рассмотрены вопросы о подходе к учебно-тренировочному процессу по физическому воспитанию подрастающего поколения, связанные с использованием средств и методов лечебной физической культуры в работе с занимающимися с низким уровнем психофизического состояния и имеющие отклонение в состоянии здоровья. Рекомендуются современные подходы для занятий с этим контингентом, такие как развивающе-тренировочный и подготовительно-профилактический.

**Ключевые слова:** состояние здоровья, лечебный подход, психофизическое состояние, двигательная нагрузка, развивающе-тренировочный подход, подготовительно-профилактический подход, эффективные занятия.

**Summary.** Problems concerning approach to teaching and training process in physical education of younger generation are raised in this article. They are closely connected with ways and methods of therapeutic physical education which are widely used in interaction with people having psycho-physical state of low level as well as health deviations. Modern approaches to exercises with this kind of contingent such as teaching-developing and preparatory-preventative are highly recommended.

**Key words:** health status, medicinal way, psychophysical status, motion loading, developing-training manner, preparing-preventing manner, effective lessons.

За последние два десятилетия число студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, увеличилось более чем в 5 раз. По данным медицинского обследования: студенток в подготовительную медицинскую группу определяется 28,0-30,0%, специальную – 18,0-20,0% и группу ЛФК – 8,0-9,0%. К этому следует добавить, что при приеме контрольных нормативов по физической подготовленности около 70-75% девушек и 65-70% юношей, отнесенных к основной медицинской группе, показывают результаты ниже удовлетворительного уровня.

Увеличение числа школьников и студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья и низкий уровень физической подготовленности, привело к тому, что при работе со школьниками и студенческой молодежью не только в подготовительном, специальном учебных отделениях, но и в основном отделении стали использовать методику проведения занятий физическим воспитанием, так называемой лечебной физической культуры.

Следует отметить, что работники физической культуры не были готовы к проведению учебно-тренировочного процесса по физическому воспитанию с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья. Поэтому в работе с этим контингентом был принят опыт лечебной физической культуры. Именно использование лечебного подхода в физическом воспитании, при котором отрицается адекватная двигательная нагрузка, педагогическое тестирование и контроль за психофизическим состоянием здоровья занимающихся, привело к реальному состоянию со здоровьем подрастающего поколения.

Теория охранительной медицины с середины 30-х годов прошлого века до настоящего времени убедила и продолжает убеждать всех, в т.ч. специалистов, отвечающих за здоровье нации, что любая двигательная нагрузка сопровождается тратами основного капитала – здоровья, которое природа отпустила каждому при рождении в ограниченном количестве. Поэтому здоровье нужно беречь путем ограничения двигательных нагрузок. Эта теория подтверждается заключениями, написанными врачами в

справках – «освободить от физических нагрузок (бега, прыжков, кроссовых занятий и т.п.)». Это приходится очень кстати многим учителям и преподавателям физического воспитания, которые превращают занятия физическим воспитанием в свободно проводимое время вместо того, чтобы объяснять, убеждать учащихся в пользе двигательной нагрузки для здоровой и счастливой жизнедеятельности.

Научно доказано, что малыми двигательными нагрузками нельзя достигнуть удовлетворительного уровня психофизического состояния, сколько бы их ни повторять. При отношении к двигательным нагрузкам надо учитывать, что в организме взрослого человека «присутствует» вся история его тренировки в период возрастного развития.

Достичь необходимого эффекта при занятиях физическими упражнениями можно лишь при тренирующем воздействии нагрузок с соблюдением основных принципов физического воспитания: систематичности (последовательность, регулярность нагрузок), постепенности (постепенное повышение нагрузок, обеспечивающее развитие функциональных возможностей), академичности (индивидуализация нагрузки). Чтобы принять этот тезис, каждый занимающийся здоровьем подрастающего поколения должен дать себе ответ на вопрос, что предъявит ли природа другие требования к детородной деятельности женщин, имеющим отклонение в состоянии здоровья. Автор предполагает, что нет.

Следует отметить, что люди, имеющие отклонения в состоянии здоровья, – не больные и их надо готовить к предстоящей полноценной жизнедеятельности. Поэтому передовая практика рекомендует в работе с этим контингентом использовать современные подходы к учебно-тренировочному процессу, такие как развивающе-тренировочный и подготовительно-профилактический.

Целью развивающе-тренировочного подхода является его направленность на индивидуальный прирост показателей психофизического состояния к исходному уровню с учетом генетической предрасположенности, типа телосложения и психологических свойств личности в начале этапа подготовки.

Направленность учебно-тренировочного процесса при развивающе-тренировочном подходе заключается: во-первых, в соответствии двигательной нагрузки психофизическому состоянию занимающихся; во-вторых использование эффективных средств физического воспитания, которыми являются средства с большими энергозатратами в единицу времени, совершенствующие сердечно-сосудистую и дыхательную системы, укрепляющие костно-мышечную систему, повышающие сопротивляемость орга-

низма к неблагоприятным факторам окружающей среды. Это подход используется для занимающихся, имеющих низкий уровень психофизического состояния и незначительные отклонения в состоянии здоровья.

Подготовительно-профилактический подход применяется в занятиях физическим воспитанием с занимающимися, имеющими отклонение в состоянии здоровья, т.е. отнесенные к специальной медицинской группе. Целью занятий с этим контингентом является направленность на повышение функциональных возможностей сердечно-сосудистой, дыхательной систем и скелетной мускулатуры (называемая периферическими «сердцами» человека), а также умение использовать имеющийся двигательный потенциал в разнообразных двигательных действиях как базы для использования индивидуально регламентируемых двигательных нагрузок. Специализированные комплексы для профилактики и восстановления систем и органов, имеющих отклонение от нормы, должны использоваться как индивидуальные дополнительные средства во время учебного процесса и для домашних заданий.

При подготовительно-профилактическом подходе необходимо соблюдать ряд методических правил. Постепенно увеличивать нагрузку, не перегружая организм, а наоборот, давая ему возможность адаптироваться, справляться со все более и более длительными и сложными заданиями, используя следующие способы: увеличение частоты занятий, продолжительности, плотности и интенсивности занятий; постепенное расширение средств, увеличение сложности и амплитуды движений.

При использовании средств физического воспитания эффективным можно считать занятие, при котором за 45 минут энергозатраты составили 350-400 ккал. Качественной нагрузкой для студентов считается такая, которая позволяет потратить за одно занятие (80-90 мин) 600-700 ккал. Этот минимум можно реализовать при выполнении объема средств, используемых на занятиях, при следующей интенсивности: 30% времени (от общего времени занятий) при ЧСС – 100-120 уд/мин или 112-115 ккал, 50% – при 130-160 уд/мин или 325-335 ккал, 20% – при 160-180 уд/мин или 150-160 ккал. Энергозатраты за одно занятие в пределах 250-300 ккал являются не эффективными или малополезными для улучшения психофизического состояния здоровья занимающихся.



БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ  
В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**В.Ю. Мерзляков**

*Тихоокеанский океанологический институт им. В.И. Ильичева  
Дальневосточного отделения Российской академии наук, г. Владивосток, Россия*

**Резюме.** Целью работы является исследование биологически активной добавки (БАД) «Kaliphen» для профилактики метаболических реакций нарушений организма медицинских работников в процессе профессиональной деятельности. До начала эксперимента в плазме крови обследованных наблюдалось истощение системы антиоксидантной защиты. Ежедневный прием профилактической дозы полифенолов позволяет избежать нарушений обмена веществ возникающих из-за стресса и расширить профессиональную и биологическую долговечность работоспособного населения.

**Ключевые слова:** стресс, хирург, врач, экстракт калины, плазма.

**Summary.** Aim is to study the biologically active additives (BAA) «Kaliphen» for the prevention of metabolic disorders of the body reactions of health workers in the course of professional activities. Prior to the experiment in plasma surveyed observed depletion of the antioxidant defense system. Daily intake of prophylactic dose of polyphenols avoids metabolic disorders arising due to stress and enhance professional and biological durability of the working age population.

**Key words:** stress, surgeon, doctor, the extract of viburnum, the plasma.

**Введение.** На работников медицинской сферы (биохимиков, стоматологов, хирургов, анестезиологов и др.) влияют химические, биологические и физические факторы производственного характера. Сотрудники этой социально значимой профессии подвергаются также психоэмоциональному воздействию, обусловленному ответственностью за здоровье и жизнь других людей. На первом этапе наблюдается напряжение системы антиоксидантной защиты вследствие увеличения индукции свободных радикалов при окислении катехоламинов в печени цитохромом P-450. При хроническом воздействии стресса наступает предел прочности системы и запускается механизм перекисного окисления липидов (ПОЛ), из-за чего нарушается пространственно-структурная целостность мембран, их проницаемость и функционирование мембраносвязанных ферментных комплексов. В итоге истощается резерв адаптации и формируется оксидативный стресс, который обуславливает стрессорные заболевания или болезни адаптации (синдром хронической усталости, язвы желудочно-кишечного тракта, гипертоническая болезнь, атеросклероз и др.). Это делает актуаль-

ным расширение и углубление научных исследований, направленных на разработку здоровьесберегающих технологий, программ для профилактики и воссоздания здоровья в различных сферах профессиональной деятельности. Наиболее перспективным и легкодоступным решением данной задачи является введение в ежедневный рацион биологически активных добавок растительного происхождения с высокой антиоксидантной активностью (полифенольные соединения). Это природные биологически активные вещества, которые входят в состав растительных продуктов, традиционно употребляемых человеком в пищу и эволюционно адаптированных для человека (виноград, ягоды, яблоки, какао, вино, сидр и т.д.). В связи с этим была создана и предлагается к употреблению биологически активная добавка к пище «Калифен» (свидетельство на товарный знак № 228327, ТУ 9168-079-00480052-07), которая была выделена из калины (*Viburnum sargenti* Koehne) и запатентована как средство, обладающее антирадикальной активностью (патент № 2220614). Калифен – водно-спиртовой экстракт, представляющий собой композицию различных классов веществ: лейкоантоцианов, катехинов и их полимерных форм, олигомерных танинов, лигнина, флавонолов, органических кислот (фумаровой, аскорбиновой, глицериновой, галактуроновой и др.), свободных аминокислот (гистидина, аргинина, аспарагиновой и глутаминовою кислот, треонина, серина, глицина, цистеина, метионина, изолейцина, тирозина и др.), сахаров (сахарозы, рафинозы) и других органических соединений. Полифенолы составляют свыше 60% сухого остатка экстракта.

**Целью работы** явилось использование биологически активной добавки (БАД) «Калифен» для профилактики нарушений метаболических реакций организма медицинских работников в процессе профессиональной деятельности.

**Материалы и методы исследований.** Проведено обследование женщин врачей лечебно-профилактических учреждений г. Владивостока в возрасте 40-50 лет. В 1-ю группу (контрольную) включено 20 здоровых доноров женщин сопоставимого с обследуемыми возраста; во 2-ю группу – 27 врачей (анестезиологи и хирурги), подвергающихся в течение рабочего дня комплексному стрессовому воздействию (химический, психоэмоциональный, напряженность трудового процесса и др.), которым после биохимического обследования крови было предложено ежедневно утром после еды принимать в течение 6 недель по 2,5 мл БАД «Калифен» (они составили 3-ю группу). Доза в 2,5 мл соответствует профилактической дозе в 100 мг общих полифенолов в сутки [1]. Состояние антиоксидантной си-

стемы оценивали по величине антирадикальной активности крови, активности супероксиддисмутазы (КФ 1.15.1.1), малонового диальдегида [2, 4].

*Результаты исследований и их обсуждение.* При первичном биохимическом исследовании плазмы крови врачей (2-я группа до приема калифена) была обнаружена более высокая активность супероксиддисмутазы (СОД) ( $882 \pm 5,0$  ед. по сравнению с  $822 \pm 28$  ед. активности/мл крови в контроле;  $p < 0,05$ ). Полученные результаты свидетельствуют о напряжении системы антиоксидантной защиты организма, что подтверждается уменьшением величины общей антирадикальной активности (АРА) ( $10,84 \pm 0,23$  против  $12,27 \pm 0,09$  ед. тролокса/мл плазмы в контроле;  $p < 0,001$ ). Данный факт определяет сниженную защиту мембранных структур клеток от разрушительного действия активных форм кислорода и гидроксил-радикалов, что лежит в основе формирования оксидативного стресса. Увеличение концентрации в крови малонового диальдегида (МДА) ( $3,94 \pm 0,29$  мкмоль/мл против  $2,38 \pm 0,08$  мкмоль/мл в контроле;  $p < 0,001$ ) определяет активацию перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Для сохранения работоспособности и здоровья медицинских работников была проведена фармакологическая профилактика с помощью БАД «Калифен», обладающего антиоксидантными и антирадикальными свойствами. Применение калифена в течение 6 недель (3 группа) сопровождалось восстановлением до контрольных величин (1-я группа) активности СОД ( $785,43 \pm 6,58$  ед.), МДА ( $2,75 \pm 0,30$  нмоль/мл), АРА ( $12,35 \pm 0,22$  ед. тролокса/мл).

Для выяснения биохимических механизмов протекторного эффекта калифена мы провели сравнение исследованных биохимических параметров до и после приема БАД (2-я и 3-я группы). Так, в плазме крови 3-й группы по сравнению с таковыми величинами во 2-й группе на 5% ( $p < 0,001$ ) снизилась активность СОД и на 30% ( $p < 0,01$ ) уменьшилось содержание малонового диальдегида. Прием калифена сопровождался ростом антирадикальной активности на 14% ( $p < 0,001$ ).

Влияние производственных условий на медицинских работников лечебно-профилактических учреждений г. Владивостока сопровождается выраженной картиной изменений метаболических реакций, характерных для воздействия стресса. Профилактическое использование БАД «Калифен» нормализует каскады метаболических реакций. Кроме того, растительные полифенолы, входящие в состав БАД, имеют способность улавливать свободные кислородные и пероксильные радикалы, образуя при этом относительно стабильный феноксил-радикал. Это в значительной степени сдерживает процессы перекисного окисления липидов и снимает состояние

оксидативного стресса. В результате уменьшается уровень малонового диальдегида и увеличивается антирадикальная активность, что свидетельствует об увеличении антиоксидантного статуса. Это оправдывает применение БАД с полифенольными комплексами и в профилактических целях до стрессового воздействия, и в качестве терапевтических в процессе его развития и после завершения.

#### Литература

1. Венгеровский, А.Н. Доклиническое изучение гепатозащитных средств / А.Н. Венгеровский, И.В. Маркова, А.С. Саратиков // Вестник фарм. комитета. – 1999. – № 2. – С. 9-12.
2. Гончаренко, М.С. Метод оценки перекисного окисления липидов / М.С. Гончаренко, А.М. Латина // Лаб. дело. – 1985. – № 1. – С. 60-61.
3. Новгородцева, Т.П. Руководство по методам исследования параметров системы «Перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита» в биологических жидкостях / Т.П. Новгородцева, Э.А. Эндакова, В.И. Янькова. – Владивосток: Изд-во Дальневосточного университета, 2003. – С. 45-48.
4. Antioxidant activity applying an improved ABTS radical cation decolorization assay / R. Re [et al.] // Free Radic. Biol. Med. – 1999. – Vol. 26, № 9-10. – P. 1231-1237.

#### ВАЛЕОЛОГИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КАК ОДНА ИЗ ЗАДАЧ ТьюТОРСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ВУЗА

**Л.В. Мороз**

*Вологодский государственный педагогический университет, г. Вологда, Россия*

**Резюме.** Статья посвящена исследованию проблем тьюторского сопровождения и его задач в современном вузе. Автор делится опытом исследований особенностей адаптации студентов-первокурсников и рассматривает вопросы формирования здоровья в условиях вуза.

**Ключевые слова:** тьюторское сопровождение, валеологизация, адаптация, здоровье, образовательное поле.

**Summary.** This article is devoted to research of problems of tutor support and tasks in the modern higher school. The author shares his experience of research adaptation to first year students and addresses issues of health formation in the conditions of the University.

**Key words:** tutor support, valeologization, adaptation, health, educational field.

Создание насыщенной мобильной образовательной среды в условиях современного вуза, применение новых методик преподавания, внедрение

инновационных личностно-ориентированных методов и технологий подразумевают изменение у студентов-первокурсников сложившихся в школе стереотипов учебной деятельности.

Практика показывает, что вчерашний школьник не готов к таким изменениям. Отсутствие у современных студентов навыков самостоятельной работы, систематичности в освоении новых дисциплин, рационального распределения учебного времени, межличностные конфликты с одногруппниками – все это может привести к дезадаптации.

Валеологизация учебного процесса – одна из составляющих успешного освоения студентами образовательной среды. Необходимым условием ее реализации является наличие в вузе системы тьюторского сопровождения.

Адаптация к условиям учебно-воспитательного процесса (УВП) – длительный процесс, обусловленный как специфическими, так и неспецифическими факторами, включая поведенческие, бытовые и т.д. В ходе тьюторского сопровождения можно выделить ряд последовательных этапов, каждый из которых имеет свои валеологические цели и задачи. Остановимся более подробно на первом.

Одним из наиболее важных является подготовительный (диагностический) этап сопровождения. Исследование показывает, что большинство студентов-первокурсников руководствуются внешними мотивами поступления в педагогический вуз, так как профессия учителя теряет свою престижность. Небольшой конкурс среди поступающих и достаточное количество бюджетных мест являются решающими факторами при выборе места обучения. Более 50% опрошенных считают, что диплом об окончании вуза дает дополнительное преимущество при поступлении на работу. Каждый третий респондент отмечает престиж выбранного вуза и факультета. При этом уже на начальном этапе обучения 12,5% первокурсников имеют тенденцию к мотивации на неудачу. Неспособность к достижению успеха, неуверенность в своих силах отражаются в учебной сфере (данные студенты имеют низкий рейтинг по итогам промежуточного тестирования по дисциплинам), провоцируют увеличение уровня тревожности и, как следствие, более затяжной период адаптации данных студентов. Более 30% первокурсников имеют признаки умеренной дезадаптации (наибольший процент – 41,7% – студенты физико-математического факультета).

75% респондентов считают, что здоровый образ жизни заключается в отсутствии вредных привычек и соблюдении гигиенических норм. Отсутствие хронических заболеваний, по мнению студентов, также свидетельствует о том, что человек ведет правильный образ жизни.

По мнению 60% студентов, основная причина плохого самочувствия на парах – несоблюдение режима сна и отдыха. При этом у 42% студентов отсутствует желание заниматься спортом. 70% респондентов жалуются на нехватку свободного времени и большую учебную нагрузку (35%). К старшим курсам отмечается тенденция к снижению острой заболеваемости. На естественно-географическом факультете (ЕГФ) она более выражена, т.к. большинство студентов – девушки, которые более внимательно относятся к своему здоровью.

Что касается педагогов, их деятельность, направленная на формирование физического и психического здоровья, видится студентами как обучающая и информирующая, в то же время 25% респондентов отводят преподавателям лишь контролирующую функцию. Таким образом, большая часть студентов осознает, что здоровье во многом зависит от активной личной позиции, но ведет при этом достаточно пассивный образ жизни.

У 56% студентов ЕГФ наблюдается высокий уровень тревожности, что связано как с личностными особенностями, так и сложностью адаптации обучающихся в новой референтной группе. Девушки в исследуемых группах более эмоционально нестабильны, тревожны, но при этом более мотивированы на успех.

В ходе изучения психофизиологических особенностей студентов было выявлено, что первокурсники исторического факультета имеют отличный словарный запас, развитое абстрактное мышление, достаточно выраженную мотивацию на успех (60,4%), стремление к креативности и творчеству. Именно на этом факультете работает культмассовый сектор, проводится достаточно много разноплановых внутрифакультетских и межвузовских мероприятий. Данные студенты на итоговом тестировании по предметам медико-биологического блока ежегодно показывают максимальный балл.

Таким образом, сравнительный анализ студентов трех факультетов Вологодского государственного педагогического университета, несмотря на специфику обучения, позволяет выявить некоторые общие тенденции: низкий уровень мотивации студентов первого курса, высокий уровень тревожности, затяжной период адаптации к УВП.

Следовательно, в ходе тьюторского сопровождения должны решаться две основные задачи. Первая – образовательная, которая подразумевает на начальном этапе сопровождения в ходе анкетирования, тестирования (включая предметы медико-биологического блока, которые изучаются на первом курсе), личных бесед, групповых занятий, выявление познавательных интересов студентов, определение их базовых компетенций и формирование первичного образовательного запроса.

