

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет»
Институт спорта, туризма и сервиса
Кафедра Теории и методики физической культуры и спорта

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент директор НИЦСП

_____ А.П. Исаев

« ___ » _____ 20__ г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой, доцент

_____ А.В. Ненашева

« ___ » _____ 2017 г.

**Социально-педагогические условия реализации
педагогической модели воспитательного пространства
физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ–44.04.01.2017.049ПЗ.ВКР

Руководитель ВКР, доцент

_____ А.В. Ненашева

« ___ » _____ 2017 г.

Автор ВКР студент группы
ИСТИС-267

_____ В.А. Кубасов

« ___ » _____ 2017 г.

Нормоконтролер, доцент

_____ Л.В. Смирнова

« ___ » _____ 2017 г.

Челябинск 2017

АННОТАЦИЯ

Кубасов, В.А. Социально-педагогические условия реализации педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе. – Челябинск: ЮУрГУ, ИСТИС-267. – 72 с., 4 табл., 4 рис., библиогр. список – 69 наим.

Сегодня в ситуации социально-экономических перемен, происходящих в российском обществе и государстве, проблема роста числа детей-сирот, их адаптации и интеграции в общество вызывает озабоченность государственных органов Российской Федерации. В период вхождения во взрослую самостоятельную жизнь у детей-сирот и детей, по тем или иным причинам оставшихся без попечения родителей, проблемы сиротства ощущаются наиболее остро, так как эта социальная категория граждан в этот промежуток времени оказывается наиболее уязвимой, потому что без поддержки родных и близких людей большинство из них не способны успешно преодолеть возникающий адаптивный барьер. Они испытывают значительные трудности с получением жилья, составлением и соблюдением бюджета, обустройством быта, отстаиванием своих гражданских прав, получением профессионального образования.

Объект исследования: процесс физического воспитания студентов в вузе.

Предмет исследования: воспитательное пространство физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот, ориентированное на их социально-образовательную адаптацию в вузе.

Цель исследования: разработать, научно обосновать концепцию и педагогическую модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе и проверить их эффективность посредством экспериментальной работы.

Гипотеза исследования. Воспитательное пространство физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот для социально-образовательной адаптации и жизненно-профессиональной подготовки в вузе станет эффективным, если:

- будет разработана и внедрена концепция социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза;
- будет разработана педагогическая модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе;
- будет определено содержание программно-методического обеспечения для реализации педагогической модели;

Задачи исследования:

1 Изучить особенности психофизического развития, социализации, воспитания детей-сирот до поступления в вуз и выявить проблемы социально-образовательной адаптации студентов-сирот в вузе.

2 Внедрить педагогическую модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе разработанную В.В. Исмияновым (2012) и определить условия ее эффективного функционирования.

3 Организовать и провести экспериментальную работу по проверке и оценке эффективности педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе.

Научная новизна исследования состоит в следующем:

1 *Уточнены и конкретизированы* трактовки понятий применительно к педагогической работе со слабовозращенной категорией студентов-сирот: социально-образовательная адаптация студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза; воспитательное пространство физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе; физическое, психологическое и социальное здоровье студентов-сирот.

2 *Конкретизированы факторы* современного психофизического состояния детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, до

поступления в высшие учебные заведения, определяющие особенности их специфики (социальная, психологическая, валеологическая, экономическая, экзистенциальная), социально-образовательной адаптации и жизненно-профессиональной подготовки в вузе.

3 Выделены и охарактеризованы структурные компоненты воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе.

4 На основе предложенной концепции сконструирована, экспериментально проверена и внедрена педагогическая модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, представляющая единый комплекс целевого, содержательного, организационно-деятельностного и оценочно-результативного компонентов и определяющая его функции, организационную структуру, логическую последовательность управленческих действий, средства их выполнения и оценки результатов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	9
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	13
1.1 Здоровье студентов и факторы его формирования	19
1.2 Социально-экономический образ жизни и состояние здоровья	27
1.3 Стресс, напряжение, адаптация студенческой молодежи	38
ГЛАВА II ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	43
2.1 Организация исследования	43
2.2 Методы исследования	44
ГЛАВА III РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	64

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Сегодня в ситуации социально-экономических перемен, происходящих в российском обществе и государстве, проблема роста числа детей-сирот, их адаптации и интеграции в общество вызывает озабоченность государственных органов Российской Федерации. В период вхождения во взрослую самостоятельную жизнь у детей-сирот и детей, по тем или иным причинам оставшихся без попечения родителей, проблемы сиротства ощущаются наиболее остро, так как эта социальная категория граждан в этот промежуток времени оказывается наиболее уязвимой, потому что без поддержки родных и близких людей большинство из них не способны успешно преодолеть возникающий адаптивный барьер. Они испытывают значительные трудности с получением жилья, составлением и соблюдением бюджета, обустройством быта, отстаиванием своих гражданских прав, получением профессионального образования [14, 21, 26, 34, 37].