Второй задачей в реализации тьюторской деятельности является валеологизация учебно-воспитательного процесса с целью создания «здорового образовательного поля». В ходе мониторинга социально-валеологических показателей студент составит с помощью тьютора портфолио, куда войдут не только достижения в учебе, но и паспорт здоровья, составленный с участием медработников вуза, служб психологической помощи и консультирования, данные могут быть собраны в процессе изучения дисциплин медико-биологического блока.

Конечным продуктом сопровождения должно быть не только составление индивидуального «образовательного профиля», но и личного «вектора здоровья» (назовем его так), т.е. программы, которая обеспечит направление в дальнейшей здоровьесберегающей деятельности как самого студента, так и вуза в целом.

Организация образовательного пространства вуза с учетом индивидуальных особенностей каждого студента – безусловно, сложная, но выполнимая задача. Успешность ее реализации зависит от всех участников учебно-воспитательного процесса. На выходе мы должны иметь не просто конкурентоспособного специалиста, но и здорового в самом широком смысле этого слова человека. Уровень здоровья студента должен являться одним из важнейших показателей эффективности вуза.

ВОПРОСЫ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ТЕМПУС  
«БЕЗОПАСНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА НА ТЕРРИТОРИЯХ,  
ПОСТРАДАВШИХ ОТ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ»

**И.А. Наумов, С.П. Сивакова**

*Гродненский государственный медицинский университет,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

**Резюме.** На основе методологического анализа оценена эффективность валеологических подходов в подготовке специалистов второй ступени высшего образования (магистратура) в рамках реализации проекта ТЕМПУС «Безопасность человека (охрана окружающей среды, контроль качества продуктов питания, охрана здоровья, социально-правовая защита) на территориях, пострадавших от радиоактивного загрязнения».

**Ключевые слова:** валеология, магистратура, радиоактивное загрязнение.

**Summary.** We evaluated the effectiveness of valeological approaches in the training specialists of the second stage of higher education (magistracy) on the basis of methodological analysis. The research was performed as part of the TEMPUS project «Human

Security (environment, quality of food, public health and society) on Territories Contaminated by Radioactive Agents».

**Key words:** valeology, magistracy, radioactive contamination.

В современных условиях не вызывает сомнений необходимость подготовки специалистов, владеющих современными междисциплинарными подходами к обеспечению безопасности населения, которое проживает на территориях, пострадавших от радиоактивного загрязнения [1]. Однако в настоящее время подготовка таких специалистов все еще осуществляется различными профильными университетами в рамках узкопрофессионального подхода [3]. На преодоление сложившейся ситуации направлены мероприятия проекта 530644-TEMPUS-1-2012-1-ES-Tempus-JPCR «Human Security (environment, quality of food, public health and society) on Territories Contaminated by Radioactive Agents» («Безопасность человека (охрана окружающей среды, контроль качества продуктов питания, охрана здоровья, социально-правовая защита) на территориях, пострадавших от радиоактивного загрязнения»), в котором в качестве одного из университетов партнеров с 2013 года участвует Гродненский государственный медицинский университет.

**Цель работы** – оценить эффективность валеологических подходов в подготовке специалистов второй ступени высшего образования (магистратура) в рамках реализации проекта ТЕМПУС «Безопасность человека (охрана окружающей среды, контроль качества продуктов питания, охрана здоровья, социально-правовая защита) на территориях, пострадавших от радиоактивного загрязнения».

**Материалы и методы:** методологический анализ исследуемой проблемы.

**Результаты и обсуждение.**

В соответствии с принятым Кодексом об образовании Республики Беларусь (2011) первая программа для подготовки специалистов высшего образования второй ступени (магистратура) на кафедре общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» была разработана в 2011 г. В этом же году в соответствии с типовым учебным планом была разработана и утверждена программа спецкурса для специальности высшего образования второй ступени (магистратура) 1-798018 Гигиена «Особенности влияния на состояние здоровья современных технических средств, используемых в быту и меры профилактики».

В 2012 г. на кафедре общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» была

разработана и утверждена новая учебная программа для специальности высшего образования второй ступени (магистратура) 1-798018 Гигиена, включающая следующие разделы: гигиена питания; гигиена детей и подростков; коммунальная гигиена; гигиена труда; радиационная гигиена.

Разработанный учебно-методический комплекс включает нормативную документацию, материалы к семинарским занятиям, учебно-методические материалы, тесты для самоконтроля, контрольные вопросы по материалу практических занятий, ситуационные задачи для оценки практических навыков, экзаменационные вопросы к выпускному экзамену, критерии оценки знаний магистранта, учебно-методическую карту, информационно-методическую часть. Издан сборник методических материалов [2].

В 2013 г. на основе типового учебного плана второй ступени высшего образования (магистратура) с целью реализации проекта 530644-TEMPUS-1-2012-1-ES-Tempus-JPCR «Human Security (environment, quality of food, public health and society) on Territories Contaminated by Radioactive Agents» разработана и утверждена новая программа спецкурса по специальности 1-798018 Гигиена «Безопасность человека (охрана окружающей среды, контроль качества продуктов питания, охрана здоровья, социально-правовая защита) на территориях, пострадавших от радиоактивного загрязнения».

Программа спецкурса на основе изучения опыта европейских университетов-партнеров и междисциплинарного подхода дополнительно к основам гигиенических знаний по данному предмету включает разделы:

- радиоактивность, дозы облучения, радиочувствительность;
- облучение, обусловленное техногенно измененным радиационным фоном;
- радиационные аварии;
- принципы снижения дозовых нагрузок на организм;
- законодательные акты и права человека на загрязненных территориях;
- организация питания населения, проживающего в зонах радиационного загрязнения;
- функционирование географических информационных систем (SNUNEI) и IT-технологий;
- принципы снижения облучения при проживании на загрязненных территориях;
- охрана здоровья населения, проживающего на территории, загрязненной радионуклидами.

Целью преподавания и изучения спецкурса является приобретение магистрантом углубленных знаний о влиянии на состояние здоровья насе-

ления разных возрастных групп неблагоприятных факторов, обусловленных загрязнением территории радионуклидами, о гигиенической донозологической диагностике данных состояний, о нормативно-правовой базе профессиональной деятельности в области валеологии, радиационной гигиены, общественного здоровья и здравоохранения, а также подготовка магистранта к научно-педагогической и научно-методической, организационно-управленческой деятельности в данной области.

При этом задачами профессиональной деятельности магистранта являются планирование и проведение научных исследований в области профилактической медицины; оценка и прогнозирование перспективных направлений научных гигиенических исследований; сбор, обработка, анализ и систематизация научной информации по теме исследования, выбор методик и средств решения проблемы; организационно-управленческая деятельность в организациях здравоохранения; использование достижений науки и передовых технологий в области профилактической медицины.

По нашему мнению, освоение учебной программы позволит обеспечить достижение следующих компетенций:

- академических: получить углубленные научно-теоретические методологические знания и умения, обеспечивающие проведение научных исследований и непрерывного самообразования;
- социально-личностных: сформировать личностные качества и умения, которые позволят будущему специалисту следовать нравственным ценностям, а также обеспечить способность к социальному и межкультурному взаимодействию;
- профессиональных: приобрести углубленные знания по вопросам валеологии, а также специальным дисциплинам, сформировать способность разрабатывать и внедрять инновационные проекты, осуществлять непрерывное профессиональное самосовершенствование.

Таким образом, в рамках обучения на второй ступени высшего образования (магистратура) на основе валеологических подходов к обучению планируется подготовить специалистов, владеющих современными междисциплинарными подходами к обеспечению безопасности населения, которое проживает на территориях, пострадавших от радиоактивного загрязнения.

#### *Литература*

1. Двадцать лет после Чернобыльской катастрофы: последствия в Республике Беларусь и их преодоление. Национальный доклад / под ред. В.Е. Шевчука, В.Л. Гурачевского. – Минск: Госкомчернобыль, 2006. – 112 с.

2. Наумов, И.А. Подготовка специалистов высшего образования второй ступени (магистратура) по специальности 1-79 80 18 Гигиена / И.А. Наумов, С.П. Сивакова. = Naumov, I.A. Master training on speciality 1-79 80 18 Higiene / I.A. Naumov, S.P. Sivakova. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 100 с. Grodno: GrSMU, 2013. – 100 p.
3. Социально-экономические последствия чернобыльской катастрофы (на примере Брянской области) / Н.В. Герасимова [и др.] // М.: Комтехпринт, 2006. – 32 с.

#### СЕЗОННАЯ ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ НАГРУЗКИ

**И.В. Попков, А.В. Кубышкина, Е.В. Дорохов**

*Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко,  
г. Воронеж, Россия*

**Резюме.** Вегетативная регуляция здорового человека постоянно изменяется, это происходит в связи с действием факторов окружающей среды и адаптацией организма к ним. Для студентов одними из основных факторов окружающей среды, которые постоянно меняются в течение семестра, являются климатические, адаптацию к режиму обучения, информационная нагрузка, стресс во время экзаменов и зачётов. В данной работе мы оцениваем совокупность влияния этих факторов в разные периоды семестра и делаем вывод об их влиянии на организм студента, что в будущем позволит дать рекомендации по коррекции учебной нагрузки и улучшению адаптационных возможностей студентов.

**Ключевые слова:** вегетативная регуляция, информационная нагрузка, климатические факторы, вариационная кардиоинтервалометрия, вариационная термоалгометрия, студенты.

**Summary.** Vegetative regulation of a healthy person is changing permanently, it is due to the influence of environmental factors and adaptation to it. For students environmental factors are climatic, adaptation to training mode, big concentration of information, stress during exams and tests. In this article we estimate all of these factors in different periods of the term and make conclusion about influence on the student's organism, to give in the future recommendations for correction student's workload and improve adaptive capabilities of students.

**Key words:** vegetative regulation, information load, climatic factors, variational cardiointervalometry, variational thermoalgotometry students.

Поддержание здоровья и адаптационных возможностей студентов является актуальной задачей, т.к. именно в период студенчества состояние здоровья зачастую ухудшается, приобретаются различные хронические заболевания. Так, например, по данным Оренбургской медицинской академии, процент студентов первого курса, относящихся к 3-й группе здоровья,

в 2011 году составил 15,9%, а среди студентов шестого курса – 99,3%. То есть больше половины студентов «получают» хроническую патологию в течение обучения в вузе. Переход любого заболевания в хроническую форму связан с феноменом дезадаптации, а значит избежать этого можно, изучая и поддерживая на высоком уровне адаптационные возможности организма студентов. В течение одного учебного семестра на студента постоянно влияют различные факторы окружающей среды. Меняются климатические условия. В начале обучения, после выхода их из каникулярного периода студент адаптируется к новым режимам сна и бодрствования, труда и отдыха, к информационной нагрузке. В конце семестра информационная нагрузка повышается в связи с зачётами и подготовке к ним. В период сессии изменения более индивидуальны и зависят от метода подготовки к экзаменам, однако независимо от этого также изменяется режим дня, повышается стрессовая нагрузка. В связи с вышесказанным считаем актуальной работу по изучению динамики вегетативной регуляции в течение семестра.

**Цель работы** – изучить сезонную динамику изменения вегетативного гомеостаза в условиях различной информационной нагрузки.

**Материалы и методы.** В эксперименте приняли участие 35 студентов второго курса ВГМА имени Н.Н.Бурденко. Они были обследованы методами вариационной термоалгометрии на АПК «РУНО» и вариационной кардиоинтервалометрии на АПК «Психофизиолог» четыре раза в течение четвёртого семестра. Первое обследование производили в феврале, во время адаптации к учебному процессу в зимних климатических условиях. Второе – в апреле, когда адаптация к условиям обучения уже произошла на фоне мягкой весенней погоды, после потепления. Третье – в конце мая – начале июня, в условиях, когда смены режима дня не произошло, но увеличились информационная и стрессовая нагрузки в связи с предэкзаменационными зачётами на фоне оптимальных погодных условий. Четвёртое исследование проводили в июне во время экзамена по нормальной физиологии. В это время режим дня сменился на индивидуальный, и студенты находились в условиях экзаменационного стресса. Во время каждого исследования оценивали следующие показатели: спектральный индекс (СИ), вариационный размах (ВР), индекс напряжения (ИН) по Баевскому, мощности медленных волн первого (LF) и второго (VLF) порядков, мощность дыхательных волн (HF), отношение LF/HF, индекс функциональных отклонений по системам, по сумме которых определяли уровень факторов риска по пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой и мочеполовой системам. Все данные статистически обработаны по критериям Вилкоксона и Колмогорова-Смирнова в программе SPSS Statistics ver. 20.

Индекс напряжения по Баевскому достиг своего минимума в апреле и достоверно отличался от данных февраля и исследования во время экзамена, что говорит о наилучшем состоянии вегетативной регуляции, и соответственно адапционных возможностях в середине семестра. Спектральный индекс имел достоверную положительную динамику в течение всего семестра, что говорит о положительном влиянии тёплых погодных условий на адапционные возможности организма. Однако стоит также отметить, что в условиях летнего исследования и приблизительно одинаковых климатических условий, индекс напряжения по Баевскому достоверно не изменился, тогда как спектральный индекс достоверно увеличился в период сессии по сравнению с третьим исследованием. Этот факт даёт возможность предположить увеличение адапционного резерва организма во время сессии в связи с увеличением продолжительности сна между экзаменами, индивидуализацией режима дня и труда и отдыха. Высокий индекс напряжения может быть обусловлен стрессовой нагрузкой экзамена, тогда как спектральный индекс изменяется медленнее и отражает общий адапционный резерв организма.

Эту гипотезу подтверждает и достоверный рост отношения LF/HF в мае по сравнению с первым и четвёртым исследованиями, что указывает на рост влияния симпатического отдела и на быстрое истощение ресурсов организма во время одновременного поддержания режима обучения и стресса и информационной нагрузки, вызванными подготовкой и сдачей зачётов. Все данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

## Показатели функционального состояния студентов

Исследование	BP, мс	ИН, у.е.	VLF, мс <sup>2</sup>	LF, мс <sup>2</sup>	HF, мс <sup>2</sup>	LF/HF	СИ, у.е.
Первое	299,37 ±27,17	127,14 ±20,02	2638,21 ±576,19	1740,64 ±239,84	1297,79 ±331,65	2,40 ±0,43	710,60 ±48,52
Второе	367,21 ±28,49	90,98 ±17,86*	2638,11 ±382,42	2488,38 ±325,99	1806,67 ±435,74	2,58 ±0,54	776,31 ±53,53**
Третье	310,06 ±33,84	136,40 ±31,98	1863,67 ±437,32	2776,04 ±565,01	969,25 ±261,86	3,53 ±0,54*	884,14 ±86,21**
Четвёртое	292,75 ±46,16	142,74 ±27,84	1847,55 ±460,85	1894,02 ±484,24	757,55 ±168,78	2,49 ±0,35	935,11 ±73,75**

\*  $p < 0,05$  по критерию Колмогорова-Смирнова по сравнению с первым и четвёртым исследованиями;

\*\*  $p < 0,05$  по критерию Вилкоксона по сравнению с предыдущим исследованием

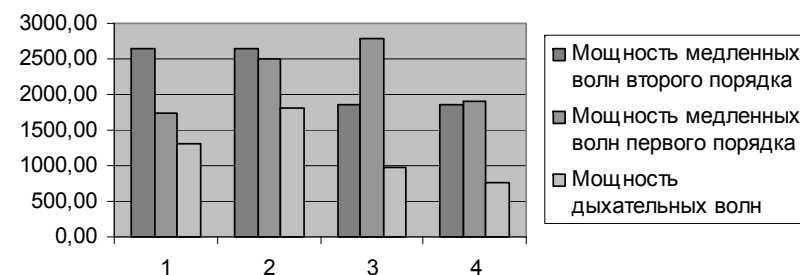


Рис. Спектральный анализ variability сердечного ритма в различные периоды учебного семестра

Если рассмотреть спектральный анализ, то из рисунка видно, что в начале семестра высокому ИН и наиболее низкому СИ соответствует преобладание медленных волн второго порядка, что говорит о влиянии высших центров регуляции на вегетативный гомеостаз, в апреле мы видим наиболее ровную картину влияния различных отделов регуляции, что и отражается в высоких адапционных возможностях организма в этот период.

Во время зачётов мы видим резкое повышение активности симпатического отдела, что говорит о быстром истощении ресурсов адаптации в этот период. В период экзаменационного стресса видно практически одинаковое значение мощности волн VLF и HF, что произошло из-за снижения активности симпатического отдела.

**Вывод.** Наиболее благоприятным периодом является середина семестра, так как во время других исследований отмечалось напряжение вегетативной регуляции по различным причинам. Так, в начале семестра происходит адаптация организма к новым условиям труда и отдыха, что активизирует высшие отделы регуляции вегетативного гомеостаза, в конце семестра эти влияния уменьшаются вследствие и для компенсации информационного стресса и поддержания режима труда учебного типа активируется симпатический отдел ВНС. В период сессии показатели спектрального анализа снова выравниваются, но в день экзамена отмечаются высокие значения индекса напряжения по Баевскому, что связано с экзаменационным стрессом.

## Литература

1. Демин, С.А. Спектральный индекс гистограммы распределения порогов боли в оценке динамики состояния пациента / С.А. Демин, И.Ф. Демина, А.М. Василенко

- // Тезисы Российской научно-практической конференции «Патологическая боль». – Новосибирск, 1999. – С. 44-45.
- Хаспекова, Н.Б. Диагностическая информативность мониторинга вариабельности ритма сердца / Н.Б. Хаспекова // Вестник аритмологии. – 2003. – № 32. – С. 15-24.
  - Дорохов, Е.В. Количественная оценка уровня здоровья людей разных возрастных групп / Е.В. Дорохов, В.Н. Яковлев, И.В. Попков // Материалы научной конференции с международным участием «Центральные и периферические механизмы эмоционального стресса». – 2012. – С. 21-22
  - Дорохов Е.В., Яковлев В.Н, Попков И.В., Дорохов Е.В., Яковлев В.Н, Попков И.В // Материалы международной научно-практической конференции – Курск: КГМУ. 2013. – с. 50-55.

#### ФАКТОРЫ РИСКА И ФОРМИРОВАНИЕ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ СТУДЕНТОВ

**А.И. Шпак<sup>1</sup>, С.П. Сивакова<sup>2</sup>, М. Томулевич<sup>3</sup>, И.А. Наумов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный университет имени Янки Купалы,

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

г. Гродно, Республика Беларусь,

<sup>3</sup>Высшая Медицинская Школа в Белостоке, г. Белосток, Польша

**Резюме.** Определен и проанализирован уровень распространенности психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотических средств) в молодежной среде. Изучены особенности про- и антинаркотической жизненной позиции студентов, с выявлением факторов риска, а также предложены методы первичной и вторичной профилактики.

**Ключевые слова:** про- и антинаркотическая жизненная позиция, студенты, профилактика.

**Summary.** We identified and analyzed the prevalence of psychoactive substances (tobacco, alcohol, drugs) among young people. Also, we studied the life position of students on this problem with the identification of risk factors and after that we suggested the methods of primary and secondary prevention.

**Key words:** position of students about psychoactive substances, prevention.

**Введение.** В массовом сознании и бытовой культуре молодежи, в том числе и студентов, нередко формируется устойчивый социально-психологический стереотип, согласно которому потребление некоторых психоактивных веществ рассматривается как допустимый и модно-образцовый стандарт поведения, проявление привычного образа жизни. Обзор литературы на тему потребления населением стран Восточной Европы алкогольных напитков, наркотических и токсических веществ указывает на суще-

ствование устойчивой тенденции роста их потребления [1]. Причем темпы роста потребления психоактивных веществ (ПАВ) особенно высоки среди подростков и молодежи в связи с неподготовленностью девушек и юношей к самостоятельной жизни, неумением активно строить свою жизненную позицию, в том числе антинаркотическую, и неудовлетворенностью жизнью [3].

Для изменения данной ситуации с целью предупреждения и уменьшения влияния комплекса причин и условий, способствующих потреблению ПАВ, в Беларуси были разработаны и приняты Закон Республики Беларусь «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах», а также ряд государственных программ по противодействию наркомании, предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма [2]. Тем не менее, по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, удельный вес студентов в контингенте всех потребителей ПАВ все еще достаточно высок и составляет около 10%, а среди нарко- и токсикоманов – 4%. В связи с этим проведение социологических исследований групп молодежи, с изучением особенностей пронаркотической ориентации и антинаркотической жизненной позиции студентов, позволяющей на ранних этапах выявить факторы риска, прогнозировать ситуацию и заблаговременно нивелировать выявленные негативные тенденции путем разработки скрининга, мониторинга и проведение профилактических мероприятий является актуальным.