Студенты-сироты отличаются от своих товарищей не только в социальном плане, но и, как правило, в образовательном. Согласно Закону «Об образовании» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, они зачисляются в число студентов на льготных условиях, количество баллов, набранных ими на вступительных экзаменах, значительно ниже общего проходного балла [].

Процесс социально-образовательной адаптации студентов-сирот является достаточно сложным и многогранным, однако в вузовской образовательной практике ему уделяется недостаточно времени. При решении о внесении поправок в законопроект «Об образовании в РФ», вступившего в силу 1 сентября 2013 года, Минобрнауки сообщило, что большая часть студентов-сирот имеют низкий показатель успеваемости и поэтому отчисляются из вузов России уже с I курса [36, 53, 61, 63].

Приведенные данные доказывают остроту проблемы и ориентируют высшие учебные заведения на качественно новое осмысление вопросов социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-

спортивной деятельности вуза, требуют создания эффективных моделей ее реализации на основе формирования у студентов этой категории физического, психологического и социального здоровья. Данное обстоятельство повышает ответственность педагогов за качество образования и требует разработки новых теоретических концепций, расширения исследований, выявляющих закономерности социального, личностного развития студентов-сирот, а также всю структуру педагогического взаимодействия в процессе занятий физической культурой и спортом [35, 57, 62].

Это позволит студентам-сиротам вуза создать наиболее оптимальные условия для улучшения их физического, психологического и социального здоровья, что обеспечит возможность безболезненно войти в образовательную среду, социальное окружение, поможет справляться с учебными нагрузками, освоиться в будущей профессиональной деятельности и в дальнейшем успешно реализовать себя в современном мире. Обозначенные позиции определяют проблему исследования как одну из актуальных в педагогике, требующую поиска научно обоснованных подходов к ее решению [14, 30, 47].

Объект исследования: процесс физического воспитания студентов в вузе.

Предмет исследования: воспитательное пространство физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот, ориентированное на их социально-образовательную адаптацию в вузе.

Цель исследования: разработать, научно обосновать концепцию и педагогическую модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе и проверить их эффективность посредством экспериментальной работы.

Гипотеза исследования. Воспитательное пространство физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот для социально-образовательной адаптации и жизненно-профессиональной подготовки в вузе станет эффективным, если:

- будет разработана и внедрена концепция социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза;
- будет разработана педагогическая модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе;
- будет определено содержание программно-методического обеспечения для реализации педагогической модели;

Задачи исследования:

1 Изучить особенности психофизического развития, социализации, воспитания детей-сирот до поступления в вуз и выявить проблемы социально-образовательной адаптации студентов-сирот в вузе.

2 Внедрить педагогическую модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе разработанную В.В. Исмияновым (2012) и определить условия ее эффективного функционирования.

3 Организовать и провести экспериментальную работу по проверке и оценке эффективности педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе.

Научная новизна исследования состоит в следующем:

1 Уточнены и конкретизированы трактовки понятий применительно к педагогической работе со слабовзащищенной категорией студентов-сирот: социально-образовательная адаптация студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза; воспитательное пространство физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе; физическое, психологическое и социальное здоровье студентов-сирот.

2 Конкретизированы факторы современного психофизического состояния детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, до поступления в высшие учебные заведения, определяющие особенности их специфики (социальная, психологическая, валеологическая, экономическая, экзистенциальная), социально-образовательной адаптации и жизненно-профессиональной подготовки в вузе.

3 Выделены и охарактеризованы структурные компоненты воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе.

4 На основе предложенной концепции сконструирована, экспериментально проверена и внедрена педагогическая модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, представляющая единый комплекс целевого, содержательного, организационно-деятельностного и оценочно-результативного компонентов и определяющая его функции, организационную структуру, логическую последовательность управленческих действий, средства их выполнения и оценки результатов.

ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Поступая в учебное заведение, молодые люди строят определенные жизненные планы. Для их реализации и успешности деятельности необходимо хорошее здоровье и благополучная эколого-экономическая обстановка [22].

Настоящее исследование опирается на концепцию социально-валеологических мотиваций в системе профессиональной подготовки. Мы затрагиваем самые важные проблемы здоровья, которые характерны для отдельного человека и социума [41].

Профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП) играет ключевую роль в сохранении и укреплении ПФП и уровня здоровья будущих специалистов гуманитарного и технического профилей. Даже в дизайне специальностей гуманитарного вектора деятельности наблюдаются специфические особенности присущие одной, двум или трем специальностям различным по двигательной, умственной деятельности, условиям труда, коммуникативным компонентам, психофизиологическим воздействиям, вознаграждениям и т.д. Это характерно и для технических специальностей с несколькими особенностями. Наиболее векторные различия наблюдаются при сравнении «гуманитариев» и «технарей» [56].

Гаттаровым с соавт. [23] разрабатывались комплексные виды ППФП для гуманитариев: ОФП, фитнес, спортивные игры, отдельные виды беговых упражнений, ходьба на лыжах, плавание, туризм. У студентов технических специальностей в комплекс ППФП входили: силовые и гимнастические упражнения, спортивные игры, плавание, туризм, восточные единоборства, горные лыжи, фитнес. Основной акцент в физическом развитии и подготовленности студентов сделан на индивидуальную диагностику и самооценку состояния, готовности и исходя из этого индивидуализацию подготовки на фоне групповых и самостоятельных занятий в форме

досуговой деятельности. При программировании недельного микроцикла подготовки оздоровительно-спортивные занятия по дням недели структурировались в следующей последовательности: скоростно-силовые занятия, восточные единоборства, игровые, фитнес и циклические упражнения. Дважды в неделю проводились академические занятия. Недельная двигательная активность составляла 12 часов. С учетом того, что студенты ведущие здоровый образ жизни (25 %) делали утреннюю гимнастику 15-20 минут. Общая ДА составила 14 часов в неделю.

Существующая система физического воспитания студентов сложилась в 20–30 годы двадцатого века и была во многом оправдана уровнем здоровья, физического развития молодежи, а также представлениями о роли физических упражнений в воспитании подрастающего поколения, основанными на исследованиях русских ученых В.В. Гориневского, П.Ф. Лесгафта и др. Следует отметить, что в России высшее образование не включало предмет «Физическое воспитание», и только в военных учебных заведениях физическая подготовка была представлена прикладными видами: некоторыми видами гимнастики, фехтованием, верховой ездой др. Спорт в России, существовавший в основном клубными формами (яхт-клубы, велосипедные и конькобежные кружки, спортивно-гимнастические общества и др.) объединял представителей интеллигенции, выпускников университетов, высшего офицерства Русской армии [19].

Революционный переворот, гражданская война, а затем восстановление экономики страны потребовали большого количества специалистов высшего звена, что обусловило большой приток молодых людей из низших слоев населения в существующие университеты и во вновь открытые учебные заведения. Естественно, что при этом возникли серьезные требования к уровню здоровья и физической подготовленности специалистов. Поэтому на смену программ Всевобуча, введенные еще в 1919, возникает и развивается физкультурно-оздоровительный комплекс ГТО, который с начала 30-х годов стал нормативно-программным документов,

определяющим в последние десятилетия всю систему физического воспитания в учебных заведениях страны [31].

В настоящее время изменившиеся социально-экономические условия в целом и система высшего образования требуют новых подходов к физическому воспитанию студентов. Необходима реконструкция не только предмета «физическое воспитание», но и значительное расширение этого понятия в единстве социально-экономического, педагогического, двигательного интеллектуального компонентов [39]. Накопленный большой научный и методический материал (более 250 диссертаций и множество публикаций) все же не выходил за рамки доминирующей унитарной идеологической политики в сфере высшего образования, в том числе в области физической культуры.

По существу, эффективность всех форм, средств и методов физического воспитания доказывалась и достигалась путем увеличения нагрузок: интенсивности, объемов, моторной плотности и числа занятий в неделю. Все это является очевидным, но рамки учебной программы, материальная база вузов и штаты кафедр физического воспитания уже давно вошли в противоречие со значительно выросшим уровнем знаний молодежи в области спорта и совершенно новых видов физических упражнений. В этой связи мотивация на уроках физического воспитания значительно уменьшилась, и преобладающим стимулом обязательных уроков являются требования семестровых зачетов и экзамена [54].

На основании опыта работы и проведенных исследований А.П. Исаевым с соавт. [31] предложена и внедрена схема многоуровневой, многовариантной системы физического воспитания в ЮУрГУ. Суть ее заключается в следующем. После прохождения медицинского осмотра и распределения студентов на основную, подготовительную и специальную медицинские группы в каждой из них проводятся беседы с постановкой целей и задач прохождения предмета «Физическое воспитание». На протяжении длительного времени в основную группу зачисляются 70–85%, в

подготовительную и специальную группы - по 10–15% студентов.