**Цель работы** – сравнительный анализ и оценка взаимосвязи про- и антинаркотической жизненной позиции, с акцентом на проблему распространенности и изучение факторов, способствующих росту потребления ПАВ студенческой молодежью, а также разработка мероприятий первичной и вторичной профилактики.

**Материалы и методы.** Для проведения исследований использован социологический метод. Применена анкета ПАВ-10, созданная на основе модифицированной анкеты ESPAD, с использованием веб-приложения Lime Survey. Опрошены более 4000 студентов университетов Калининграда (Россия), Каунаса (Литва), Люблина, Белостока, Сувалок (Польша), Львова (Украина), а также городов Гродно и Бреста (Беларусь), что позволило на репрезентативном статистическом материале провести исследование по выявлению социальных и психологических факторов риска, способствующих пронаркотической ориентации и приобщению к ПАВ студенческой молодежи.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что с точки зрения распространения и потребления ПАВ студенческая молодежь представляет собой группу повышенного риска в сравнении с другими контингентами



населения, а результаты эпидемиологии ПАВ среди студентов в приграничных городах имеют определенные отличия с учетом анти- или пронаркологической позиции.

Так, доля лиц, употреблявших наркотические средства, среди студентов составила 22,7% (женщин – 18,0%, мужчин – 34,9%).

Частота потребления наркотических веществ (хотя бы один раз в жизни) была максимальной среди студентов польских университетов, превышая 30%, и распределилась следующим образом: Сувалки – 36,7%, Белосток – 34,0%, Люблин – 33,3%, Каунас – 31,0%, Брест – 23,6%, Львов – 19,9%, Гродно и Калининград – по 16,9%.

По частоте потребления ведущие места среди наркотических средств занимали марихуана – 78,3%, экстази – 56,4%, насвай – 36,9% и ингалянты – 32,3%.

При сочетанном приеме наиболее часто применяли марихуану и насвай – 67,2% (гродненские и каунасские студенты), марихуану с экстази – 59,6% (белостокские, сувальские и люблинские студенты). Для девушек всех групп наиболее характерен бесконтрольный прием лекарственных средств – 48,6% (седативные, транквилизаторы и др.), а также экстази – 32,4%.

Актуальной проблемой является также сочетанное потребление с наркотиками и других ПАВ (преимущественно, алкоголь, особенно крепкий), рассматриваемых как пронаркологические факторы. Так, имевшие контакт с наркотиками весьма часто употребляли и спиртные напитки (за последний месяц – 87,2%), отдавая в 34,7% случаев предпочтение водке, коньяку или бренди.

Первый опыт употребления наркотиков респонденты получили в возрасте 14-20 лет (средний показатель – 17,1±1,9 лет). Нами были определены два критических возрастных периода, на которые приходится пик частоты инициации употребления наркотических средств: это – 14 лет (проба вдыхания токсических веществ – в 90% случаев), а также возраст 17-19 лет, когда впервые употребляли марихуану и другие, более сильные наркотики.

Наиболее частыми мотивами потребления ПАВ называли «удовлетворение любопытства» – 89,2%, «желание получить приятные ощущения» – 74,7%, «уход от жизненных проблем» – 67,9%, «влияние друзей и знакомых» – 56,1%. Причем «желание получить приятные ощущения» и «удовлетворение любопытства» как факторы риска начала потребления наркотических веществ преобладают у студентов, имевших контакт с наркотическими веществами, практически во всех городах.

Основными поставщиками наркотиков в среде студентов являлись: в Гродно – распространители (78,4%), в Белостоке – знакомые, коллеги и друзья (72,7%), в Каунасе – распространители и знакомые (по 61,8%).

Установлено, что уровень доступности ПАВ в Белостоке и Каунасе в 2-2,5 раза выше, чем в Гродно. Максимально быстро можно приобрести наркотики в Сувалках (61,3% респондентов считают, что это можно сделать в течение нескольких часов), а также в Люблине (51,7%) и Каунасе (44,2%). В городах Беларуси, Львове и Калининграде только от 10% до 20% респондентов предполагают возможность быстрой доставки наркотика к потребителю.

Установлено, что для большинства студентов характерна активная антинаркотическая позиция – 86,4% респондентов (в Калининграде, Гродно и Львове – более 90%), которая преимущественно формируется под влиянием средств массовой информации, зависит от общего уровня образования и характеризуется менее выраженным уровнем потребления других ПАВ (алкоголь, курение) – более 70% опрошенных во всех университетах.

Признаки пронаркологической ориентации отмечены у 5,7% опрошенных, а группу «колеблющихся» составили 7,9% студентов. Причем главными причинами начала наркопотребления считаются «удовлетворение любопытства», «желание получить приятные ощущения», «повышение настроения». Кроме того, пронаркологическая ориентация связана с высокой частотой потребления алкоголя и курением – более 80% опрошенных во всех университетах.

Самый высокий процент студентов (10% и выше) с пронаркологической ориентацией оказался в Сувалках, Белостоке и Люблине. Среди студентов этих же городов велика доля студентов (более 10%), отнесенных к группе «колеблющихся», что указывает на возможный риск трансформации жизненной позиции у части молодежи в сторону пронаркологической ориентации.

*Выводы.* Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о том, что профилактические мероприятия должны предусматривать информационно-образовательный подход для формирования у молодежи представлений, основанных на здоровом образе жизни, препятствующих приобщению к потреблению ПАВ (первичная профилактика) и разработку умений и навыков активной психологической защиты (вторичная профилактика).

#### Литература

1. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Handbook for surveys on drug use among the general population. Final report. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2009. – Режим доступа: <http://www.emcdda.eu.int>, HBSC

- Protocol for 2009. – Режим доступа: [http://www.hbsc.org/publications/research\\_protocols.html](http://www.hbsc.org/publications/research_protocols.html).
2. Об утверждении Государственной программы комплексных мер противодействия наркомании, незаконному обороту наркотиков и связанным с ними правонарушениям в Республике Беларусь на 2009–2013 годы // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.pravo.by/main.aspx?guid=3871&p0=C20801634&p2={NRPA}>. – Дата доступа: 20.07.2013.
  3. Аксючиц, И.В. Структура мотивов, детерминирующих склонность студентов к употреблению наркотиков / И.В. Аксючиц // Весці БДПУ. Серыя 1. – 2007. – № 1 (51). – С. 60–64.

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДИСКУССИЙ

### СОЦИАЛЬНАЯ ЭВОЛЮЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Г.Л. Апанасенко

*Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, Киев, Украина*

**Резюме.** Перед человечеством стоит проблема, значимость которой пока не осознаётся в достаточной мере ни общественностью, ни наукой – биологическая деградация вида *Homo sapiens*. Она проявляется ускоренным темпом старения, снижением «количества» здоровья (жизнеспособности), эпидемией хронических неинфекционных заболеваний, снижением репродуктивной функции, рождением ослабленного потомства и др. Всё это является следствием снижения устойчивости неравновесной термодинамической системы (живого) по причине «митохондриальной недостаточности» на современном этапе социальной эволюции.

**Ключевые слова:** валеология, здоровье, социальная эволюция, хронические неинфекционные заболевания, темп старения, митохондриальная недостаточность.

**Summary.** It is problem in front of mankind, the significance of which is not yet sufficiently aware neither the public nor the science – biological degradation of the species *Homo sapiens*. It is an accelerated rate of aging, reducing the number of "health" (viability), the epidemic of chronic non-infectious diseases, reduced reproductive capacity, the birth of a weaker offspring, etc. All this is a consequence of the reduced stability of non-equilibrium thermodynamic system (live) on the grounds of "mitochondrial failure" at the present stage of social evolution.

**Key words:** valeology, social evolution, chronic non-infectious diseases, the pace of ageing, mitochondrial insufficiency.

В эволюции нашей планеты можно выделить несколько аспектов: астрофизический (формирование материков, воздушной среды, климата и пр.); биологический (появление жизни и её развитие) и социальный (формирование и развитие человеческого общества). Астрофизический аспект планетарной эволюции противоречив, сложен и трудно предсказуем. Что касается эволюции биосферы, то она сопровождалась усложнением внутренней организации биосистем при возрастающей эффективности использования энергетического ресурса. А человек как представитель класса приматов оказался на вершине биоэнергетической эволюционной лестни-

цы [3]. Если говорить о социальной эволюции, то серия независимых расчётов, проведённых учёными разных стран и разных специальностей, показала, что эволюционные процессы ускорялись, и около середины XXI века экспоненциальная кривая, отражающая ускорение эволюции, превращается в вертикаль («вертикаль Снукса-Панова», рис.). Полученная математическая сингулярность может означать, что эволюция на Земле вступает в полифуркационную фазу, сопоставимую по масштабу и по значению с появлением жизни [4]. Как утверждают специалисты, нас ждёт грандиозный фазовый переход, какого ни человек, ни биосфера Земли ещё не переживали. Должен произойти прорыв к какому-то качественно новому состоянию, либо начнётся нисходящая ветвь планетарной эволюции, и последующие изменения в обществе и в природе будут необратимо направлены в сторону термодинамического равновесия, т.е. исчезновения жизни.

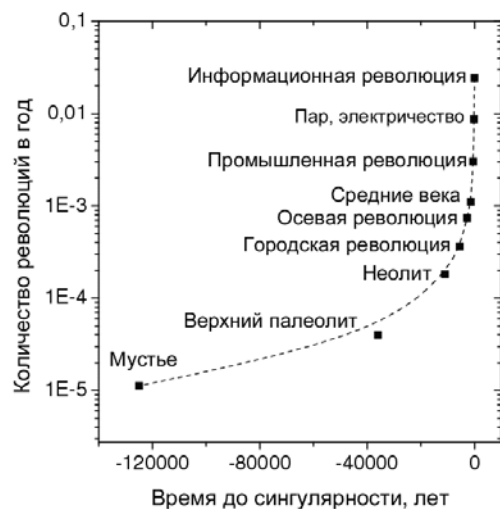


Рис. Ускорение социальной эволюции [4]

Какой путь из представленной альтернативы выберет эволюция? К сожалению, сейчас можно говорить о неблагоприятном для человечества развитии событий.

Есть все основания утверждать, что человечество как биологический вид вырождается. Уже несколько поколений свободны от естественного отбора, а это значит, что каждое последующее поколение слабее предыдущего.

Весомые аргументы для доказательства высказанного положения получены нами при исследовании проблемы индивидуального здоровья человека. Имея уникальный научно-практический опыт в области экстремальной медицины (сроки наступления гипоксической комы у водолазов при дыхании гипоксической смесью, исследование физической работоспособности до- и после массивной кровопотери, динамика профессиональной работоспособности операторов в условиях многомесячного воздействия комплекса неблагоприятных факторов среды и др.), мы пришли к выводу, что существует общий признак устойчивости организма человека к неблагоприятным воздействиям – энергетический потенциал биосистемы. Иначе говоря, в дополнение к термодинамической концепции жизни была чётко сформулирована *термодинамическая концепция здоровья*. Если в основе жизни лежит термодинамическое неравновесие, то степень устойчивости этого неравновесного состояния может быть использована для количественной оценки жизнеспособности, или «количества» здоровья. Чем больше образование энергии на единицу массы организма, тем эффективнее осуществляется биологическая функция выживания. Таким образом, был обозначен критерий, который может быть положен в основу «измерения» жизнеспособности (здоровья). На организменном уровне этот критерий может быть охарактеризован мощностью и эффективностью аэробных механизмов энергообразования, которые, в свою очередь, отражают функциональные возможности аппарата митохондрий.

Митохондрии являются «силовой станцией» клетки, и все формы адаптации связаны с энергетикой клетки [2]. При этом большинство экзогенных факторов (промышленное загрязнение, никотин, алкоголь и пр.) приводят к подавлению энергетической функции клетки и лишь оптимальная для индивида физическая нагрузка – к её возрастанию.

С учётом выявленных нами системных реакций организма, сопровождающих повышение его устойчивости к различным воздействиям (расширение и экономизация функций), была разработана шкала экспресс-оценки уровня здоровья. В неё вошли простейшие показатели функций, которые отражали обнаруженные закономерности. Оказалось, что оценка уровня здоровья, полученная по экспресс-системе, имеет высокий коэффициент корреляции с максимальным потреблением кислорода (0,806), которое и отражает на организменном уровне состояние энергетической функции митохондрий.

Малая трудоёмкость и дешевизна использования указанной системы экспресс-оценки, доступность её для квалификации среднего персонала позволили провести исследования нескольких тысяч практически здоро-

вых и больных людей от 6 до 80 лет, которые дали возможность выявить и описать новые феномены индивидуального здоровья:

- имея возможность «измерить» индивидуальное здоровье, можно построить «шкалу здоровья»;

- имея количественные показатели здоровья, им можно управлять (формировать, сохранять, восстанавливать);

- чем выше уровень здоровья, тем меньше вероятность развития эндогенных факторов риска и манифестированных форм ишемической болезни сердца (ИБС);

- существует «безопасный» уровень здоровья, выше которого не определяются ни эндогенные факторы риска, ни манифестированные формы заболеваний;

- при выходе индивида из «безопасной» зоны здоровья отмечается феномен «саморазвития» патологического процесса;

- при повышении аэробных возможностей происходит обратное развитие эндогенных факторов риска ИБС;

- возвращение в «безопасную зону» здоровья практически здоровых людей – наиболее эффективный путь первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) – «превентивная реабилитация».

Исследования также показали высокие корреляционные зависимости ( $r=0,7-0,8$ ) между уровнем здоровья (читай – функцией митохондрий) и выраженностью, а также сочетанностью факторов риска ишемической болезни сердца [1]. Можно утверждать, что существует единый ведущий фактор риска развития ИБС (а, вероятно, и других хронических неинфекционных заболеваний) – недостаточность функций митохондрий, выходящая за пределы, определяемые законами эволюции. Все остальные эндогенные факторы риска – лишь следствие этого.

Получив в нескольких диссертациях наших учеников достоверные данные о катастрофическом снижении уровня («количества») здоровья, а также параллельном ускоренном темпе старения студенческой молодежи Украины, мы эти данные опубликовали, но не торопились афишировать, полагая, что это чисто постсоветский феномен. Но недавно появились результаты исследования Голландского Национального института общественного здоровья и окружающей среды, в которых показано, что появление «старческих» болезней у современной голландской молодежи регистрируется в среднем на 15 лет раньше, чем у их бабушек и дедушек.

Наш вывод подтверждается солидными исследованиями, проведенными в институте геронтологии АМН Украины [5]. Установлено, что между

функциональным (биологическим) возрастом и максимальным потреблением кислорода индивида существует тесная зависимость, описываемая коэффициентом корреляции 0,840 у мужчин и 0,813 у женщин. В других исследованиях показано, что длина теломера, с которой увязывается продолжительность жизни, прямо пропорциональна ( $r=0,78$ ) максимальным аэробным возможностям индивида.

Таким образом, энергетический потенциал биосистемы действительно отражает её жизнеспособность и может служить интегральным критерием жизнеспособности и биологического возраста.

Анализ литературных и собственных данных позволил нам обосновать суждение о том, что непосредственной причиной эпидемии ХНИЗ, охватившей мир во второй половине XX века и являющейся основной причиной смертности в современном мире, является митохондриальная недостаточность, обусловленная рядом социальных и социально-гигиенических факторов, в том числе образом жизни современного человека и загрязнением окружающей среды. Таким образом, существует единый ведущий фактор риска развития ХНИЗ – недостаточность функций митохондрий, выходящая за пределы, определяемые законами эволюции, и указывающая на снижение устойчивости неравновесной термодинамической системы.

В результате длительных исследований украинской популяции установлено, что сейчас лишь около 1% населения находится в «безопасной» зоне здоровья (т. е. находится на своей ступеньке биоэнергетической лестницы эволюции); это и является медико-биологической основой депопуляции и ускоренного старения. 25 лет назад этот показатель составлял 8% [1].

Итак, перед человечеством стоит проблема, значимость которой пока не осознаётся ни общественностью, ни государством – биологическая деградация вида *Homo sapiens*. Она проявляется: ускоренным темпом старения, снижением «количества» здоровья (жизнеспособности), эпидемией ХНИЗ, снижением репродуктивной функции, рождением ослабленного потомства и мн. др. С каждым годом она будет всё более обостряться, проявляясь *снижением качества* человеческого потенциала. Таким образом, социальная эволюция вступает в противоречие с биологической эволюцией, затрудняя биоэнергетический прогресс. Причём, если эволюционные процессы в живом протекают очень медленно, то деградация – намного быстрее.

Возможно ли противодействие представленной перспективе? Радикально изменить природу эволюционных процессов вряд ли удастся, но противодействовать им, в определённой степени, можно. Познав природу процессов, человек как существо социально активное сможет ими управлять. И, по нашему мнению, это связано с радикальным изменением стра-

тегии здравоохранения – переходом от стратегии управления болезнью к стратегии управления здоровьем – валеологии.

*Становится также очевидным, что никакие усовершенствования лечебно-диагностического процесса в здравоохранении не способны радикально повлиять на показатели заболеваемости и смертности, ибо низкий уровень здоровья (низкая термодинамическая устойчивость) таблетками не лечится.* Лишь переход основной части популяции на более высокий уровень аэробного энергообеспечения функций (эффективности деятельности митохондрий) способен решить эту проблему.

Суть проблемы очевидна. Для её решения необходимо создание совершенно нового направления деятельности в социальной сфере (вне сферы здравоохранения), имеющего своей целью приостановить потерю устойчивости термодинамического неравновесия, и способы их решения.

#### Литература

1. Апанасенко, Г.Л. Санология. Основы управления здоровьем / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова, А.В. Маглёванный. – Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2012. – 405 р.
2. Григорян, Р.Д. Формализованный анализ адаптивного реагирования клетки на дефицит энергии / Р.Д. Григорян, Е.Г. Лябах // Доповіді Академії наук України. – 2008. – №11. – С. 145-150.
3. Зотин, А.И. Биоэнергетическая направленность эволюционного процесса организмов / А.И. Зотин. – Пушино, 1981.
4. Панов, А.Д. Единство социально-биологической эволюции и предел её ускорения / А.Д. Панов // Историческая психология и социология истории. – 2008. – Т.1, № 2. – С. 25-48.
5. Чеботарев, Д.Ф. Преждевременное (ускоренное) старение: причины, диагностика, профилактика и лечение / Д.Ф. Чеботарёв, Ю.Т. Коршунов // Медичний всевіт. – 2001. – Т. 1, № 1. – С. 28-38.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ А.Н. Герасевич, Ю.И. Щеновский, Т.А. Гмир, Е.Г. Пархоц, Л.А. Шитов, В.С. Грудницкий

*Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина,  
г. Брест, Республика Беларусь*

**Резюме.** В работе определяли различия между отдельными антропометрическими показателями студентов и студенток разных факультетов (физического воспитания (ФФВ) и других (ДрФ), n=788) и роль биоимпедансометрических показателей

состава тела в этих различиях. Обнаружена большая масса тела у девушек (P<0.05) и тенденция ее увеличения у юношей ФФВ по сравнению со студентами ДрФ. Эти превышения обусловлены увеличением содержания мышечной (тенденция – у девушек и достоверное различие – у юношей (P<0.05)) и костной (у юношей (P<0.01)) масс тела, а также тенденциями более высокого (у девушек) и более низкого (у юношей) содержания висцерального жира.

**Ключевые слова:** антропометрические показатели, состав тела, студентки, студенты

**Summary.** In this paper we determined differences between a separate anthropometric indicators of male and female students from different faculties (physical education (PhE) and others (OthF), n=788) and the role of bioimpedansometry indexes of body composition in these differences. There was found greater body mass in girls (P<0.05) and a trend towards an increase it in boys of PhE compared with students of OthF. These exceedances are cause to increase in the content of muscle (trend in girls and a significant difference – in boys (P<0.05)) and bone (boys (P<0.01)) masses of the body, as well as trends of higher (for female) and lower (for male) means of visceral fat.

**Key words:** anthropometry, body composition, male and female students

**Введение.** Оценка уровня здоровья школьников и студенческой молодежи производится с учетом комплекса показателей, характеризующих уровень их физического развития, физической подготовленности, а также состояния основных функциональных систем организма [3, 5]. В последнее время большое значение в процессе мониторинга придают показателям компонентного состава тела [4]. Определение уровней жировой ткани, воды, мышечной и костной тканей в организме позволяет сравнить индивидуальные значения со стандартными и, в случае необходимости, дает исходный материал для применения оздоровительных технологий с целью коррекции всех или отдельных показателей. Изучение содержания и приобретение навыков контроля за такими показателями является у одних студентов – частью учебного процесса подготовки специалиста, компонентом профессии, а для других – элементом улучшения знаний по валеологии, валеологическому самообразованию, являющемуся неотъемлемой частью здорового образа жизни будущего специалиста [1, 2].