Следует отметить, что в большинстве вузов в специальные медицинские группы объединяются лица с различными заболеваниями, хотя глубокие отличия в этиологии и патогенезе перенесенных заболеваний, различные локализации, характер и выраженность развивающихся процессов, нарушений требуют индивидуального подхода к проводимым занятиям. Теоретически необходимы не одна, а многие специальные группы, с совершенно различными методиками занятий. Естественно, что многие практические и теоретические аспекты таких занятий разработаны не полностью [48]. Однако благодаря исследованиям педагогов, физиологов, гигиенистов, клиницистов и специалистов по лечебной физической культуре ряд наиболее существенных положений теории и методики в этой области достаточно обоснован. В то же время материально-техническая база вузов и штаты кафедр физического воспитания делают эту задачу невыполнимой. Поэтому студентам специальной группы ставятся локальные, но в большинстве своем невыполнимые задачи под руководством преподавателей, имеющих многолетний опыт работы с этим контингентом. Хотя в группы по-прежнему объединяются лица с различными заболеваниями, условия занятий позволяют осуществлять дифференцированный, индивидуальный подход. Так, в легкоатлетическом манеже преподаватели делят студентов на подгруппы в соответствии с целями и задачами урока. Приблизительно такая же форма уроков используется в занятиях на открытом воздухе с учетом погодных условий [8].

В целом для студентов специальной медицинской группы ставятся две главные задачи: а) поддержание имеющегося уровня здоровья адекватным объемом двигательной активности; б) воспитание осознанной необходимости в физических упражнениях на фоне приобретения знаний о физической культуре современного человека [59].

Подготовительная группа формируется из студентов практически здоровых, но слабо физически подготовленных и не имеющих навыков

систематических занятий физическими упражнениями. Вот поэтому для этого контингента важно составить программу занятий, состоящую из обязательных физических упражнений наиболее близко воспроизводящую традиционную, так называемую базовую учебную программу. Она состоит из дисциплин легкой атлетики (кроссовая подготовка, бег на короткие дистанции, некоторые виды метаний, прыжки), общеразвивающая гимнастика, силовые виды гимнастики, лыжная подготовка, плавание, спортивные и подвижные игры [38].

Для девушек используются некоторые женские виды гимнастики - аэробика, шейпинг и др. Эти виды физических упражнений распределяются в соответствии с возможностями материальной базы кафедры по циклам. Так, в сентябре–октябре используются упражнения из арсенала легкой атлетики в первую очередь связанные с развитием выносливости. Эти виды проходят на 1–2 семестрах по циклам и заканчиваются зачетом-тестом. Предполагается, что в 3–6 семестрах студенты смогут перейти к занятиям по программам основного отделения [13].

Студенты основной медицинской группы выбирают вид физических упражнений исключительно по интересам из 12 видов спорта (спортивные игры, единоборства, атлетическая и женские виды гимнастики). Цели и задачи в этих группах также ставятся реальные: продолжение имеющейся спортивной подготовки или овладение основами техники вида, полноценный активный отдых, а также все, что декларируется в требованиях Государственного образовательного стандарта, т.е. формирование физической культуры личности [1].

Теоретическая и методическая подготовка студентов всех отделений проводится в соответствии с Программой по физическому воспитанию. Как показал пятилетний опыт, переход на многоуровневую систему занятий значительно повышает их эффективность за счет высокой мотивации (добровольный выбор специализации обусловлен только интересами студентов), а элементы принуждения отсутствуют. Кроме того, студенты

имеют возможность в течение семестра менять вид занятий-специализаций. В дальнейшем предполагается детальная и глубокая разработка учебных программ с использованием альтернативных форм физического воспитания для студентов-сирот [18].

В процессе исследовательской работы В.В. Исмиянова [32, 33], автора интересовало изучение развития современной проблемы социального положения выпускников школ-интернатов и детских домов, в частности их занятость в физкультурно-спортивных секциях и выявление причин, затрудняющих процесс социально-образовательной адаптации и жизненно-профессиональной подготовки в вузе. Эксперимент проводился в Иркутской области, где количественный анализ показал, что в данном регионе 42 учебных заведения, из них 18 детских домов и 24 школы-интерната, где обучаются 5 686 детей-сирот. Общее количество занимающихся спортом в детско-юношеских спортивных школах (ДЮСШ) составило 47 202 спортсмена и 1 013 работающих тренеров. Из 67 ДЮСШ только в 11 занимаются спортом 16 721 человек, из них лишь 149 (0,89 %) спортсменов - дети-сироты. А по всему региону из 47 202 человек, занимающихся спортом, еще меньше (0,3 %) спортсменов-сирот, тем самым у остальных (5 537) детей-сирот особенности развития и адаптационные возможности снижаются, что непосредственно отражается на их психофизическом здоровье при поступлении в высшее учебное заведение и дальнейшем обучении. Более того, большое количество детей-сирот, не занимающихся спортом, попадают в число делинквентных детей-сирот (644, или 11,33 %), состоящих на учете в полиции по делам несовершеннолетних. Это говорит о том, что до поступления в высшее учебное заведение у них уже сформировалось неустойчивое психофизическое состояние, которое легко подвергается положительному или отрицательному влиянию [37].

1.1 Здоровье студентов и факторы его формирования

Государственная политика в области здоровья здорового человека предполагает следующую программу действий [40]:

- признание социальной, экономической, человековедческой ценности здоровья;
- рассмотрение благополучия и здоровья как источника капитала, а не как источника используемых сырьевых ресурсов;
- принятие мер и создание условий для благоприятного социально-валеологического климата со свободой выбора технологий благополучия.

Образовательные перестройки (модернизации) синтезируют все происходящие изменения сквозь призму самоорганизации образования. Действительно, образовательная формация является наиболее прогрессивной, так как прирост национальности дохода в развитых странах на 60 - 70 % обеспечивается приростом знаний и образования. Известно, что модернизация образования не сможет успешно завершиться без системной организации здравостроения. Концепция «Здоровье здорового человека» является природоохранной в проблеме человековедения. Однако для глубокого нравственного и осознанного понимания интеграции необходимо активизировать потенциал культуры человека, произвести кардинальную реконструкцию всей системы социально-валеологических мотиваций, ценностных ориентации, раскрыть человеку его универсальную значимость и его непреходящую ценность, имеющую для человеческого существования фундаментальное значение [10].

Разрешение проблемы здоровья нации и наиболее уязвимой её части студенчества возможно [28]:

- при наличии обеспеченного прожиточного уровня жизни каждого гражданина РФ;
- при условии соблюдения мотивированного здорового образа жизни и проведении системных просветительских мероприятий;

- создание индивидуальных накопительных средств медицинского страхового полиса;

- оптимального питания двигательной активности и полноценных рекреаций.

Поставив за основу физическое развитие, подготовленность и функциональное состояние мы заполняем лишь большую, но не всю программу здравостроения.

В идеализированном обществе физическая культура и спорт были на недостаточно высоком уровне. Однако идеализированная культура не долговечна. Учёт индивидуальных, региональных и этнических особенностей, социокультурного развития, служат основой психического и физического развития человека. Это возможно в экономически развивающемся, демократическом обществе, построение которого можно приблизить при интеграции усилий государственных и общественных институтов и мотивированных граждан [20]. Вышеуказанное побудило нас создать концепцию и программу витагенного обучения студенчества.

Неразумное поведение и неправильный образ жизни вносят свой вклад в развитие болезни. Нормальная двигательная активность, отказ от вредных привычек позволяют управлять своим здоровьем и благополучием [66].

Побудить людей вести здоровый образ жизни - повседневная трудная, если не всегда разрешимая задача. Между желанием и принятием решения вести здоровый образ жизни стоят преграды личного свойства, которые необходимо преодолеть. Приучение и формирование социально-валеологических мотиваций через реализацию внутренних побуждений и потребности быть здоровым - есть алгоритмы трудного процесса здравостроения [58].

Например, К. Байер, Л. Шейнберг [7] выделяют 4 фактора, существенных для мотивации здорового образа жизни: знание форм поведения, способствующих наилучшему благополучию; здоровое поведение

связано с успешной социальной адаптацией; положительное отношение к жизни как к празднику, которым нужно наслаждаться; развитое чувство-самоуважения.

Развитие наук о человеке способствует формированию установки на высшую ценность жизни - здоровье человека. Формирование аффирмаций и установок на продолжительность жизни с алгоритмами знаний о себе и помощи самому себе. Природный поток вещества, энергии и информации служат для преобразования их на пользу человечеству. Энергетический, информационный и психофизиологический потенциал транслируют импульсы на верхние этажи сознания, формируют поведение и осуществляют коэволюцию человека и природы. Познание человеком себя требует интеграции наук, которая обеспечит прогрессивное развитие, человекопознание, человековедение [40].

Здоровье, по мнению А.П. Мальцева, Ю.Н. Вавилова, А.П. Исаева [51], можно дифференцировать по пятибалльной шкале: благополучие; хорошее здоровье; средний уровень здоровья; легкое недомогание; тяжелые заболевания.