**Цель работы** – проведение сравнения уровня биоимпедансометрических показателей состава тела студентов, обучающихся на разных факультетах университета.

**Материалы и методы.** В работе представлены результаты обследования в 2011-2012 гг. студентов БрГУ имени А.С. Пушкина (общее количество обследованных – 788, среди них юношей – 374, девушек – 414; воз-

раст 20-23 года). Студенты учились на факультете физического воспитания (ФФВ) и других факультетах (ДрФ: социально-педагогическом, математическом, географическом, филологическом, иностранных языков). Были получены результаты определения роста (длины тела стоя, в см с точностью до 1 мм), массы тела (в кг, с точностью до 0,1 кг), вычислен ИМТ (индекс массы тела,  $\text{кг}/\text{м}^2$ ). Кроме того, с использованием биоимпедансометрических весов-анализатора Tanita BC-543 (Япония) определены показатели компонентного состава тела (представлены в таблицах). Производили обработку результатов с расчетом средних арифметических и других статистических показателей. Достоверность различий между результатами определяли с использованием t-критерия Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** В группе девушек (таблица 1) среди антропометрических показателей различия проявились по величине массы тела: студентки ФФВ были на 2,13 кг тяжелее своих сверстниц ДрФ ( $P < 0.05$ ). По величине длины тела и ИМТ различия были минимальны (менее 3%) и не достигали уровня достоверности.

Таблица 1

**Средние значения основных показателей физического развития  
и компонентного состава тела девушек-студенток**

Показатели	Длина тела, см	Масса тела, кг	ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$	Процентное содержание жира, %	Процентное содержание воды, %	Мышечная масса тела, %	Костная масса тела, кг	Содержание висцерального жира, диап.
<b>Студентки других факультетов (ДрФ, n=204)</b>								
X <sub>ср</sub>	166,62	58,52	21,08	23,71	53,38	42,08	2,25	1,34
±m	±0,44	±0,62	±0,21	±0,48	±0,37	±0,22	±0,01	±0,06
σ	6,25	8,85	2,92	6,84	5,18	3,77	0,16	0,91
X <sub>min</sub>	152,50	36,80	12,59	7,40	25,10	31,60	1,90	1
X <sub>max</sub>	182,00	96,10	35,17	52,10	68,10	52,90	2,80	8
<b>Студентки факультета физического воспитания (ФФВ, n=210)</b>								
X <sub>ср</sub>	167,03	60,65*	21,66	23,88	53,53	43,43	2,27	1,45
±m	±0,46	±0,65	±0,20	±0,45	±0,28	±0,28	±0,02	±0,06
σ	6,55	9,46	2,85	6,54	4,07	3,97	0,25	0,87
X <sub>min</sub>	142,00	43,00	16,38	7,10	41,00	33,90	1,00	1
X <sub>max</sub>	182,00	100,80	33,23	43,80	62,00	65,60	3,00	7
Различия	0,41 0,25	2,13 3,64	0,58 2,75	0,17 0,72	0,15 0,28	1,35 3,21	0,02 0,88	0,11 8,21

*Примечание.* Достоверность различий между результатами: \* -  $P < 0.05$ .

Каким образом различия, полученные по абсолютной величине массы тела, отражались в различиях компонентного состава тела? Оказалось, что по процентному содержанию жира и воды средние значения в сравниваемых группах мало отличались друг от друга (0,28-0,72%). В связи с чем, можно предположить, что появление достоверного различия по массе тела обусловлено более выраженными отличиями по мышечной массе (на 1,35 кг; 3,21%) и содержанию висцерального жира (на 0,11 кг; 8,21%).

В группе юношей среди антропометрических показателей наибольшие по относительной величине различия обнаружены по массе тела (на 3,36 кг; 4,61%) и величине ИМТ (на  $1,09 \text{ кг}/\text{м}^2$ ; 4,80%, таблица 2). Студенты ФФВ, таким образом, также оказались более тяжелыми.

Различие по массе тела, скорее всего, было обусловлено более высокими значениями мышечной (на 3,43 кг; 5,93%,  $P < 0,05$ ) и костной (на 0,17 кг; 5,57%,  $P < 0,01$ ) масс, а также более низкими – висцерального жира (на 0,14 диап.; 6,17%).

Таблица 2

**Средние значения основных показателей физического развития  
и компонентного состава тела юношей-студентов**

Показатели	Рост, см	Масса тела, кг	ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$	Процентное содержание жира, %	Процентное содержание воды, %	Мышечная масса тела, %	Костная масса тела, кг	Содержание висцерального жира, диап.
<b>Студенты других факультетов (ДрФ, n=22)</b>								
X <sub>ср</sub>	179,38	72,84	22,70	14,80	59,46	57,81	3,05	2,27
±m	±1,45	±2,12	±0,73	±1,24	±0,82	±1,64	±0,06	±0,58
σ	6,81	9,96	3,41	5,83	3,82	7,69	0,27	2,72
X <sub>min</sub>	163,00	57,00	18,19	8,00	50,70	33,10	2,70	1
X <sub>max</sub>	193,00	97,50	32,60	32,10	66,20	72,90	3,80	11
<b>Студенты факультета физического воспитания (ФФВ, n=352)</b>								
X <sub>ср</sub>	178,81	76,20	23,79	14,69	59,44	61,24*	3,22**	2,13
±m	±0,42	±0,56	±0,16	±0,21	±0,23	±0,34	±0,02	±0,09
σ	7,43	10,42	2,92	3,94	4,30	6,27	0,39	1,59
X <sub>min</sub>	145,00	50,90	18,42	6,00	25,10	41,60	2,0	1
X <sub>max</sub>	198,00	114,00	36,48	28,40	69,20	80,90	5,4	10
Различия	0,57 0,32	3,36 4,61	1,09 4,80	0,11 0,74	0,02 0,03	3,43 5,93	0,17 5,57	0,14 6,17

*Примечание.* Достоверность различий между результатами: \* -  $P < 0.05$ , \*\* -  $P < 0.01$ .

Описанные результаты являются элементами нормативной базы, которая используется для оценки состояния здоровья современных студентов университета. Исследование компонентного состава тела позволяет уточнить физиологический смысл различий по массе тела между группами, оценить индивидуальные результаты и наметить, в случае необходимости, направления для улучшения этих показателей, важных для оценки соматического здоровья студентов.

**Выводы:**

1. В группе девушек студентки ФФВ имеют большую массу тела по сравнению со студентками ДрФ ( $P < 0,05$ ), что обусловлено тенденциями более высоких значений мышечной и костной масс, а также содержания висцерального жира. Вместе с тем, показатели процентного содержания жира и воды на полученные различия по массе тела девушек влияют незначительно.

2. В группе юношей студенты ФФВ имеют тенденцию превышения массы и индекса массы тела по сравнению со студентами ДрФ, что обусловлено более высокими значениями мышечной ( $P < 0,05$ ) и костной массы ( $P < 0,01$ ), а также тенденцией пониженного содержания висцерального жира. Показатели процентного содержания жира и воды на различия по массе тела у юношей также влияют незначительно.

3. Исследование компонентного состава тела позволяет более детально оценить состояние организма в системе комплексной оценки уровня здоровья и наметить, в случае необходимости, направления практической деятельности для его улучшения.

4. Представленные результаты являются элементом нормативной базы для оценки индивидуальных показателей состава тела современных студентов разных факультетов.

*Литература*

1. Вайнер, Э.Н. Валеология: учебник / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта: Наука, 2001. – 416 с.
2. Колбанов, В.В. Валеология: основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб.: Деан, 2001. – 256 с.
3. Левушкин, С.П. Мониторинг физического состояния школьников / С.П. Левушкин, Р.И. Платонов, М.Д. Гуляев, И.И. Готовцев. – М.: Сов. спорт, 2012. – 167 с.
4. Мартиросов, Э.Г. Технология и методы определения состава тела человека / Э.Г. Мартиросов, Д.В. Николаев, С.Г. Руднев. – М.: Наука, 2006. – С. 102-127.
5. Таблицы показателей морфо-функционального состояния организма студентов 3-4-х курсов / А.Н. Герасевич [и др.]; под ред. А.Н. Герасевича. – Брест: Альтернатива, 2013. – 80 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ФАКТОРА  
НООСФЕРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ УЧАЩИХСЯ  
**М.С. Гончаренко, И.Г. Мартыненко, К.В. Носов, А.М. Бельорин-Эррера,  
М.А. Удовенко, Е.С. Дождева, И.А. Корженко**

*Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,  
г. Харьков, Украина*

**Резюме.** В работе отражены результаты сравнительного анализа влияния традиционного типа обучения и ноосферного образования на функциональное состояние учащихся младшего школьного возраста на основании показателей вариабельности сердечного ритма. Выявлено снижение функциональных возможностей и негативные изменения основных нейродинамических показателей у школьников после урока в школе с традиционным типом обучения. Показано положительное влияние урока в школе с ноосферным образованием на нейродинамические показатели нейрорегуляторных систем, сопровождающееся оптимизацией функционального состояния основных регуляторных систем организма.

**Ключевые слова:** ноосферное образование, функциональное состояние, вариабельность сердечного ритма.

**Summary.** The work presents the results of a comparative analysis of the influence of the traditional type of teaching and noosphere education on the functional condition of pupils of primary school age on the basis of parameters of HRV. We found a decrease in functionality and negative changes of the basic neurodynamic indicators of schoolchildren after a lesson in the school with the traditional type of learning. Shown a positive impact lesson at school with noosphere education on the neurodynamic indicators neuroregulation systems, accompanied by the optimization of the functional state of the main regulatory systems of an organism.

**Key words:** noosphere education, functional status, heart rate variability.

Принципиально новое, холистическое направление преподавания в настоящее время наиболее полно представлено в ноосферном образовании, основанном на принципах природосообразной педагогики. Основоплагающим фактором ноосферного образования является развитие системного целостного мышления, при этом целостность мышления включает в себя гармоничное развитие как правополушарных, так и левополушарных мыслительных процессов, что практически реализуется в биоадекватных методиках преподавания [1]. Одним из результатов внедрения ноосферного образования является не только высокое качество знаний, духовно-нравственный рост, мировоззренческая гармония, социализация личности,

но и здоровьесбережение, оздоровительный фактор для всех участников педагогического процесса [2].

С целью оценки особенностей влияния преподавания по системе ноосферного образования на здоровье учащихся провели оценку соматического здоровья и функционального состояния во время педагогического процесса у учеников 2-х классов в школе с традиционной системой обучения и в школе с ноосферной системой образования. Оценка состояния здоровья и функционального состояния школьников проводили с использованием АПК «Омега-М» с последующим математическим анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР) и математическим анализом биоритмов с использованием алгоритмов фрактальной нейродинамики.

Исследовали изменения в функциональном состоянии учащихся в школе с традиционным типом обучения и в школе с ноосферным образованием до и после проведения урока в рамках этих педагогических подходов. Результаты исследования влияния урока на функциональное состояние учащихся в школе с традиционным типом обучения представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Динамика функционального состояния учащихся  
при проведении урока в школе с традиционным типом обучения**

Показатель	До урока	После урока
ЧСС, уд/мин	89,2±1,702	89,53±2,642
Уровень адаптации сердечно-сосудистой системы, %	69,21±5,934	64,2±6,905
Интегральный показатель состояния здоровья, %	64,66±5,588	60,47±6,499
Показатель центральной регуляции, %	58,35±5,937	54,93±5,746
Резервы компенсации центральной регуляции, %	69,67±5,275	63,56±6,136
Показатель вегетативной регуляции, %	66,57±6,66	63,98±7,652
Резервы вегетативной регуляции, %	77,18±6,177	72,94±6,766
Психоземotionalное состояние, %	64,52±4,644	58,79±6,177
Резервы управления психоземotionalным состоянием, %	54,57±6,16	51,63±5,691
HF, мс <sup>2</sup>	1091,04±292,08	1130,65±351,91
LF, мс <sup>2</sup>	1180,67±220,6	1146,5±271,19
TP, мс <sup>2</sup>	3147,58±571,83	3215,8±752,4
Показатель анаболизма нейрорегуляторных систем, %	125,73±12,99	104,53±12,54
Показатель катаболизма нейрорегуляторных систем, %	104,27±12,1	100,13±13,98
Энергетический ресурс нейрорегуляторных систем, %	230,0±24,43	204,67±25,62

Исследование до и после урока показателей ЧСС у учащихся 2-го класса показало, что у них не отмечается изменений данного показателя. В то же время сравнение уровня адаптации сердечно-сосудистой системы показало, что после урока отмечается его снижение на 7%. Сравнение уровня интегрального показателя состояния здоровья показало, что после урока у учащихся отмечается снижение на 7%. Исследование показателей ВНС у учащихся показало, что показатель вегетативной регуляции после урока снижался на 4%, а резервы вегетативной регуляции – на 5%. Исследование показателей ЦНС после урока показало, что показатель центральной регуляции снижался на 6%, а резервы центральной регуляции – на 9%.

Исследование показателей психоземotionalного состояния учащихся после урока показало, что показатель психоземotionalного состояния снижался на 9%, а резервы управления психоземotionalным состоянием – на 5%.

Исследование спектральных показателей ВСР у учащихся до и после урока показало, что мощность высокочастотного домена ВСР (HF) повышается на 4%, а мощность низкочастотного домена ВСР (LF) уменьшается на 3%, при этом общая мощность спектра (TP) после урока повышается на 4%.

Изменение нейродинамических показателей у учащихся до и после урока были связаны с выраженным снижением уровня анаболизма нейрорегуляторных систем на 17% и уменьшением показателя катаболизма на 4%. При этом отмечается негативное изменение энергетического ресурса нейрорегуляторных систем – снижение энергетического ресурса на 11%.

Таким образом, результаты исследования показателей регуляторных систем у учащихся 2-го класса до и после урока показывают снижение функциональных возможностей практически по всем исследуемым показателям и негативную динамику основных нейродинамических показателей, также отмечается ухудшение психоземotionalного состояния и адаптационных возможностей, что отражает реакцию организма учащихся на учебную нагрузку в течение урока в школе с традиционным типом обучения.

Результаты исследования влияния урока на функциональное состояние учащихся в школе с ноосферным типом обучения представлены в таблице 2.

Исследование показателей ЧСС до и после урока у учащихся 2-го класса показало повышение данного показателя на 3%, в то же время сравнение уровня адаптации сердечно-сосудистой системы выявило повышение этого показателя на 1%. Сравнение уровня интегрального показателя состояния здоровья показало, что после урока ноосферного образования отмечается повышение на 2%.



Таблица 2

**Динамика функционального состояния учащихся  
при проведении урока в школе с ноосферным типом обучения**

Показатель	До урока	После урока
ЧСС, уд/мин	89,1±2,656	91,4±1,424
Уровень адаптации сердечно-сосудистой системы, %	65,55±4,728	66,04±4,729
Интегральный показатель состояния здоровья, %	62,91±4,288	64,06±4,286
Показатель центральной регуляции, %	58,38±3,968	62,77±3,047
Резервы компенсации центральной регуляции, %	65,96±2,893	66,03±4,011
Показатель вегетативной регуляции, %	66,99±6,29	63,57±6,175
Резервы вегетативной регуляции, %	74,99±5,283	76,91±5,296
Психоэмоциональное состояние, %	60,7±3,484	63,84±4,03
Резервы управления психоэмоциональным состоянием, %	55,85±4,51	61,17±2,741
HF, мс <sup>2</sup>	868,18±337,55	605,23±187,5
LF, мс <sup>2</sup>	1073,83±212,75	1150,93±184,39
TP, мс <sup>2</sup>	2713,5±593,77	2611,41±431,68
Показатель анаболизма нейрорегуляторных систем, %	104,6±9,351	102,1±10,71
Показатель катаболизма нейрорегуляторных систем, %	91,2±9,201	98,5±9,559
Энергетический ресурс нейрорегуляторных систем, %	195,8±17,56	200,6±19,05

Результаты исследования показателей регуляторных систем у учащихся этой школы до и после урока демонстрируют динамику прямо противоположной направленности по сравнению с учащимися обычной школы. Исследование показателей ВНС у учащихся показывает снижение показателя вегетативной регуляции после урока на 5%, а резервы вегетативной регуляции повышались на 3%. Исследование показателей ЦНС у учащихся после урока показало, что показатель центральной регуляции повышался на 8%, а резервы центральной регуляции практически не изменялись. Исследование показателей психоэмоционального состояния у учащихся 2-го класса после урока показало, что показатель психоэмоционального состояния повышался на 5%, а резервы управления психоэмоциональным состоянием – на 10%.

Исследование спектральных показателей ВСР у учащихся 2-го класса до и после урока представлено в таблице 2. После урока мощность высокочастотной области ВСР (HF) уменьшается на 30%. Мощность низкочастотной области ВСР (LF) после урока повышается на 7%, общая мощность спектра (TP) после урока уменьшается на 4%.

Исследование нейродинамических показателей у учащихся до и после урока показало снижение уровня анаболизма нейрорегуляторных систем на 2%, при этом наблюдается повышение показателя катаболизма на 8%. Данное изменение энергетического баланса носит, с нашей точки зрения, позитивный характер, что подтверждается увеличением энергетического ресурса нейрорегуляторных систем на 3%.

Анализ результатов влияния урока ноосферного образования на функциональное состояние учащихся выявляет положительное влияние на уровень функционирования и резервы центральной, вегетативной нервных систем и на основные нейродинамические показатели, также отмечается повышение интегрального показателя состояния здоровья и адаптационных возможностей школьников.

Таким образом, сравнительный анализ состояния здоровья и функционального состояния учащихся в динамике урока в школе с ноосферным образованием и учащихся обычной школы убедительно демонстрирует положительное влияние здоровьесберегающей составляющей ноосферного педагогического подхода в практике современной школы.

Таким образом, сравнительный анализ состояния здоровья и функционального состояния учащихся в динамике урока в школе с ноосферным образованием и учащихся обычной школы убедительно демонстрирует положительное влияние здоровьесберегающей составляющей ноосферного педагогического подхода в практике современной школы.

*Литература*

1. Антоненко, Н.В. Педагогика ноосферного развития / Н.В. Антоненко, М.В. Ульянова. – М.: Экон-Информ, 2007. – С. 66-74.
2. Гончаренко, М.С. Ноосферное образование – ключ к здоровью / М.С. Гончаренко, Н.В. Маслова, Н.Г. Куликова. – М.: Институт холодинамики, 2011. – С. 99-112.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕДАГОГА В РАМКАХ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
Т.В.Горячева, Т.Н.Метелкина**

*Красноярский краевой институт повышения квалификации  
и профессиональной переподготовки работников образования,  
г. Красноярск, Россия*

**Резюме.** Проведен анализ состояния психологического здоровья педагога в образовательной деятельности. Рассмотрены некоторые результаты исследования позиций участников образовательного процесса – администрации, педагогов и воспитанников, находящихся в условиях коррекционного образовательного учреждения.

**Ключевые слова:** психологическое здоровье, образовательная деятельность, позиции участников образовательного процесса.

**Summary.** In the article the analysis of the psychological state of health of the teacher in the educational activities. Discussed some results of the study of the positions of participants of educational process such as the administration, teachers and pupils in remedial (specialized educational cooperation).

**Key words:** Psychological health, education, positions of the participants of the educational process.

Основу психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие личности на всех этапах онтогенеза. Его структура может быть условно определена в трех компонентах: аксиологическом, инструментальном, потребностно-мотивационном. Согласно такому представлению, здоровая личность – это личность с положительным отношением к себе и другим, предполагающая ценность собственного «я» и ценность других, безусловное принятие и безоценочное отношение, личностную целостность и способность вступать в диалог с самим собой. Такой человек должен владеть рефлексией как средством самоконтроля, быть способным концентрироваться на себе, на внутреннем мире и на месте себя среди других, уметь понимать себя и других, проявлять свои чувства, владеть навыком осознания причин и следствий своего поведения и поведения окружающих. Ведущими потребностями здоровой личности выступают потребность в саморазвитии, желание быть субъектом жизни, иначе говоря, человеком, желающим и способным делать выбор и быть автором своего жизненного пути.

Постоянная ситуация взаимодействия с людьми, необходимость распределять ответственность за процесс и результат сотрудничества делают педагога, занимающегося обучением и воспитанием, профессионально весьма уязвимым в сохранении психологического здоровья. Исследование проводили на базе детского сада компенсирующего вида п. Березовка Красноярского края (директор – к.пед.н. А.И.Картавцева). Особое внимание было направлено на позиции субъектов образовательного пространства. Анализ образовательной деятельности показал, что между его субъектами существуют вполне определенно выстроенные отношения вертикального соподчинения. При рассмотрении отношений в связках «педагог – педагог», «педагог – администрация», «педагог – воспитанник» была отмечена двойственность позиции педагога.

При осуществлении своей основной деятельности педагог выступает проводником содержания образования, реализующегося через определенную, четко выполняемую технологию. Выбор и реализация того или иного технологического приема лишь косвенным образом обуславливается ди-

намикой развития ребенка. Применение тех или иных методических приемов и совершенствование навыков их использования сопровождается системой наставничества и административного отслеживания. В этой ситуации педагог объектен: цели, программа действий, этапы выполнения и результат заранее заданы социальным и государственным заказом. Представителем этого заказа выступает администрация, выполняющая транслирующую, организующую и контролирующую функции. И в этом контексте администрация занимает позицию субъекта, реализующего модус субъект-субъектных отношений к педагогу как к личности при осуществлении межличностного взаимодействия, и субъект-объектных, определяя педагога как необходимый элемент образовательного процесса. И вполне логично, что педагог, как сотрудник, исполняющий свои функциональные обязанности, в большей степени ориентирован на повышение качества выполняемой работы, на совершенствование технологии развивающего воздействия. Личностное развитие, наличие общекультурных компетенций полагается как само собой разумеющееся, необходимость которого не озвучивается, и как следствие, не выдвигается в качестве управленческого требования. Такая ситуация делает невозможным реализацию отношений сотрудничества и сохранение психологического здоровья.

При взаимодействии педагога с воспитанником ситуация выглядит несколько иначе, обнаруживается двойственность позиции педагога. Теперь уже педагог, реализуя свои функциональные обязанности, определяет воспитанника как объект педагогического воздействия. Динамика развития ребенка сдвигается на второй план. Результат деятельности педагога по обучению и воспитанию оформляется в совокупность знаний, умений и навыков, имеющихся у воспитанника к концу пребывания в учреждении. Становление рефлексивного самосознания, личностное развитие, процессы социализации ребенка как субъекта своей деятельности при этом выступают как побочный продукт образовательного процесса.

Анализ позиции педагога как субъекта саморазвития показал, что у большинства членов коллектива есть устойчивое желание и готовность меняться, выявлено стремление к самоактуализации при отсутствии умений и навыков реализации желаемых изменений.

Таким образом, сложность удержания позиции субъекта в профессиональной деятельности связана с рядом моментов. С одной стороны, система выстроенных отношений внутри образовательной организации определяется основными требованиями сложившейся ситуации в системе образования в целом и как в зеркале ее отражает. При этом субъектность педагога, стремление его к творчеству в профессии, желание брать на себя

ответственность и за результат, и за процесс образования в официальных документах поощряется, более того выдвигается как требование, но на деле с трудом встраивается в существующую систему организации образовательного учреждения. С другой стороны, отмечается невысокий уровень мотивационной готовности педагога к саморазвитию, недостаточный широкий спектр умений и навыков реализации желаемых изменений.

Анализ ситуации состояния психологического здоровья учителя в образовательном процессе предполагает работу как с синдромом неблагополучия (синдром эмоционального истощения), так и оптимизацию образовательной среды в целях сохранения и укрепления здоровья. Наряду с необходимостью создания мест релаксации и восстановления здоровья педагогов, улучшения среды пребывания на рабочем месте, финансового стимулирования необходимо привлечение различных служб и специалистов для диспансеризации, создания психологических центров, проведения тренингов. Система организации образования, место педагога в ней, позиция и умения педагога как профессионала должны носить здравотворческий характер. При этом сохранение психологического здоровья всех участников образовательного процесса выступает как эффект реализации основных функций образования.

#### ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

**Е.Е. Кузватова**

*Нижегородский институт развития образования,  
г. Нижний Новгород, Россия*

**Резюме.** Отношение педагогов к профилактической деятельности и базовый уровень знаний педагогов общеобразовательных учреждений по проблеме профилактики ВИЧ-инфекции и зависимого поведения изучены с помощью анкетирования. Выявлен недостаток знаний педагогов по проблеме, а также необходимость в овладении ими современными педагогическими технологиями передачи содержания профилактической направленности. Полученные результаты позволили усовершенствовать программу подготовки педагогов и разработать дистанционный курс по организации профилактической работы в общеобразовательной школе по вопросам заболеваний, связанных с рисками поведения, с использованием системного, деятельностного и аксиологического подходов.

**Ключевые слова:** профилактическая деятельность, обучение педагогов, дистанционные курсы, анкетирование педагогов, ВИЧ-инфекция, наркозависимость.

**Summary.** Basic knowledge of and preparedness to the implementation of activities involving prevention of socially significant diseases among students was studied using teacher's survey. Teacher's need in updating knowledge and obtaining skills in modern pedagogical technologies were revealed. Program of teacher's training was revised, and tailored remote learning course was developed based on systemic, axiological, and activity approach.

**Key words:** preventive activity, teacher's training, remote learning, teacher's survey analysis, AIDS, drugs dependence.

Огромный объем профилактической работы в школах заставляет привлекать к этой работе не только медицинские службы, но и значительное количество педагогических кадров, способных справиться с первичной профилактической деятельностью после обучения. Профилактическая работа в общеобразовательном учреждении (ОУ), согласно новым нормативным документам, должна стать обязательной, но зачастую сводится к фрагментарным, отрывочным действиям, не приносящим необходимого результата, а именно, снижения численности потребителей табака, алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) среди подростков и молодежи.

С целью выявить готовность и отношение педагогов к профилактической деятельности, а также базовый уровень знаний по проблеме профилактики ВИЧ-инфекции и наркозависимости мы провели в 2011-2013 гг. анкетирование педагогов ОУ Нижегородской области, проходящих курсовую подготовку на кафедре здоровьесбережения в образовании Нижегородского института развития образования. Всего в опросе приняли участие 181 человек. Подавляющее большинство опрошенных педагогов считают, что профилактика наркомании и СПИДа является проблемой всего общества. При расстановке приоритетов в организации и проведении профилактики ВИЧ и наркозависимости большинство слушателей (96%) отдали системе образования четвертое место после общества в целом, государственных органов и медицины.

Владение современными профилактическими технологиями является необходимым условием эффективности профилактической работы. Как показали наши исследования, значительным препятствием в работе педагогов является то, что основная их масса не владеет современными интерактивными технологиями передачи содержания, которые наиболее эффективны для профилактической работы с молодежью. Знакомы с ними немногим более половины участников опроса (56%), а 34% затруднились с ответом на этот вопрос. Половина опрошенных ранее не принимали участие в обучающих семинарах по проблемам профилактики ВИЧ и наркозависимо-

сти. Следующий блок вопросов был посвящен выявлению представлений педагогов об эффективности тех или иных форм профилактической работы и полноте её содержания. Наиболее эффективными, по мнению педагогов, являются тренинговые занятия (71%) и интерактивные формы работы (53%). Традиционной форме «беседа» отдали предпочтение 27%. Однако владеют такими эффективными формами работы гораздо меньшее число участников опроса (тренинги – 28%, интерактивные занятия – 29%), тогда как умение провести беседу на профилактическую тему отметили 76%, а урок-лекцию – 70% анкетированных. Три четверти опрошенных считают, что сведения по проблемам ВИЧ-инфекции и наркомании, представляемые на занятиях с учащимися, должны быть достаточно полными. Педагоги школ, в которых здоровьесберегающая и профилактическая деятельность по ВИЧ среди учащихся активно проводится уже в течение ряда лет, чаще выступали за полноту представляемых знаний по проблеме.

Большинство опрошенных, когда-либо проводивших лекции и беседы по профилактике алкоголизма и наркомании, указали, что 70% из них в последние месяцы проводили групповые занятия, классные часы, беседы по профилактике зависимости, а ряд педагогов участвовали и в других видах профилактических мероприятий (пополнение информации по проблеме на интернет-сайте школы, акция по созданию плакатов профилактического содержания и др.). Однако не все осуществляют такую деятельность на регулярной основе. Так, 18% опрошенных проводят профилактические мероприятия на уроках редко или один раз в полугодие (34%). Среди причин, мешающих более активно участвовать в профилактической деятельности, слушателями были указаны: «отсутствие опыта» – 17%, «отсутствие теоретических сведений по проблеме» – 10%, 35% участников опроса относят эту деятельность к компетенции других специалистов, а 45% указали на другие причины. Осознание глубины проблемы и наличие мотивации педагогов к проведению профилактической деятельности является важным залогом её успешной реализации. 97% участников опроса отметили, что их волнует проблема наркомании и алкоголизма. Подавляющее большинство (95% опрошенных) считают, что они осведомлены или очень хорошо осведомлены о проблеме наркомании и распространения наркотиков, 91% осознаёт масштабы проблемы и считает наркоманию национальной катастрофой.

Опыт общения с близкими людьми, употребляющими наркотики, имеют четверть опрошенных. При общении с человеком, зависимым от алкоголя и наркотиков, спектр чувств, испытываемых опрошенными, варьирует от сочувствия, сострадания, стремления понять и помочь такому человеку до бессилия, неприязни и раздражения, нежелания общаться и страха. Ви-

новными в том, что человек стал наркозависимым, большинство опрошенных считают самого человека (73%) и общество в целом (50%). Примерно равное количество участников опроса видят причину в отсутствии поддержки в семье и должных мер со стороны правительства и государства (23% и 22% соответственно). Возлагают вину на наркодилеров 8% и на обстоятельства 7% опрошенных. Лишь незначительное число респондентов видит причину в генетической предрасположенности (5%).

Таким образом, наиболее значимые факторы для формирования зависимости, с точки зрения педагогов, распределились следующим образом:

- 1) личностные качества (низкая самооценка, слабая воля, инфантильность, отсутствие цели) – 66%;
- 2) внешние факторы, социальная среда, бытовые условия, общественное безразличие, неуверенность в завтрашнем дне, избыток свободного времени – 53%;
- 3) отношения в семье – 33%;
- 4) неполная информация о заболевании – 13%;
- 5) нестабильность нервной системы, генетические факторы – 9%;
- 6) доступность наркотиков и отсутствие наказания – 3%.

Непосредственно с проблемами ВИЧ-инфицированных людей большинство опрошенных не сталкивались, однако, педагоги осознают необходимость профилактической работы по предупреждению распространения эпидемии ВИЧ. Проблема особой уязвимости подростков перед ВИЧ-инфекцией обусловлена, по мнению участников опроса, следующими факторами: 1) несформированность жизненных ценностей, слабая воля, влияние ровесников, непонимание серьезности последствий – 40%; 2) ранние половые отношения и употребление наркотиков – 14%; 3) неинформированность – 16%; 4) социальная незащищенность – 17%; 5) много доступных соблазнов – 9%; 6) отсутствие контроля взрослых – 7%; 7) завуалированная реклама в СМИ – 4%. Вместе с тем, несколько участников опроса в качестве фактора риска инфицирования для подростков отметили наличие в обществе большого числа людей, поражённых ВИЧ. Большинство опрошенных считает, что работа по профилактике ВИЧ-инфекции должна проводиться с учащимися, начиная с 12-14 лет.

Педагоги высказали свое представление о мерах профилактики ВИЧ-инфекции. Лучшими способами избежать заражения ВИЧ-инфекцией и венерическими заболеваниями названы осведомленность по проблеме и профилактика (40% опрошенных), исключение случайных половых контактов (37%), отказ от употребления наркотиков (26%), культура поведения, воспитание, следование принципам ЗОЖ (14%). Также ряд респондентов

указал на необходимость соблюдения стерильности медицинского инструментария и использования средств защиты. Большинство участников опроса правильно ответили на вопрос о невозможности передачи ВИЧ при обычных бытовых контактах (85%). Однако мы могли убедиться, что декларируемые знания мало влияют на установки и регуляцию поведения. При углубленном анкетировании 14 из 38 педагогов затруднялись с ответом на вопрос, можно ли заразиться ВИЧ при пользовании общим санузелом, а один респондент положительно ответил на этот вопрос. У 11 человек вызвал затруднение вопрос, можно ли заразиться при прикосновении к инфицированному ВИЧ человеку; семь человек сомневались, не находится ли ВИЧ в воздухе, а один участник был в этом уверен. Таким образом, можно было прийти к выводу, что педагоги нуждаются в повышении уровня знаний по проблеме ВИЧ-инфекции.

72% опрошенных считают, что вполне возможно изменить безразличное отношение в обществе к проблеме наркомании и алкогольной зависимости. Наиболее важными и существенными мерами по предупреждению наркомании и алкоголизма участники считают государственную политику, целенаправленное выделение средств, использование жёсткого подхода, воспитательную работу в школе, пропаганду здорового образа жизни, укрепление связи педагогов и медиков. В соответствии с системным подходом к организации профилактической деятельности в образовательном учреждении основные направления профилактики будут осуществляться и давать эффективные результаты только в том случае, если деятельность отдельных специалистов будет координироваться и согласовываться руководством школы. Отрадным является тот факт, что 96% респондентов отметили высокую или очень высокую заинтересованность администрации их учебного заведения в проведении профилактики ВИЧ и наркозависимости.

Сотрудники кафедры здоровьесбережения в образовании проанализировали подготовленность педагогов Нижегородской области к осуществлению профилактической работы с учащимися, что помогло им усовершенствовать программу подготовки в данном направлении и разработать дистанционный курс «Организация профилактической работы образовательного учреждения (ОУ) по вопросам заболеваний, связанных с рисками поведения». Обучение педагогов различных специальностей способам организации профилактической деятельности проводится с использованием образовательного модуля (36 часов) в режиме проектной деятельности. Целью данного модуля является повышение профессиональной компетентности педагогов в области создания и практического использования программы профилактической работы на основе системного, деятельност-

ного и аксиологического подходов. Задачами курса являются ознакомление педагогических работников с системной организацией профилактической работы в ОУ; знакомство с содержательными и технологическими аспектами современной профилактической работы; проведение практического обучения педагогов современным технологическим приемам профилактической работы; проведение практического обучения педагогов проектированию программы профилактической работы в ОУ. В ходе обучения слушатели выполняют восемь практических и тестовых заданий, участвуют в шести чатах, готовят итоговый проект. В рамках данного дистанционного курса прошли обучение 36 педагогов из Нижнего Новгорода и шести районов области.

Разработка и внедрение курса «Организация профилактической работы ОУ по вопросам заболеваний, связанных с рисками поведения» способствовали получению слушателями современных знаний по проблеме ВИЧ и наркозависимости, освоению ими современных педагогических технологий и форм деятельности, эффективных для профилактической работы, а дистанционная форма его проведения позволила привлечь к участию педагогов разных районов города и области в удобном для них режиме.

#### «ОБЛАЧНЫЕ» ПРИНЦИПЫ МОБИЛИЗАЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕСУРСА И ДОЛГОЖИТЕЛЬНОСТЬ

**В.В. Лавров**

*Институт физиологии им. И.П. Павлова,  
Центр системного консультирования и обучения «Synergia»,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** Мобилизация психоэмоционального ресурса обеспечивает организму способность сопротивляться вредным воздействиям. Проблема рационального использования ресурса с учетом ограниченности его объема рассматривается в аспекте информатики, изучающей «облачные» принципы оптимального доступа к наличным энергетическим и информационным ресурсам. Обращение к жизненному опыту долгожителей выявило поведенческие стратегии, которые позволяли рационально расходовать психоэмоциональный ресурс при возникновении угрозы здоровью, а также способствовали восстановлению ресурса после болезни. Сопоставление фармакологических и психотерапевтических способов мобилизации ресурса продемонстрировало преимущества психотерапии.

**Ключевые слова:** психоэмоциональный ресурс, функциональное состояние, стратегии поведения, психотерапия, долгожительство

**Summary.** Mobilization of psychoemotional resource provides to the organism an ability to resist the bad influence. Problem of rational use the resource with provision for

restriction of its size is considered in aspect of the informatics, studying "cloudy" principles of the optimal access to energy and information resource. Address to life experience of oldsters has allowed to reveal the behavioural strategies, which allowed to rationally spend psychoemotional resource when arising the health threat, as well as promoted recovering the resource after disease. Collation of pharmacological and psychotherapeutic ways to mobilizations of the resource had demonstrated the advantage of psychotherapy.

**Key words:** psychoemotional resource, functional state, behavioral strategies, psychotherapy, long living

*Введение.* Сведения, показывающие связь психоэмоционального ресурса и здоровья, поступают из геронтологии и всех сфер медицины, в частности из онкологии. Отмечено, что развитие раковых заболеваний в большой степени обусловлено ментальными особенностями личности больного [4]. Личностный ресурс зачастую рассматривается по аналогии с мощностью технических устройств – предполагается, что чем выше ресурс, тем эффективнее любая система организма. Однако здесь требуется уточнение. Личностный ресурс не прямо влияет на функции организма, а опосредованно – через регуляцию функционального состояния. Проведенные ранее исследования [1-3] подтвердили тот факт, что функциональное состояние специфично. Состояние, которое обеспечивает успех в одной ситуации, может не соответствовать другой. Поэтому исследование психоэмоционального ресурса личности ведется в двух направлениях – во-первых, выясняются психологические и физиологические факторы формирования и сохранения ресурса, а во-вторых, изучаются способы и навыки рационального использования ресурса для сопротивления вредным воздействиям и преодоления их последствий.

*Цель* данной работы – выявление особенностей поведения и навыков, используемых долгожителями для мобилизации личностного ресурса и поддержания функционального состояния, облегчающего сопротивление патогенным факторам. Для достижения цели решали следующие задачи: выясняли предпочитаемые стратегии, которыми руководствовались долгожители в своем поведении, отмечали сохранность интеллектуальной функции при опознании неполных изображений, оценивали эмоциональность посредством измерения тревожности и посредством анализа микросоциальных взаимоотношений, а также сравнивали эффективность психотерапевтических и фармакологических воздействий, направленных на мобилизацию ресурса.

*Методы исследования.* Анализ индивидуального здоровья 12 мужчин и 19 женщин в возрасте от 81 до 92 лет, произведенный на основе физио-

логических данных, содержащихся в поликлинической карте, показал, что у всех имеются дисфункции организма, обусловленные возрастом и ранее перенесенными заболеваниями. Степень выраженности дисфункций не достигала предельных значений, опасных для жизни. Сохранность интеллекта оценивалась по способности принимать решения в условиях дефицита полезной информации, а эмоциональность измерялась по уровню тревожности и качеству взаимоотношений в семье с помощью методов [2]. Тестирование с помощью метода [2] позволяло выявлять поведенческие стратегии долгожителей. 5 мужчин и 11 женщин обращались к психотерапевту за помощью в преодолении расстройств и выразили свое мнение при сопоставлении результатов психотерапевтических и фармакологических психотропных воздействий.

*Результаты исследования и обсуждение.* Анализируя полученные данные, отметили, что люди преклонного возраста без нарушений интеллекта и адекватного восприятия внешней информации, внимательно относятся к своему здоровью. Как свидетельствуют результаты тестирования, они выбирали функциональные стратегии поведения, чтобы сохранять ресурс и поддерживать оптимальное функциональное состояние. Наличие умеренной тревожности, зарегистрированной при анализе фонового состояния, служило показателем готовности к активному действию для решения возникающих жизненных проблем и сопротивления возникшим заболеваниям. Все респонденты перенесли заболевания, прогресс которых угрожал их жизни, и принимали психотропные средства. Сравнивая эффект психотерапевтических и фармакологических воздействий, они отметили преимущество психотерапии с ее мобилизующим действием. Благодаря психотерапии восстанавливалась мотивация на поддержание положительных эмоциональных связей с окружающими людьми. Респонденты старались занять активную позицию в социуме и стремились к достижению семейной гармоничности. Отмечено, что они начинали критически воспринимать свой календарный возраст.

Для того, чтобы выразить алгоритмы поведения, направленного на рациональное расходование ресурса, были привлечены сведения из области информатики, внедряющей «облачные» вычисления (англ. cloud computing) для моделирования оптимального доступа к наличным информационным и энергетическим ресурсам по запросу потребителя [5]. Если моделировать отношения функционального состояния и психоэмоционального ресурса, то задача формирования оптимального функционального состояния равнозначна запросу на рациональное использование психоэмоционального ресурса (англ. resource pooling). Предполагается, что

достижения информатики в области облачных технологий будут содействовать выяснению алгоритмов рационального расходования потенциала организма в соответствии с жизненной ситуацией и угрозой благополучию организма.