Среди глобальных проблем, с которыми сталкивается человечество в новом тысячелетии занимает – здоровье человека. Здоровье необходимо рассматривать в многомерном пространстве и взаимодействии микро- и макрокосмоса [40]. Здоровье – процесс многофакторный. Это привело к появлению новых учебно-научных дисциплин: интегративная физиология, восстановительная и поведенческая медицина, экологическая физиология, медицинская валеология, гомеопатия, психосоматическая медицина, биомедицина и др. Феномен здоровья имеет более 100 определений, претендующих на истину в конечной инстанции [52].

Стратегическое направление повышения уровня здоровья – образование в сфере здоровья. Модель здоровья человека многогранна и имеет кибернетическую основу в реализации генетической программы процессов жизнедеятельности [4].

Диагностика здоровья позволяет выявить лиц, без нарушения физиологических показателей, и индивидуумов, достигающих социально-значимых результатов с нарушением физиологических функций и даже с дисфункциями [16].

Многолетние исследования состояния здоровья учащейся молодежи Рос-сии показывают, что последние 10 лет XX века и начала XXI века положительной динамики в улучшении их здоровья не наблюдается [25].

Интеграция теоретической и практической деятельности Минобразования и Минздрава РФ позволит разрешить приоритетную задачу обеспечения социального развития личности, сохранения психического, физического, духовного и социального здоровья детей и молодежи [40].

Концепция «Здоровье здорового человека» получила обсуждение в Государственном Совете РФ, одобрение президента и практическую реализацию в субъектах РФ [24].

Теоретические и практические аспекты разрешения проблемы здравоохранения нашли отражение в работах следующих авторов [42]. По данным литературы [31, 42] минимальные требования государственного стандарта по физической подготовленности (ФП) в Уральском регионе не выполняются в диапазоне 30-62%. Известно [65], что состояние кардиореспираторной, нервной систем и уровень здоровья, в целом зависят от физического развития и подготовленности.

Стратегия здоровья основывается на мониторинге витагенного ноосферного образования [40]. Однако вопросы здорового образа жизни не получили должного применения [55]. В этой связи ФР и физическая подготовленность (ФП) выступают как базовые внешние факторы здоровья, поддерживающие равновесие со стабильной средой. Важен учет долговременных адаптационных эффектов [5]. Под уровнем здоровья в этой связи понимается количественная характеристика функционального состояния организма, его резервов и социальной адаптаспособности человека [2, 3].

На этом фоне ключевыми остаются проблемы изучения резервов и надежности организма на разных уровнях роста и развития, в условиях формирования самоорганизующейся системы [31].

Следует констатировать, что около 80% учащихся не занимаются самостоятельно физическими упражнениями вследствие отсутствия у них специальных знаний, умений, навыков [50]. Более 85% учащихся не владеют элементарными знаниями о своем организме, из них более 70% старшеклассников считают, что они не получили достаточной информации этого направления в процессе обучения в общеобразовательной школе.

«Учение о здоровье» - возможность в интеграции медико-биологических и психофизиологических знаний, поведенческих дисциплин человековедения, объяснить биологическую и социально-психологическую сущность человека, активность демографических процессов на территории РФ и Урала [51].

Интеграция функций организма, его уравнивание с внешней средой предполагают взаимодействие психологической, центрально-нервной систем и активной мезенхимы, способствующие формированию различных алгоритмов индивидуальных и групповых системообразующих механизмов адаптации [40].

Слагаемые здоровья человека – достаточно высокий уровень физического и психического развития, работоспособности, иммунологической резистентности [46]. Проблемными сегодня остаются семантика, таких дефиниций как здоровье и норма. Под понятием «нормальное» подразумевается все здоровое, необходимое для хорошего физического и психического самочувствия и социальной адаптации [2]. Адаптационная теория здоровья отражена в работах: [2, 3, 5, 68].

Парадокс сложившейся ситуации заключается в том, что XX век назван эпохой информационных технологий и образовательного общества. Однако, наблюдается явный перекоп в адекватности применяемых образовательных нагрузок возможностям психофизиологического

потенциала (ПФП) и уровня здоровья учащихся и студентов [17]. Низкий уровень двигательной активности [67], не рациональное питание и режим дня, злоупотребления и вредные привычки [15] характеризуют жизнедеятельность современных студентов.

Профессионально-ориентированные формы содержат элементы адаптации функциональных возможностей к условиям профессии, включая [27]:

- формирование профессиональной пригодности и компетентности (профессионально-прикладное физическое воспитание);
- формирование, сохранение и укрепление здоровья и работоспособности;
- приобретение знаний, умений и навыков ЗОЖ в центре здоровья;
- развитие и проявление двигательных возможностей на уровне массовых оздоровительных мероприятий и спорта;
- достижение вершины двигательного мастерства (профессиональный спорт).

Адаптивные формы предполагают модификацию программ с учетом характера функциональных сдвигов от нормы индивидуального развития и вследствие этого решение задач [68]:

- коррекция и реабилитация обратимых сдвигов;
- адаптация к массовым физкультурно-оздоровительным технологиям, прогрессивной соревновательной деятельности, совершенствования физических качеств.

В настоящей работе рассматриваются проблемы управления процессом адаптации студентов, развитие, распространение и освоение культуры двигательной деятельности студенчества в целях формирования культуры моторики человека. Это поиск оптимальных способов, разработки технологий биоуправления ПФП и уровнем здоровья. В разрешении этой проблемы важная роль принадлежит физической культуре, физической терапии, которые своими технологиями управляют ауксологическим

процессом.

Опираясь на концептуальные положения адаптации [31, 68] авторы исследовали динамику и особенности физиологических и психофизиологических изменений, регуляторы механизмов адаптации у студентов. Поиск общих процессов в механизмах адаптации привел к тому, что адаптация носит фазовую периодичность (поисковая, стабилизирующая, разрушающая). Плата за адаптацию, цена адаптации зависит от эмоционального напряжения и нарушения биологической надежности организма, механизмов саморегуляции определенной функциональной системы вследствие нейровегетативных сдвигов, перевода регуляции на автономный уровень [43]. Соматовегетативные нарушения как последствия эмоционального стресса реализуются посредством реабилитации и поведенческих мероприятий. Все эти мероприятия, связанные с управлением процессами снижения эмоционального напряжения, антигипоксической защиты, во многом имеют местное происхождение и задачей адаптации является их центральная регуляция и координация [9].

Здоровье - процесс поведения улучшающий нашу жизнь, способствующий самореализации [7]. Среди болезней цивилизации доминируют сердечно-сосудистые заболевания, болезни сердца, дыхания, ЖКТ, рак. Несчастные случаи являются причиной летальных исходов.

Среди комплекса факторов благополучия доминируют следующие: установки и мотивации, изменения поведения, вознаграждение, положительная самооценка и уважение к себе. Для достижения высокого уровня эмоционального благополучия необходимо хорошо развитое чувство индивидуальности, умение общаться, коммуникабельность и активность [6].

Одной из ключевых причин нездоровья является пролонгированный стресс, переходящий в дистресс [12]. Существуют способы быстрого снятия стресса, среди которых необходимо отметить физические упражнения, глубокое дыхание, релаксацию, отрыв от повседневности.

Разработаны психологические механизмы защиты от стресса:

подавление, проекция, регрессия, рационализация, формирование реакций, сублимация [7]. Смертность от суицидов растет от 14 до 23 лет чаще всего в связи с химической зависимостью молодого поколения.

Важное место в коррекции состояния и поведения занимает психотерапия, физическая терапия, коррекция поведения, гештальттерапия, лекарственная терапия, основанные на гуманистическом подходе к личности. К китам здоровья относят: питание и гигиену в семье, пищевую гигиену, напитки, витамины и пищевые добавки [29].

Стиль жизни оказывает существенное влияние на здоровье. Среди факторов, влияющих на образ жизни относят следующие: социальные, биологические, психологические [23].

Общественная потребность в понимании, определении, оценке здоровья назрела в последние десятилетия практически во всех странах мира. В тесной связи с нарастанием экономических, социальных и экологических проблем возрос стресс-агент как главный фактор потери здоровья человека в современной жизни, снижения ее качества и продолжительности. Несмотря на многочисленные исследования общих закономерностей возникновения и развития стресса, различия в индивидуальном проявлении его оказались столь велики, что появилась острая необходимость сохранения здоровья для отдельного человека и сохранения индивидуального здоровья людей в национальных масштабах [45]. Это определило главное направление работы Всемирной организации здравоохранения – «здоровье для всех» и одну из стратегических задач ВОЗ в научных медико-биологических исследованиях - диагностики уровня здоровья во всем разнообразии ранних дисфункций, которые вызывает стресс [12].

В этой связи для модернизации здравоохранения, прежде всего в Европейских странах, предложена новая модель системы охраны здоровья: если до сих пор ключевую роль в сохранении здоровья населения в каждой стране играли клиники, которые являлись лидерами в контроле и ответственности всей системы здравоохранения, то согласно новой

концепции основные задачи охраны здоровья фокусируются в развитом звене первичной профилактики, позволяющем решать основные задачи сохранения и укрепления здоровья людей (the primary health care) [31]. Появилась и новая специальность не медицинского спектра воздействия - физическая терапия.