Данная работа, продемонстрировав особенности стиля жизни и состояния долгожителей, обращает внимание на формирование личной ответственности за индивидуальное здоровье и продление жизни за счет рационального расходования психоэмоционального ресурса.

#### Литература

1. Лавров, В.В. Мозг и психика / В.В. Лавров. – СПб: РГПУ, 1996. – 156 с.
2. Лаврова, Н.М. Семейная терапия: от простого к сложному / Н.М. Лаврова, В.В. Лавров. – СПб: Bridge, 2009. – 73 с.
3. Лавров В.В. Экотерапия и валеология / В.В. Лавров, Н.М. Лаврова, Н.В. Лавров // Здоровье человека. – СПб: СПбГМУ, 2011. – С. 139-140.
4. Нудельман Ю. Не так страшен рак, как его диагностируют и лечат// <http://www.julinudelman.com/BRPortal/br/P102>
5. Antonopoulos N. Cloud Computing: Principles, Systems and Applications / N. Antonopoulos, G. Lee. – L.: Springer, 2010. – 379 p.

### ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МОЛОДЁЖИ И УРОВЕНЬ ЕЁ ЗНАНИЯ НА ЭТУ ТЕМУ

**Г. Пжиложиньска**

*Государственная высшая профессиональная школа  
им. проф. Э.Ф. Щепаника, г. Сувалки, Польша*

**Резюме.** Систематически растёт число молодёжи, подверженной риску первичной артериальной гипертонии. Согласно последним руководящим указаниям ESH/ESC 2013 изменения образа жизни рекомендуются всем пациентам с гипертонией. Цель исследования заключалась в оценке уровня знаний молодёжи, рискующей развитием гипертонии, в области изменений их образа жизни и осуществлении изменений, которые понижают кровяное давление к рекомендуемому. Исследованием охвачены были молодые люди в возрасте 15-18 лет, у которых артериальное давление оценивалось как состояние «перед гипертонией» или гипертония 1 степени. Анализ ответов респондентов на вопросы показал, что молодёжь имеет весьма большие пробелы насчёт немедикаментозного лечения артериальной гипертонии, и, что с этим связано, не делает никаких изменений в своём образе жизни.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, молодёжь, образ жизни.

**Summary.** The number of young people at risk of the primary arterial hypertension is systematically rising. According to ESH/ESC 2013 new guidelines the adjustment of a

lifestyle is being recommended to all patients with arterial hypertension. The aim of conducted examinations was an assessment of the level of knowledge of young people threatened with the development of arterial hypertension about manners of their lifestyle change and of entering changes causing lowering blood pressure into recommended values. The young people aged 15-18, among whom arterial pressure was assessed as the prehypertension state or hypertension of the first degree were provided with examinations. The Analysis of the respondents' responses showed that young people had very little knowledge about nonpharmacological arterial hypertension curing and, what is connected with it, they are not implementing any alteration to their personal lifestyles.

**Key words:** arterial hypertension, young people, lifestyle.

**Введение.** В 2002 году ВОЗ опубликовала отчёт, в котором утверждала, что артериальная гипертония – один из наиболее серьёзных факторов риска чрезмерной смертности людей во всём мире. В польском обществе существует убеждение, что эта проблема касается главным образом лиц среднего и старшего возраста. У работников здравоохранения более повышен интерес к раскрытию артериальной гипертонии у взрослых, у которых, как правило, кровяное давление измеряется при визите к семейному врачу. В противоположность популяции взрослых лиц, молодёжи не гарантировано такого стандартного измерения у семейного врача. Проводить скрининговые тесты у учеников в возрасте 10, 13, 16, 18 и 19 лет обязаны только школьные медсестры.

**Артериальная гипертония у подростков** бывает гораздо реже, чем у взрослых, она обнаруживается примерно у 3% населения в возрасте до 18 лет. Она чаще всего имеет вторичный характер; это значит, что её причиной являются, например, заболевания почек, щитовидной железы или рак. Однако всё чаще виноватыми за возникновение артериальной гипертонии у детей считают окружающую среду, сидячий образ жизни, нездоровое питание и стимуляторы: сигареты, алкоголь, наркотики, «бустеры» или контрацептивы.

Диагноз артериальной гипертонии у детей требует не только использования аппаратуры, адаптированной к размерам ребёнка, но и так называемого процентиля (специальной схемы рекомендуемой Европейским обществом гипертонии (ESH- European Society of Hypertension) и Европейским обществом кардиологов (ESC- European Society of Cardiology).

**Классификация и определение артериального давления.** Правильное давление – величина находится ниже 90 перцентиля для систолического и диастолического артериального давления. Статус «прегипертонии» – между 90 и 95 перцентилем систолического и диастолического артериального

давления. Гипертоническая болезнь 1 степени – между 95 и 99 перцентилем систолы и/или диастолы. Гипертоническая болезнь 2 степени – выше 99 перцентиля систолы и/или диастолы.

*Лечение* артериальной гипертонии у детей и молодёжи. В связи с тем, что у детей чаще всего выступает вторичная гипертония, её лечение нуждается в устранении первоначальной причины, имеющей влияние на повышение параметров кровяного давления. В то время как будет поставлен диагноз, что это первоначальная гипертония, особое значение приписывается согласно с наиболее новыми указаниями ESH/ESC 2013 нефармакологическому лечению, то есть модификации образа жизни. Она должна рекомендоваться не только лицам с гипертонией 1 или 2 степени, но и в случае состояния «прегипертонии», а также ребятам и молодёжи с правильным давлением, но с семейной предрасположенностью.

Нефармакологическое лечение артериальной гипертонии заключается в том, чтобы:

- снизить избыточную массу тела;
- увеличить физическую активность;
- прекратить курение;
- уменьшить потребление соли;
- прекратить употребление алкоголя;
- не принимать гормональные анаболические препараты в случае молодёжи, занимающейся профессиональным спортом;
- прекратить использовать гормональные контрацептивы;
- прекратить приём наркотиков или «бустеров»;
- увеличить потребление фруктов и овощей;
- уменьшить в диете объём насыщенных жиров.

*Материалы и методы.* С целью оценки основной сферы знания о нефармакологическом лечении артериальной гипертонии были проведены исследования среди молодёжи с неправильным систолическим давлением. Исследование проводили методом диагностического зондирования с использованием авторской анкеты, которую направили респондентам, включенным в процесс наблюдений. Респондентам сообщили о цели и характере исследования, а также добились согласия заполнить анкеты.

Исследование было проведено в 2013 году в Сувалках. Опрос был проведён среди 68 учеников средних школ, у которых систолическое давление было оценено школьной медсестрой как состояние «перед гипертонией» или гипертония 1 степени. Анкета состояла из 14 вопросов в большинстве закрытых, на которые опрашиваемые отвечали согласно их зна-

ниям на тему нефармакологического лечения артериальной гипертонии крови и введенных изменений модифицирующих их образ жизни.

*Результаты изучения и обсуждение.* Исследования показали, что только 46 учащихся (67% исследованной группы) имеют дома аппарат для измерения артериального давления, но только 4 человека измеряют его систематически. Правильные величины кровяного давления знают только 3 человека. Информация о неправильной величине артериального давления у большинства подвергнутых опросу не стала причиной изменений в способе питания или в образе жизни. Только 6 опрошенных обращают внимание на количество холестерина, содержащегося в потребляемой ими пище. Все 46 человек сообщили, что любят солёную пищу и часто досыпают соль в съедаемую ими пищу. Большинство из них слишком много времени проводят за компьютером: 20 – около 2 часов, 24 – 4 часа, а оставшееся 22 – 5 и более часов в день. Зато дополнительной активностью вне уроков физкультуры хвастаются только 40 лиц, что представляет собой 59% респондентов. Сидячий образ жизни, ограниченные физические усилия и неправильная диета приводят к тому, что у 26 – избыток массы тела, а у 12 – полнота.

Неожиданной оказалась высокая самооценка знаний относительно нефармакологического лечения гипертонии. Так 2 чел. оценили свои знания как очень хорошие, 24 – хорошие, 36 – достаточные, а только 6 сочли, что им не хватает знаний на эту тему. Несмотря на высокую самооценку, только 4 чел. могут назвать три следствия артериальной гипертонии, 20 – два следствия, а остальные вообще не могут их назвать.

*Заключение.* В результате проведённого исследования автор убедился в том, что у молодёжи имеются большие пробелы в знаниях о предупреждении артериальной гипертонии. Причина этого заключается, скорее всего, в том, что у врача общей практики ограничено время (обычно около 15 минут) на контакт с пациентом, в терапии отсутствуют медсёстры, а сами пациенты недостаточно сотрудничают. Ситуацию могло бы улучшить введение в систему здравоохранения «Медсестёр сердца», задачей которых было бы обучить молодых людей и их опекунов способам изменения образа жизни и контролю вводимых изменений.

*Выводы:*

1. Профилактические измерения артериального давления должны быть выполнены не только среди учеников в возрасте 10,13,16, 18 и 19 лет, но, по крайней мере, один раз в год при измерении роста и массы тела школьной медсестрой и во время каждого визита к терапевту.

2. Нужно разработать схему образовательной процедуры относительно профилактики артериальной гипертонии у детей и молодёжи, нахо-



дящихся под угрозой этого заболевания, и определить лица, ответственные за осуществление разработанной схемы.

3. К просвещению, связанному с профилактикой гипертонии, нужно подключить опекунов молодых людей.

## СТАНОВЛЕНИЕ ЭКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГИИ КАК НАУКИ ОБ ИНТЕГРИРОВАННОМ ЗДОРОВЬЕ

**З.И. Тюмасева**

*Челябинский государственный педагогический университет,  
г. Челябинск, Россия*

**Резюме.** Обосновывается актуальность интеграции экологии и валеологии, которые имеют сущностную взаимосвязь, индуцирующую научную область, названную эколого-валеологией. Предметом изучения её являются отношения человека с другим человеком, социальными группами и с самим собой в устойчивости этих отношений, комплексном благополучии, интегрированном здоровье.

**Ключевые слова:** эколого-валеология, оздоровление, интегрированное здоровье, экологическое образование, валеологическое образование, эколого-валеологическое образование.

**Summary.** This article explains the relevance of ecology and valeology integration that have essential interconnection, inducing a scientific field called ecological valeology. The subject of its studying is person's relationship with another person, social groups and with itself in the stability of these relationships, complex well-being and integrated health.

**Key words:** ecological valeology, making healthy, integrated health, environmental education, valeological education, ecological and valeological education.

В связи со стремительным ростом объёма информации, подлежащей усвоению в процессе общего и специального образования, наряду с всё возрастающей ролью и ценностью информационных ресурсов для современного общества, – неминуемо формируется целый ряд противоречий между неизбежными тенденциями экстенсификации и интенсификации образования, игнорирование которых не только резко снижает его эффективность, но и обуславливает устойчивую тенденцию снижения уровня здоровья субъектам образования.

В этих условиях особую актуальность приобретает радикальное качественное изменение самой сущности образования.

Исследования, которые проводит коллектив Института здоровья и экологии человека на протяжении 15 лет, возглавляемый автором данной, показывают, что определяющим условием качественного изменения обра-

зования является устойчивое развитие образования как системы, структуры, процесса, на пути его к системному образованию.

Системное образование предполагает формирование и развитие ряда образовательных феноменов, среди которых я выделяю феномены: *эколого-валеологическое образование* как подсистему общего непрерывного образования и *эколого-валеологию* как науку об интегрированном здоровье.

Каждый из таких феноменов не является лишь «новационной добавкой» к образованию, но выполняет особую незаменимую роль в оздоровлении самого образования и образовательного процесса.

Остановимся на становлении эколого-валеологического научного направления – эколого-валеологии.

Началась эколого-валеология не с термина, а с реальных явлений, отношений человека с материальным миром и с самим собой. Вначале выделились самостоятельные знания в виде экологии, затем современной экологии, которая стала мировоззренческим фактором в формировании нового образа жизни человека, характеризующегося гармонией в отношениях человека с окружающей средой, потом и валеологии. И только на определённом этапе развития научного и образовательного знания, встал вопрос об интеграции экологии и валеологии.

Самое общее международное регулирование отношений человека с явлениями экологии и валеологии начинается с принятия обоснованных международных и государственных законов. Большую роль в обеспечении прав человека на благоприятную окружающую среду и благополучное здоровье играют различные подразделения ООН и принятые ими документы: «Всеобщая Декларация прав человека»; «Гигиена окружающей среды» (ВОЗ); «Производственная сфера» (ЮНИДО); «Человек и биосфера» (ЮНЕСКО) и другие. Во многих документах центральное место занимают права человека на развитие, здоровье и экологически сбалансированную окружающую среду, право на жизнь в условиях мира и право на общее наследие человечества.

В конституции Российской Федерации многократно говорится об ответственности за свою Родину перед нынешним и будущим поколениями, охране и укреплении здоровья, благополучии окружающей среды.

Таким образом, взаимосвязь экологии и только зарождающейся валеологии начала отображаться в осознании человека в явном виде в последней четверти XX века, хотя собственно научные знания в области эколого-валеологии стали формироваться лишь в 90-е годы XX века.

Существуют различные отношения к описанию содержания и методов, изучения парадигмы «эколого-валеология», представляющей интеграцию

двух наук. Некоторые исследователи (в том числе основоположник валеологии И.И. Брехман), по-видимому, не посчитали нужным вести специальное обсуждение эколого-валеологии, после того как были определены составные части этого словосочетания: экология и валеология. Однако исторические факты показывают, что виды интеграции отдельных наук могут быть достаточно различающимися.

Различные аспекты эколого-валеологии (подчеркну – не только в виде общего эколого-валеологического образования, но и частных видов его) изучают Е.Г. Кушникова, Д.В. Натарева, Н.Н. Щелчкова, И.Л. Орехова, Л.Н. Пономарёва, Л.П. Архипова, Р.Н. Денисенко и другие. При этом рассматриваются эколого-валеологическая направленность образовательных систем, эколого-валеологическая подготовка и готовность студентов педагогических вузов, эколого-валеологические знания, умения, навыки, эколого-валеологическая культура, эколого-валеологическая аттракция и т.д.

Общая идея интеграции экологии и валеологии заключается в том, чтобы настоящие и будущие проявления человека в обществе и природе были обусловлены и соответствовали глубоко взаимосвязанным принципам и законам экологии и валеологии, а также целесообразной, человеческой деятельности. Безусловно, передовая научная мысль, человеческий разум и рациональная общественная и личная деятельность людей нацелены на обеспечение благополучия системы «человек–общество–природа».

Рассмотрим дидактическую проекцию экологии и валеологии на педагогику. В этом случае мы имеем дело с экологическим и валеологическим образованием.

*Экологическое образование* – вид образования, который характеризуется обеспечивающей образовательной средой. В этом проявляется феноменальность экологического образования. Если рассматривать субъекты образования в аспекте образовательных взаимоотношений со всем, что их окружает, то, во-первых, целесообразно понимать «всё это» как специфическую окружающую среду, называемую образовательной средой (артесредой) а, во-вторых, формируя рациональные педагогические отношения, рассматривать их в качестве эколого-педагогических процессов, которые происходят в определённой образовательной среде и являются здоровьесберегающими по отношению к субъектам образования и даже оздоравливающими для образовательной среды.

В результате в образование входят в качестве дидактических проекций не только экология, но ещё и валеология. *Валеология* – это наука об интегрированном здоровье динамических саморегулирующих систем, его проявлениях, закономерностях, механизмах формирования, сохранения и

укрепления. *А интегрированным здоровьем динамической саморегулируемой системы называется динамическое равновесие эндогомеостаза (т.е. внутреннего гомеостаза) и экзогомеостаза (т.е. внешнего гомеостаза) этой системы.*

Гомологический перенос первичного понятия «здоровье человека» на понятие «здоровье динамической саморегулирующей системы» является естественным шагом, индуцирующим межпредметную взаимосвязь экологии и валеологии, выраженную в интегрированном феномене эколого-валеологической аттракции, которая отражает глубинную сущностную взаимосвязь внешней и внутренней сред определённой системы (в силу мегаэкологии), а также баланс, динамическое равновесие названных сред (т.е. интегрированное здоровье системы).

В этом заключается рациональный смысл эколого-валеологического образования, а точнее, эколого-валеологической аттракции образования.

*Эколого-валеологической аттракцией* определённой динамической системы назовём приоритетное направление развития этой системы, основанное на взаимообусловленных принципах экологии и валеологии.

*Эколого-валеологическим образованием* называется такое образование, которое обуславливается эколого-валеологической аттракцией.

Приведённые выше понятия раскрывают эколого-валеологическую парадигму образования. Причём «эколого-валеологическое» понимается здесь в аспекте следующей межпредметной взаимосвязи экологии и валеологии:

– предмет валеологии (динамические саморегулирующие системы) совпадает с предметом мегаэкологии;

– методология валеологии (гомеостаз, динамическое равновесие) является частным случаем методологии экологии (взаимоотношения).

Предметом эколого-валеологии являются отношения человека с другим человеком, социальными группами людей (обществом), природой, социально-природной средой и с самим собой – в устойчивости этих отношений, комплексном благополучии, интегрированном здоровье.

Эколого-валеология призвана разрабатывать научные основы оздоровления образования, образовательной среды и образовательных процессов.

#### Литература

1. Орехова, И.Л. Эколого-валеологизация диверсифицированной подготовки студентов к оздоровительной деятельности в образовательных учреждениях: монография / И.Л. Орехова. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2012. – 340 с.

2. Пономарёва, Л.И. Методология формирования эколого-валеологической готовности будущих педагогов в условиях модернизации естественнонаучного образования / Л.И. Пономарёва – Шадринск, 2009. – 463 с.
3. Тюмасева, З.И. К вопросу об актуальности конвергенции валеологии и экологии / З.И. Тюмасева, А.А. Цыганков // Валеология. – 2012. – №1. – С.7-13.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ОСОЗНАННОГО УМЕНЬШЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ  
БРАДИЭНТЕРИИ У СТУДЕНТОВ  
А.Ю. Юров <sup>1</sup>, К.А. Шемеровский <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова,*

<sup>2</sup>*Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины  
СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия*

**Резюме.** Выявлена принципиальная возможность сознательного уменьшения степени нарушений циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у студентов медицинских ВУЗов путем дополнительного их информирования о хронофизиологических закономерностях ритма дефекации. Информирование способствовало формированию у исследуемых трех основных физиологических эффектов: повышению встречаемости утреннего ритма дефекации, уменьшению риска тяжелой стадии брадиэнтерии за счет увеличения вероятности ее перехода в более легкую стадию, а также существенному повышению уровня удовлетворенности сном.

**Ключевые слова:** брадиэнтерия, кишечник, регулярный ректальный ритм, хронофизиологическое информирование, циркадианный ритм.

**Summary.** Principle possibility of the conscious psychophysiological decreasing of circadian rhythm disorders in intestinal tract evacuation function was revealed. The investigation was produced in students of medical institutes by the way of additional informing the students about the importance of chronophysiological regularity in defecation rhythm. This information after being received by the students promoted three basic physiological effects in them: increasing of morning defecation rhythm frequency; diminution the risk of the bradyenteria heavy-stage occurrence due increased probability of its modifying into more easy stages; significant elevation of the sleeping gratification.

**Key words:** bradyenteria, circadian rhythm of intestinal tract, chronophysiological instructing, regular rectal rhythm.

**Введение.** Известно, что качество жизни человека существенно зависит от регулярности циркадианного (околосуточного) ритма эвакуаторной функции кишечника [1,2,3]. Регулярный ректальный ритм способствует более высокому уровню качества жизни, а замедленный и (или) нерегулярный, наоборот, сопровождается удовлетворительным или даже низким

уровнем качества жизни. При ежедневном питании физиологически нормальным является ежедневное опорожнение кишечника [1]. Вместе с тем в последнее время в медицинской литературе доминирует представление о том, что нерегулярный ритм эвакуаторной функции кишечника (с частотой от 3 раз в день до 3 раз в неделю) может быть принят, как нормальный [2]. Ряд исследователи полагают, что нерегулярность стула характерна в норме как для детей старше 3 лет [3], так и для взрослых [3, 4], хотя с позиций хронобиологии и хрономедицины это утверждение не является физиологичным.

Однако возможность сознательного перехода от нерегулярного ритма кишечника к регулярному ректальному ритму (устранения брадиэнтерии) остается неисследованной.

**Цель исследования** – изучить принципиальную возможность осознанного уменьшения нарушений циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника (осознанного устранения брадиэнтерии, осознанного перехода от низкой частоты эвакуаторной функции кишечника в сторону ее физиологической циркадианной регулярности) путем информирования студентов о хронофизиологических закономерностях циркадианных биоритмов организма человека, являющихся базисными в обеспечении нормального функционирования висцеральных систем.

**Материалы и методы.** Обследовано 111 студентов медицинских ВУЗов (средний возраст 22 года) с применением метода хроноэнтерографии, а уровни качества жизни определяли с помощью специальных опросников по адаптированному варианту метода SF-36 [3]. Оценивали удовлетворенность студентов качеством и длительностью сна по 100-балльной шкале. Регулярный ректальный ритм (РРР) определяли при наличии ежедневной эвакуаторной функции кишечника с частотой не ниже 7 раз в неделю. Нерегулярный ректальный ритм (НРР) диагностировали при нарушении циркадианного (ежедневного) ритма эвакуаторной функции кишечника с частотой от 1-2 до 5-6 раз в неделю. Выделяли три стадии тяжести НРР: первая стадия (легкая) – при частоте стула 5-6 раз в неделю, вторая стадия (умеренная) – при частоте стула 3-4 раза в неделю, третья стадия (тяжелая) – при частоте стула 1-2 раза в неделю.

Студентов разделили на две группы. Первая группа (64 человека) являлась контрольной, а студенты второй группы (47 человек) были обследованы дважды: до получения информации о циркадианном ритме дефекации и через 2 недели после получения информации об околосуточном ритме функционирования организма и о том, что физиологической нормой является ежедневный стул (не менее 7 раз в неделю) именно в утренние

часы (от пробуждения до полудня, или от 06:00 до 12:00 часов дня). Информирование студентов было направлено на психологическое, а не медикаментозное уменьшение выраженности брадиэнтерии (склонности к запору), на превентивную самостоятельную коррекцию нарушенного (замедленного) ритма стула.

Сравнительный анализ проводили между лицами с PPP и субъектами с HPP. Достоверность различий средних определяли по размаху их варьирования при уровне достоверности 95%.

*Результаты.* Обследование студентов первой группы показало, что регулярный ректальный ритм (PPP) (при частоте циркадианного ритма стула не менее 7 раз в неделю) имел место у 27 (42%) человек. Нерегулярный ректальный ритм (HPP) при частоте стула от 1-2 до 5-6 раз в неделю был диагностирован у 58% студентов (37 из 64). Среди лиц с HPP нерегулярность первой стадии тяжести (легкая) при частоте стула 5-6 раз в неделю имела место в 49% случаев (18 из 37). Нерегулярность второй стадии тяжести (умеренная) при частоте стула 3-4 раза в неделю встречалась в 38% случаев (14 из 37), а нерегулярность третьей стадии тяжести (тяжелая) при частоте стула 1-2 раза в неделю была диагностирована у 5 из 64 обследованных студентов, то есть в 13% случаев. Следовательно, чем более была выражена стадия тяжести нерегулярности ритма стула (или брадиэнтерии), тем реже была диагностирована эта брадиэнтерия.

В целом у пациентов первой группы наличие именно утренней фазы ритма стула (у 21 студента) выявлялось почти в 2 раза реже, чем отсутствие утренней фазы опорожнения кишечника (у 43 студентов).

Следует отметить, что даже у лиц с регулярным ректальным ритмом при частоте стула 7 раз в неделю отсутствие утренней акрофазы этого ритма встречалось почти в 2 раза чаще, чем наличие утренней фазы ритма дефекации. При выраженной нерегулярности ритма стула, то есть при второй стадии брадиэнтерии (при частоте стула 3-4 раза в неделю) отсутствие утренней акрофазы ритма дефекации встречалось почти в 3,7 раза чаще, чем наличие этой фазы ритма стула (3:11). Следовательно, у тех студентов, у которых дефекация осуществлялась не ежедневно, а почти через день (3-4 раза в неделю) риск нарушения циркадианного ритма дефекации (при отсутствии утреннего стула) был повышенным почти в 3,7 раза по сравнению с теми студентами, у которых наблюдалась утренняя акрофаза ритма стула.

Обследование студентов второй группы в контроле (до получения информации о «Циркадианном ритме эвакуаторной функции кишечника») позволило выявить аналогичную зависимость частоты ритма стула от

акрофазы этого ритма. У этой группы студентов PPP встречался существенно реже (в 38% случаев), чем HPP (в 62% случаев). Так же как в первой группе обследованных студентов, в целом отсутствие утренней акрофазы ритма стула встречалось существенно чаще, чем наличие этой фазы.

Второе обследование тех же самых студентов с помощью аналогичных анкетирования и метода хроноэнтерографии позволило выявить существенное увеличение числа лиц с утренней акрофазой ритма стула, а именно 18 студентов вместо 10 с утренней фазой.

Кроме того, почти в 2 раза (в 1,8 раза) увеличилось число студентов, имеющих регулярный ректальный ритм с утренней акрофазой ритма стула (было 6, стало 11).

При втором тестировании студентов (после информирования о «циркадианном ритме стула») число лиц с первой (легкой) стадией тяжести брадиэнтерии (5-6 раз в неделю) оказалось (25 студентов) существенно (почти в 1,5 раза) большим, чем при первом тестировании (17 студентов).

Необходимо отметить, что встречаемость утренней акрофазы у лиц с регулярным ритмом стула (7 раз в неделю) после получения ими информации о физиологичности именно утренней фазы ежедневного стула – возросла почти в 2 раза (от 33% до 61%).

После информирования студентов о циркадианном ритме кишечника качество сна изменилось следующим образом:

- число лиц с достаточным сном (удовлетворенных сном на 80% – очень хороший сон) возросло на 27%;
- число лиц с достаточным сном (удовлетворенных сном на 60% – хороший сон) увеличилось на 10%;
- число лиц с недостаточным сном (удовлетворенных сном лишь на 40% – плохой сон), наоборот, уменьшилось на 12%;
- число лиц с недостаточным сном (удовлетворенных сном лишь на 20% – очень плохой сон) уменьшилось на 30%.

Таким образом, информирование студентов-медиков о значении биологических ритмов для здоровья человека приводило не только к повышению степени регулярности ритма кишечника, но и повышало степень удовлетворенности сном.

Регрессионный анализ зависимости между количеством студентов в процентах от их общего числа и степенью удовлетворения качеством сна, оцениваемой ими по 100-балльной шкале, также выявил смену превалирования недостаточного сна, имевшего место до получения информации (отрицательный наклон аппроксимационной прямой регрессии,  $a = -0,05$ ,  $R^2=0,991$ ), на преобладание достаточного сна, наступившее после получе-

ния информации (положительный наклон аппроксимационной прямой регрессии,  $a = +0,05$ ,  $R^2 = 0,991$ ).

**Выводы.** Информация, предоставленная студентам о физиологической значимости циркадианного утреннего ритма дефекации, способствовала существенному проявлению трех основных эффектов:

1. Увеличению общего числа лиц с утренней акрофазой ритма стула (почти в 2 раза).
2. Уменьшению числа лиц с выраженной стадией брaдиэнтерии (в 3,6 раза).
3. Увеличению числа лиц с легкой стадией брaдиэнтерии (почти в 1,5 раза).

Информирование студентов-медиков о возможности осознанного восстановления регулярности циркадианного ректального ритма с помощью сознательного неподавления утреннего постпрандиального рефлекса на дефекацию способствовало не только уменьшению степени тяжести брaдиаритмии кишечника, но и повышало уровень удовлетворенности сном.

#### *Литература*

1. Буторова, Л.И. Запоры: маленькие трагедии и большие проблемы / Л.И. Буторова. – 4 ТЕ АРТ, 2011. – 30 с.
2. Думова, Н.Б. Хронические запоры у детей : пособие для врачей / Н.Б. Думова, В.П. Новикова. – СПб.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 100 с.
3. Циммерман, Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы / Я.С. Циммерман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 416 с.
4. Task, J. Лечение хронического запора: современная медикаментозная терапия и ее перспективы / J.Task, S.Muller-Lissner // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. – 2009. – Т. 2, № 6. – С. 438-445.
5. Talley N.J., Conquering Irritable Bowel Syndrome – People's Medical Publishing House – USA, 2012. – 175 pp.

### ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Т.Н. Ле-ван**

*Московский городской педагогический университет,  
Москва, Россия*

**Резюме.** В статье рассматривается понятие «отношение к здоровью» как предмет педагогических исследований, представлена структура этого понятия, которая легла в основу диагностической методики, направленной на изучение отношения к здоровью обучающихся и воспитанников для повышения качества здоровьесформирующей деятельности в образовательной организации.

**Ключевые слова:** отношение к здоровью, педагогическое исследование, здоровьесформирующая педагогическая деятельность.

**Summary.** The article discusses the concept of «attitude to health» as a matter of educational research, the structure of this concept, which was the basis of diagnostic techniques, aimed at studying the relationship to the health of preschool and school children to improve the quality of health forming activities in educational organization.

**Key words:** attitude to health, pedagogical research, health forming pedagogical activity.

Здоровье – одна из междисциплинарных человековедческих категорий, исследуемых еще с древних времен. Отношение к здоровью изучают, в основном, такие области науки, как философия, социология, культурология, аксиология, акмеология, валеология и психология. Педагогика с недавних пор также уделяет большое внимание решению проблемы сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса. Это связано с включением функции здоровьесозидающего характера, вменяемой в обязанность образовательной организации и педагогу (как основному исполнителю, организатору образовательного процесса) в ключевые федеральные нормативные документы.

Феномен отношения к здоровью не нашел еще, на наш взгляд, однозначного понимания и детального описания. При всем многообразии в этой области диагностического инструментария наши исследования показали, что отсутствуют методики оценки отношения к здоровью, емко, но кратко охватывающие все содержательные аспекты этого понятия и предназначенные для практического использования в учреждениях разных уровней системы образования, а также в социальной сфере.

Целью статьи является уточнение структуры понятия «отношение к здоровью» с позиций педагогического исследования применимо к лицам детского возраста для последующего составления соответствующего опросника. Ввиду этого для проведения исследования использовались методы анализа научно-методической литературы (по вопросам возрастной психологии, психологии здоровья, валеологии), анализа существующего диагностического инструментария по проблеме. Нами рассмотрены методики оценки локус-контроля здоровья Дж. Гринберга [2, 331]; определения индивидуальной концепции здоровья (Д. Сиерес и В.Гавидия [2, 316-317]); валеологического типа личности А.Г. Маджуга [3]; «тест здоровья» Дж. Озавы [1, 408]; индекс отношения к здоровью (С. Дерябо, В. Ясвин [1, 403]); оценки уровня самоактуализации личности Э. Шострома [1, 347]; субъективного благополучия М.В. Соколова [1, 376]; опросник Л.В. Баль [4], опросник «Отноше-

ние к здоровью» Р.А. Березовской [1, 396] и ряд других. Был составлен комплекс опросников для детей различных возрастов, опирающихся на единую структуру понятия «отношение к здоровью», описанную ниже. Также были применены эмпирические методы исследования: наблюдение, опрос, онлайн-анкетирование – для апробации данного опросника.

Традиция исследования проблемы отношения к здоровью только складывается в современной науке и связана с такой ее областью, как психология здоровья (В.А. Ананьев, Г.С. Никифоров, М.Ф. Секач и др.). Отношение к здоровью определяет поведение человека: самоорганизацию и саморегуляцию, взаимодействие человека с окружающим миром. Вместе с тем, именно образование (при условии социального партнерства с семьей) отвечает за формирование у детей ключевых компетенций, обеспечивающих это взаимодействие, успешность и благополучие человека в современном мире. И существенное значение в развитии компетенций, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья человека, имеет его отношение к здоровью как детерминанта характера мотивации на здоровьесозидающую деятельность. Следовательно, отношение к здоровью должно, безусловно, являться предметом педагогических исследований.

Методологический аппарат педагогического исследования включает эмпирические методы, одним из основных является педагогический эксперимент – проверка достоверности гипотезы, касающейся оптимизации взаимодействия участников образовательного процесса и решения других актуальных проблем образовательной практики. Современные исследовательские работы нередко посвящаются поиску путей более эффективной организации здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности в образовательных организациях.

Отталкиваясь от общепринятого значения слова «отношение» (характер обращения с кем-либо, чем-либо, взгляд на что-либо, мнение о чем-либо), мы трактуем *отношение к здоровью как мнение человека о здоровье (в том числе своем здоровье) и характер обращения со здоровьем, определяемый, в свою очередь, уровнем и характером мотивации на здоровьесозидающий образ жизни.*

Структура данного понятия, на наш взгляд, включает следующие значимые для педагогического исследования компоненты:

- 1) образ своего я, понимание себя, своих чувств и ощущений, мотивов своего поведения;
- 2) субъективная оценка своего самочувствия, настроения (как ситуативное, «здесь и сейчас», отражение внутренней картины здоровья);

- 3) наличие у ребенка индивидуального опыта нездоровья, характер этого опыта;
  - 4) принятие ценности здоровья, понимание того, что быть здоровым важно для ребенка и окружающих его людей, а усилия, прилагаемые человеком для того, чтобы сохранять и укреплять здоровье, стоят полученного результата;
  - 5) личная ответственность за выбор в пользу здоровья или против этого (этот компонент включает понимание ребенком того, что полезно, а что вредно для здоровья, т.е. привлекается когнитивный компонент культуры здоровья);
  - 6) активность в формировании своего здоровья (выполнение рекомендаций родителей, педагогов, специалистов, интерес к вопросам сохранения здоровья);
  - 7) независимость в принятии решений (присутствие/отсутствие феномена социальной желательности, влияния «значимого взрослого», сверстников, средств массовой информации и т.д.);
  - 8) характер мотивации на здоровьесозидающую деятельность (осознанная / неосознанная; позитивная / негативная; устойчивая / ситуативная).
- Составленные с учетом данных структурных компонентов опросники были апробированы в 2011-2013 гг. в ходе Интернет-анкетирования, в котором приняли участие 96 человек (от 3 до 18 лет).

Анализ примеров успешного педагогического опыта позволяет судить о том, что участие педагога и родителя в выстраивании внутренней картины здоровья человека с позиций его саморазвития и самоактуализации без акцентов на болезнь или негативные последствия позволяет сформировать интерес к вопросам здоровья, воспитать ответственное отношение обучающихся и воспитанников к себе и окружающему миру, что позволяет *перевести заботу о человеке в заботу человека о самом себе* – то есть направить усилия на формирование «здравотворческой личностной позиции» [3]. И важнейшим из компонентов этого понятия мы видим ценностно-мотивационный, базирующийся на гармоничном отношении человека к своему здоровью

#### Литература

1. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2011. – 950 с.
2. Дыхан, Л.Б. Теория и практика здоровьесберегающей деятельности в школе / Л.Б. Дыхан. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 412 с.

3. Маджуга А.Г. Здоровьесозидающий подход в образовании : учебное пособие / А.Г. Маджуга, Д.Б. Козлов. – Стерлитамак: БашГУ, 2011. – 712 с.
4. Формирование здорового образа жизни российских подростков: Для классных руководителей 5-9 классов: учебно-методическое пособие /под ред. Л.В. Баль, С.В. Барканова. – М.: ВЛАДОС, 2002. – 192 с.

### АКМЕОВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

**А.Г. Маджуга, Л.Б. Абдуллина**

*Стерлитамакский филиал Башкирского государственного университета,  
г. Стерлитамак, Россия*

**Резюме.** В статье рассмотрены отдельные аспекты стратегий здоровьесбережения субъектов образовательного процесса в вузе, основанных на взаимосвязи шести валеоакмеологических пространств, раскрыта сущность акмеовалеологического подхода. Особое внимание уделено характеристике акмеовалеологических пространств, сформированность которых свидетельствует об уровне развития здоровья личности.

**Ключевые слова:** феномен «акме», самореализация человека, конструктивно-творческая доминанта, акмеовалеологический подход, акмеовалеологическое пространство, здоровье, развитие здоровья личности.

**Summary.** This article describes some aspects of the strategies of the health funds of the subjects of educational process at the University based on the relationship six akmeovaleological spaces, the essence of akmeovaleological approach. Special attention is paid to the characteristics of akmeovaleological spaces, readiness to which indicates the development level of health of the person.

**Key words:** the phenomenon of "acme", self-realization of man, constructive and creative dominant, akmeovaleological approach, akmeovaleological space, health, development of the health of a person.

Здоровье и качество жизни признаны основополагающими ценностями системы образования, что нашло своё отражение в Болонской декларации, «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», «Национальной доктрине образования РФ на период до 2025 года», в «Законе об образовании РФ» и в Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа», в которой указаны важные задачи современной школы: обеспечение индивидуального подхода, минимизирующего риски для здоровья в процессе обучения; создание комфортных условий обучения; создание мотивации и условий для здорового образа жизни.

Следует отметить, что в ситуации глобальных кризисов – экологического, демографического, геополитического, этнического и нравственного, с одной стороны, и беспрецедентных темпов изменений и развития новых структур и элементов, в частности, за счет технико-технологических достижений – с другой, значительно усложняются условия жизни людей, осуществляется сильный прессинг на человека множества разных сил, вызывающих эмоциональное напряжение, стрессы и в результате – увеличение количества специфических заболеваний.

Многообразие взглядов на здоровье, разное понимание его сущности и безуспешность попыток выработать единое, согласованное мнение о нём в значительной степени объясняется тем, что здоровье в современном его осмыслении действительно представляет собой сложное явление, характеристики которого трудно выразить однозначно. Вопрос о социально значимых составляющих здоровья населения относится к числу наиболее сложных [3]. Он имеет прямое отношение к ключевым аспектам жизни людей, условиям труда и их образу жизни. В этой связи, утверждается главный принцип здоровья: не только иметь крепкое здоровье, но и быть способным реализовать свою человеческую миссию, для чего необходимо быть здоровым и телом, и духом. С этих теоретико-методологических позиций сегодня в понятие «здоровье» следует включать конкретные формы поведения, его цели, мотивы, которые позволяют улучшать качество нашей жизни, достигать высокой степени самореализации самого человека. Именно поэтому, особое значение приобретает акмеологическая составляющая развития и осуществления здоровья человека.

Здоровье давно уже перестало восприниматься на уровне отсутствия болезни, а приобретает более глубокий смысл в контексте решения современных задач общества и, прежде всего, повышения роста-развития человека, его физических возможностей, духовного потенциала и т. д. Признанные отечественные специалисты в области психологии развития и акмеологии уделяют серьезное внимание состоянию здоровья человека, от которого, безусловно, зависит формирование гармоничной личности и достижение ею «акме», т. е. вершины своего развития. Так, Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, А.А. Деркач, Л.А. Рудкевич, исследовали феноменологию, закономерности и механизмы достижения человеком «акме» – вершины в своем развитии, как индивида, личности, субъекта деятельности и индивидуальности. А.А. Бодалев с соавторами, отталкиваясь от понимания «акме», ставит проблему измерения и стимулирования «достижительных» устремлений личности, общества и более глубокого рассмотрения соотношения понятия «акме» с другими категориями, такими как «смысл жизни»,

«счастье», «справедливость», «самоактуализация» [2]. В контексте названных феноменов здоровье приобретает новые характеристики и смысл.

Изучение закономерностей развития человека убеждает, что на ступени зрелости, и особенно при достижении им наиболее высокого уровня, проявляемого в деятельности, на это состояние зрелости «работает» вся предшествующая его жизнь, его актуальная конструктивно-творческая доминанта. В таком понимании «акме» предстаёт, как интегральная формула здоровья, самопознания, самоопределения и творческого самоутверждения человека. Необходимо отметить, что акмеовалеологический подход в решении сложных проблем, связанных со здоровьем человека основывается на этих теоретических положениях.

*Акмеовалеологический подход*, представляет собой интегративный научный подход устанавливающий соотношение между феноменами «акме» и «здоровье» и постулирующий необходимость рассмотрения целостного здоровья как динамического процесса, направленного на осознание необходимости самосовершенствования и саморазвития человека в аспекте целостного здоровья как главной детерминанты его успешности в профессиональной деятельности и личностного роста, а также показывающий взаимосвязь между профессиональным самосознанием и аутокомпетенциями в отношении своего здоровья и формирование на этой основе стратегий жизни и деятельности, направленных не только на сохранение, укрепление здоровья, но и его приращение, т.е. созидательную активность в отношении своего здоровья.

С позиций названного подхода, формирование отношения людей к собственному здоровью может быть рассмотрено как комплекс мотивационных средств, определяющих отношение к работе, перспективы профессионального роста, материальной обеспеченности, резервам, характеру и направленности взаимодействия в системе «организм — среда — поведение». Для понимания отношения индивида к здоровью необходимо учитывать, что переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного гармонически развитого физического, психического и нравственного состояния человека, которое позволяет личности оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и, прежде всего, трудовую деятельность. В свою очередь, отношение к здоровью — это внутренний механизм развития здоровья, в основе которого лежит высокая субъективная значимость здоровья и его осознание как предпосылки реализации своих жизненных задач. Развитие здоровья рассматривается нами через отношение к здоровью, т.е. через его внутренний механизм.

Охарактеризовать отношение к здоровью, на наш взгляд, можно в шести акмеовалеологических пространствах:

- ценностно-мотивационное пространство – определяет место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, особенности мотивации здорового образа жизни;
- рефлексивно-оценочное пространство – характеризует особенности осознания и оценки субъектом своих внутренних психических актов и состояний, связанных со здоровьем. Оно включает способность: отражать, оценивать свое состояние, обращать сознание внутрь себя, размышлять над своим физическим и психическим состоянием;
- эмоционально-чувственное пространство – отражает эмоции и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека;
- когнитивное пространство – отражает особенности познавательных процессов личности относительно своего состояния здоровья;
- поведенческое пространство – характеризует особенности проявления действенного начала по отношению человека к своему здоровью, освоение им здоровьесберегающих технологий и создание здоровьесберегающего образовательного пространства;
- этнофункциональное пространство – характеризует целостное здоровье человека с позиций этнодифференцирующих и этноинтегрирующих признаков, наличие которых определяет либо этнофункциональную рассогласованность, либо этнофункциональную согласованность в деятельности важнейших систем жизнеобеспечения и личностных проявлений, связанных с конкретными этнически predeterminedными убеждениями в отношении болезни и здоровья, а также форм его сбережения [1].

Степень сформированности этих пространств свидетельствует об уровне развития здоровья личности. Выстраивание акмеовалеологической модели развития здоровья личности может быть представлено как процесс конструирования оптимальности содержания и взаимосвязи данных пространств. В контексте названной модели мы понимаем здоровье человека, как единое целое во взаимосвязи всех его компонентов: физического, эмоционального, интеллектуального, личностного социального, духовного и этнофункционального. В этой связи, здоровьем мы называем такое состояние организма человека, в котором отражается уровень культуры отношения личности к окружающему миру во всем многообразии её проявлений (и в том числе к себе), детерминированной степенью усилий человека в наращивании своих жизненных сил и связанный с формированием устойчивых



моделей здоровьесберегающего поведения и деятельности, направленных на гармонизацию отношений человека с самим собой и миром.

Таким образом, развитие здоровья субъектов образовательного процесса, предполагает процесс акмеологизации в шести основных пространствах: ценностно-мотивационном, поведенческом, рефлексивно-оценочном, эмоционально-чувственном, когнитивном и этнофункциональном.

#### Литература

1. Акмеология здоровья: коллективная монография / М.Б. Мусакаев, А.Г. Маджуга, С.Н. Сладков, В.В. Сладкова); науч. ред. А.А. Вербицкий. – Стерлитамак: изд-во «ФОБОС», 2012. – 288 с.
2. Бодалёв, А.А. Человек и цивилизация в зеркале акмеологии / А.А. Бодалёв, В.Т. Ганжин, А.А. Деркач // Современные проблемы смысла жизни и акме: матер. VI-VII симпоз. ПИ РАО ; под ред. А.А. Бодалёва. – М.; Самара, 2002. – С. 13-24.
3. Сериков Г.Н., Сериков С.Г. Здоровьесбережение в гуманном образовании / Г.Н. Сериков, С.Г. Сериков. – Екатеринбург; Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 1999. – 242 с.

### ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЕГО РЕАЛИЗАЦИИ

**Д.Д. Шарипова, Г.А. Шахмурова**

*Ташкентский государственный педагогический университет  
имени Низами, Ташкент, Узбекистан*

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы преемственности и последовательности валеологического образования на всех этапах непрерывного образования в контексте формирования здоровьесберегающих компетенций в рамках здорового образа жизни, путем обеспечения каждого этапа обучения учебно-методическим комплексом, необходимыми гигиеническими и оптимальными психологическими условиями и создания здоровьесозидающего и здоровьетворческого подхода к его реализации.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровьесбережение, здоровый образ жизни, система непрерывного образования.

**Summary.** Questions of continuity and sequence in valeological education at all stages of continuous education in a forming context health protection competences within the limits of a healthy way of life, by maintenance of each grade level with the teaching-methodical complex, necessary hygienic and optimal psychological conditions and creation common sense and public health services the approach to its realization are considered in the article.

**Key words:** health, health protection, a healthy way of life, system of continuous education.

В последние годы в педагогической науке обозначилась актуальная проблема, связанная с модернизацией содержания образования, оптимизацией способов и технологий организации образовательного процесса в связи с реформированием образования в Республике Узбекистан, в соответствии с которым цель образования стала соотноситься с формированием физически здорового, духовно зрелого и гармонично развитого подрастающего поколения, обладающего самостоятельным мышлением, развитым интеллектуальным потенциалом, глубокими знаниями и современным мировоззрением, способным взять на себя ответственность за здоровье, судьбу и будущее страны и общества, мобилизации для этого всех сил и возможностей государства и общественности.

Одним из направлений деятельности педагогических коллективов на разных этапах системы непрерывного образования является его оздоровительная направленность успешное решение, которого достигается:

- обеспечением каждого этапа учебно-методическим комплексом здоровьесберегающего образования, начиная от дошкольного, завершая послеузовским образованием;
- формированием у обучающихся и обучающихся компетенции здоровьесбережения на основе непрерывности и преемственности приобретаемых знаний, умений и навыков по сохранению и укреплению здоровья;
- использованием здоровьесозидающего и здоровьетворческого подхода к реализации валеологического образования;
- созданием комфортной гигиенической и оптимальной психологической среды обучения.

В настоящее время общеобразовательные учреждения (ОУ) призваны формировать новую систему универсальных знаний, умений и навыков с использованием современных здоровьесберегающих технологий, а также опыт самостоятельной деятельности и личной ответственности обучающихся за свое здоровье и здоровье окружающих.

В контексте вышесказанного в Республике Узбекистан валеологическое образование реализуется:

- в дошкольных образовательных учреждениях путем изучения «Азбуки здоровья» (разработано пособие для воспитателей);
- в начальной школе на «Уроках здоровья» (разработаны учебные пособия и рабочие тетради для каждого класса, а также методическое пособие для учителя);

– для 5-9-х классов общеобразовательной школы при изучении курса «Основы здорового поколения» (разработано учебное пособие для учащихся и методическое пособие для учителя);

– в педагогических колледжах изучается курс «Здоровый образ жизни» (разработаны учебное и методическое пособия);

– в высших учебных заведениях в ходе изучения предметов «Возрастная физиология и гигиена», «Основы валеологии», «Педиатрия и гигиена детей», «Гигиена физических упражнений». Для обучающихся в бакалавриате разработаны учебно-методические комплексы на основе государственных стандартов обучения, включающие базовые учебные программы, учебные пособия и технологические карты с использованием интерактивных методов обучения.

Приобретаемые здоровьесберегающие знания базируются на компонентах здорового образа жизни и направлены на формирование основных компетенций здоровьесбережения.

Компетенции здоровьесбережения в образовании – это круг вопросов, в которых обучающиеся обладают познаниями, опытом в вопросах сохранения, укрепления и преумножения здоровья, формирования здорового образа жизни. Рассматривая с вышеуказанных позиций, компетенцию здоровьесбережения в образовании следует трактовать, прежде всего, как компетенцию обучающихся в вопросах образования, воспитания, развития, оздоровления и подготовки их к предстоящей социальной, семейной жизни и производственной деятельности.

В контексте вышесказанного, в Республике Узбекистан ведется целенаправленная, последовательная политика по формированию у обучающихся компетенций здоровьесбережения в системе непрерывного образования. Об этом свидетельствуют ряд директивных документов, принятых в Узбекистане: постановление Кабинета Министров о программе «Соглом авлод учун» («За здоровое поколение», 1993 г.); первый орден республики с аналогичным названием; «Год семьи» (1998г); «Год женщин»(1999); «Год здорового поколения» (2000г); «Год матери и ребенка» (2001г); «Год здоровья»(2005); «Год молодежи» (2010) и, наконец, объявление 2014 года «Годом здорового ребенка» [1].

В условиях глобализации и интенсификации современного образования весьма важно формировать здоровьесберегающую компетентность преподавателей различных учебных дисциплин, так как одним из значимых аспектов деятельности педагога в системе непрерывного образования является сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения. Педагог призван быть высококвалифицированным профессионалом, владе-

ющим не только глубокими здоровьесохраняющими знаниями но и обладающий внутренней здоровьесберегающей культурой.

Педагог сможет формировать у обучающихся осознанное и ответственное отношение к своему здоровью, если сам будет обладать соответствующими знаниями, убеждениями, ценностными ориентациями, мотивами и потребностями, обеспечивающими его собственную здоровьесберегающую ответственность, активную жизненную позицию при эффективном использовании возможностей здравотворчества в образовательных учреждениях [2].

В ходе работы с обучающимися педагог формирует следующие компетенции здоровьесбережения:

– компетенция здоровьесбережения в рамках активного двигательного режима, (закаливание, занятия физическими упражнениями и спортом);

– компетенция соблюдения личной и общественной гигиены;

– компетенция соблюдения режима дня;

– компетенция предупреждения травм и несчастных случаев;

– компетенция охраны окружающей среды в аспекте ее влияния на здоровье;

– компетенция предупреждения вредных привычек (курение, употребление алкоголя, токсикомания, наркомания, игромания, телефонomanия, компьютерomanия в том числе и интернетomanия и т.д.);

– компетенция сохранения репродуктивного здоровья и воспитания здорового ребенка;

– компетенция соблюдения психогигиены межличностных отношений, обучения и воспитания.

В повышении здоровьесберегающей компетенции обучающихся важную роль играет использование преподавателем здоровьесберегающих образовательных технологий (ЗОТ), рассматриваемых и как качественную характеристику любой образовательной технологии ее «сертификат безопасности для здоровья», и как совокупность тех принципов, приемов, методов педагогической работы, которые дополняют традиционные технологии обучения и воспитания, наделяя их признаком здоровьесбережения.

Для эффективной реализации этих функций педагогу необходимо обладать широким спектром умений: педагогическими, психологическими, медицинскими, техническими, организаторскими, ситуационными, так как он в конечном итоге определяет направление деятельности в обеспечении формирования здоровьесберегающих компетенций, инновационных, здоровьесберегающих начал в образовательном процессе, т.е. педагог выступает не только как носитель информации о сохранении и укреплении здо-

ровья обучаемых, но и как помощник становления и развития их личности. Изменяется и характер образовательно-познавательной деятельности обучающихся, приобретает здоровьесберегающий характер, и личностная позиция обучаемого, которая переводится с результата усвоения, с полученной оценки, на активное взаимодействие с педагогом и другими участниками образовательного процесса по здоровьесберегающей и здоровьесберегающей деятельности.

Существенным компонентом реорганизации образовательного процесса в контексте последовательного и эффективного формирования компетенции здоровьесбережения является выдвижение на первый план здоровьесберегающей природы обучения и развития личности. С этим связана ориентация обучающего и обучаемого на индивидуально-личностные формы, на многообразие форм взаимодействия, межличностных отношений и общения в вопросах сохранения здоровья, использования здоровьесберегающих технологий и создание здоровьесберегающей среды обучения и проживания.

#### Литература

1. Постановление Президента № ПП-2133 «О Государственной программе «Год здорового ребенка».
2. Маджуга, А.Г. Концептуальная модель здоровьесозидающей функции образования / А.Г. Маджуга // Стратегии здоровьесбережения и здоровьесозидания в условиях современного общества: материалы междунар. научно-пр. конф. Ч.II. – СПб.: ЛенГУ, 2012. – С. 17-22.

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВАЛЕОЛОГИИ

<i>Колбанов В.В.</i> Учение о здоровье и валеология: от замыслов до реалий .....	3
<i>Абаскалова Н.П.</i> Валеология: вчера, сегодня, завтра .....	8
<i>Абросимова И.Ю.</i> Дистанционный курс «Интерактивные современные технологии со здоровьесберегающим потенциалом»: подготовка педагогов ...	11
<i>Апанасенко Г.Л.</i> Валеология: теоретико-методологические основы.....	13
<i>Бахтин Ю.К.</i> Факторы, оказывающие влияние на формирование здоровья человека, и их значение.....	18
<i>Борисова Т.С., Солтан М.М., Аветисов А.Р.</i> Методологические основы валеологического образования студентов медицинского университета .....	24
<i>Бусловская Л.К.</i> Опыт внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс начальной школы.....	29
<i>Гладышева О.С.</i> Сетевой подход в реализации здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях: нижегородский опыт .....	33
<i>Глазко Т.А., Глазко А.Б.</i> Разработка научно-методических основ здоровьесбережения в системе подготовки педагогов .....	36
<i>Граф Н.Р., Сивцова А.М.</i> Влияние комплексного использования здоровьесберегающих педагогических технологий в дошкольном образовательном учреждении на последующую адаптацию ребенка к школе.....	39
<i>Дартау Л.А.</i> Валеология: теоретико-управленческое обоснование научно-педагогической дисциплины.....	43
<i>Ирхин В.Н.</i> Принцип дополнительности как интегративная методология валеологии.....	49
<i>Каранов А.В., Соколов В.В.</i> Ресурсы валеологического содержания некоторых дисциплин основного общего образования .....	54
<i>Лезарева Т.А.</i> Комплексная оценка готовности учителей средней школы к здоровьесберегающей деятельности.....	57
<i>Маджуга А.Г.</i> Здоровьесозидание как приоритет образовательной политики России в третьем тысячелетии: тенденции, поиск, перспективы развития .....	62
<i>Малах О.Н.</i> Анализ мотиваций сохранения здоровья у студентов .....	68
<i>Мостова О.Н., Сергиенко Т.Е., Петрова О.А.</i> Особенности ценностного отношения к здоровому образу жизни участников образовательного процесса дошкольной образовательной организации .....	70
<i>Наумов И.А., Сивакова С.П.</i> Валеолого-гигиеническое образование в медицинском университете: состояние, проблемы, перспективы.....	74
<i>Нечепуренко В.В., Акопян И.А.</i> Технологии обеспечения здоровья детей в дошкольном учреждении.....	79
<i>Осипенко Е.В., Ярчак И.Л.</i> Инновационные аспекты обеспечения здоровья детей школьного возраста .....	83
<i>Пенкрат В.И., Пенкрат Л.В.</i> Здоровьесбережение в вузовских технологиях обучения.....	87

<i>Романченко И.А.</i> Развитие потенциалов личности – залог сохранения здоровья и повышения качества жизни школьников .....	90
<i>Рыжкова Ю.П.</i> Характеристика дезадаптивных состояний у первокурсников .....	94
<i>Самусева Н.В.</i> Вариативная программа школьного здоровьесберегающего клуба .....	97
<i>Светличная Г.Н.</i> Развитие и внедрение валеологического образования в различные сферы деятельности .....	101
<i>Семикин Г.И., Дартау Л.А., Стефанюк Т.А.</i> Теоретико-управленческое обоснование валеологического сопровождения процесса обучения .....	105
<i>Семилетова В.А., Дорохов Е.В., Лазарева М.А.</i> Социальная значимость здорового образа жизни среди современной студенческой молодежи .....	109
<i>Третьякова Н.В.</i> Механизмы управления качеством здоровьесберегающей деятельности .....	112
<i>Фролова А.И., Винтухова Л.В., Сиренек Н.Н.</i> Режим дня школьника и его здоровье .....	119
<i>Чернова Е.В.</i> Организация здоровьесберегающего педагогического процесса в дошкольном учреждении .....	124
<i>Чуктурова Н.И., Шурыгина В.В.</i> Валеологическое сопровождение образовательного процесса. Проблемы. Пути решения .....	128
<i>Шуклина М.Н., Гладышева О.С.</i> Реализация образовательной деятельности «Здоровье» в условиях ДОО .....	132

## СМЕЖНЫЕ С ВАЛЕОЛОГИЕЙ ПРОБЛЕМЫ

<i>Астащенко А.П., Дорохов Е.В., Онуфриева В.В.</i> Роль индивидуального профиля асимметрии человека при выполнении заданий, требующих повышенной концентрации произвольного внимания в условиях экзаменационного стресса .....	135
<i>Блинова Н.Г., Аверьянова Н.В.</i> Влияние обучения в профильных классах средней школы на особенности адаптации первокурсников .....	139
<i>Бусловский В.А.</i> Преподавание химии в средних специальных учебных заведениях и здоровьесбережение .....	143
<i>Даниленко А.В.</i> Идеи древности как основа современных наук о здоровье .....	146
<i>Дорохов Е.В., Горбатенко Н.П., Япрынцева О.А., Репина Д.А.</i> Влияние экзаменационной нагрузки на психофизиологическое состояние студентов .....	150
<i>Ефимова Г.А.</i> Проектная деятельность: Быть здоровым модно и стильно .....	153
<i>Казарцева Н.В., Сергиенко А.В., Киреева Л.А., Дорохов Е.В.</i> Влияние музыки В.А.Моцарта на динамику функционального состояния студентов младших курсов .....	157
<i>Клецевская Э., Клецевски Т., Шпаков А., Бойко О., Агиевец О., Андрыщик М.</i> Питание и потребление психоактивных веществ как предпосылки активизации валеологического образования студентов Приграничья .....	160
<i>Ковязина М.Г.</i> Здоровьесберегающие технологии при адаптации пожилого человека к условиям стационара .....	163

<i>Kolarzyk E., Shpakou A., Kleszczewska E., Klimackaya L., Laskiene S.</i> Antioxidants in diet of students from Poland, Belarus, Russia and Lithuania .....	168
<i>Купчинов Р.И.</i> Учебно-тренировочный процесс по физическому воспитанию и лечебная физическая культура .....	172
<i>Мерзляков В.Ю.</i> Биологически активные добавки в профилактике здоровья медицинских работников .....	176
<i>Мороз Л.В.</i> Валеологизация учебно-воспитательного процесса как одна из задач тьюторского сопровождения в условиях современного вуза .....	179
<i>Наумов И.А., Сивакова С.П.</i> Вопросы валеологического образования в реализации проекта ТЕМПУС «Безопасность человека на территориях, пострадавших от радиоактивного загрязнения» .....	182
<i>Полков И.В., Кубышкина А.В., Дорохов Е.В.</i> Сезонная динамика вегетативного гомеостаза в условиях различной информационной нагрузки .....	186
<i>Шпаков А.И., Сивакова С.П., Томулевич М., Наумов И.А.</i> Факторы риска и формирование антинаркотической жизненной позиции студентов .....	190

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДИСКУССИЙ

<i>Апанасенко Г.Л.</i> Социальная эволюция и здоровье человека .....	195
<i>Герасевич А.Н., Щеновский Ю.И., Гмир Т.А., Пархоц Е.Г., Шитов Л.А., Грудницкий В.С.</i> Сравнительная характеристика биоимпедансометрических показателей состава тела современных студентов разных факультетов .....	200
<i>Гончаров М.С., Мартыненко И.Г., Носов К.В., Бельорин-Эррера А.М., Удовенко М.А., Дождева Е.С., Корженко И.А.</i> Исследование влияния здоровьесберегающего фактора ноосферного образования на функциональное состояние учащихся .....	205
<i>Горячева Т.В., Метелкина Т.Н.</i> Психологическое здоровье педагога в рамках профессиональной деятельности .....	209
<i>Кузоватова Е.Е.</i> Подготовка педагогов к проведению профилактической работы по социально-значимым заболеваниям в условиях общеобразовательного учреждения .....	212
<i>Лавров В.В.</i> «Облачные» принципы мобилизации психоэмоционального ресурса и долгожительство .....	217
<i>Пжиложиньска Г.</i> Предупреждение артериальной гипертензии у молодежи и уровень её знания на эту тему .....	220
<i>Тюмасева З.И.</i> Становление эколого-валеологии как науки об интегрированном здоровье .....	224
<i>Юров А.Ю., Шемеровский К.А.</i> Возможность осознанного уменьшения выраженности брадиэнтерии у студентов .....	228
<i>Ле-ван Т.Н.</i> Отношение к здоровью как предмет педагогического исследования .....	232
<i>Маджуга А.Г., Абдуллина Л.Б.</i> Акмеовалеологический подход к исследованию здоровья человека .....	236
<i>Шарилова Д.Д., Шахмурова Г.А.</i> Повышение эффективности здоровьесберегающего образования на разных этапах его реализации .....	240