Отход от клиники требует заполнения информационного пространства не только профилактическими мероприятиями, но и физиологическим обоснованием режимов ДА, питания, рекреации. Приступая к тренировкам оздоровительной направленности необходимо знать какие из них помогут организму повысить кондиционные возможности, физическую форму, и какие нанесут вред. Для этого целесообразно провести оценку вашей физической формы [7].

Анкетирование, проведенное А.П. Исаевым с соавт. [31] в 2000 – 2001 г.г. показано, что у 72 % респондентов из 1623 студентов I – III курсов остается достаточно сил для разнообразного активного отдыха. При этом 28 % опрошенных считают, что на активный отдых к концу дня остается мало сил. У последних возникают трудности, сталкиваясь с повседневными проблемами, часто возникают проблемы со здоровьем. Усугубляют состояние человека многие средовые факторы, а также культура здоровья и здорового образа жизни.

Термин психофизиологический потенциал (ПФП), предложенный С.М. Зараковским и В.И. Медведевым (1992), имеет спектр информативных характеристик социального положения, функционального и психо-психологического состояния, развития, эколого-экономических характеристик, этнических особенностей, пассионарности и т.д. Практическую реализацию он получил в государственной программе «Глобальные изменения среды и климата», «К здоровой России» (1994), «Президентские состязания», «Образование и здоровье» [69].

1.2 Социально-экономический образ жизни и состояние здоровья

Образ жизни человека - это, безусловно, та точка опоры, с помощью которой можно и нужно коренным образом улучшить состояние здоровья. Научно-техническое и социальное развитие привело к качественному изменению самого процесса биологической адаптации человека к окружающей среде. На протяжении всей своей многовековой эволюции человек испытывал воздействие таких факторов, как гипердинамия, качественная и количественная недостаточность питания. Теперь образ жизни у большинства людей характеризуется гиподинамией и гипокинезией, перееданием, информационной перегруженностью, психоэмоциональными стрессами [12]. Такие факторы цивилизации, как развитие техники, автоматизация производства, урбанизация, освобождая человека от тяжелого физического труда и создавая условия для интеллектуального развития, в то же время приводят к росту числа заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем, дегенеративным заболеваниям опорно-двигательного аппарата, к расстройствам деятельности центральной нервной системы и органов пищеварения [55].

В последние годы накопилось много фактов, подтверждающих, что именно образ жизни оказывается важнейшим условием, определяющим состояние здоровья населения. Под образом жизни большинством понимается устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности людей, проявляющийся в нормах общения, поведения, складе мышления [64].

Существующая система деления людей на здоровых, больных и предбольных (донозология) не стимулирует, не заинтересовывает человека в активном личном участии в формировании и укреплении своего здоровья, не показывает пути и не ставит конкретных задач. Призывы к поддержанию здорового образа жизни, не опираясь на фундаментальную теорию здоровья, которая бы вскрывала внутренние, интимные механизмы связи здоровья и

образа жизни, для многих остаются непонятными, неприятными [60].

Резко изменилась структура заболеваемости: на первые роли выступают заболевания органов дыхания (бронхиты, туберкулез, бронхиальная астма и др.); на второе место, если не учитывать травмы и отравления, вышли болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, в основе которых лежат биологические и социальные корни гипокинезии и гиподинамии; на третье болезни системы кровообращения [39].

Несмотря на наличие огромного количества медицинских и оздоровительных программ, которые существуют в настоящее время для создания здорового образа жизни и коррекции состояния здоровья, эффективность их явно недостаточна. Одни являются весьма дорогими и не могут быть использованы в массовом масштабе, другие страдают малой адресностью, не являются физиологичными [23].

В структуру ЗОЖ входят [31]:

- муниципальные, районные центры человековедения;
- центр по человековедению и здравостроению в структурных подразделениях города, школы, ССУЗ, Университета, академии, фирмы,
- акционерные общества, холдинги,
- спортивные клубы.

Система мониторинга человековедения в городе, университете включает:

- систему профилактики вредных привычек, идея самосохранения организма;
- комплексный контроль состояния и подготовленности;
- теория здоровья населения и здорового образа жизни;
- внедрение профильных уровней подготовленности человека;
- создание консультационных центров здравостроения и культа здоровья;
- создание информационной базы человековедения и здравостроения;

- менеджмент и социальный маркетинг здравостроения (здоровье здорового человека).

Алгоритмы здравостроения (человековедения):

- построение циркадного цикла в соответствии с биологическими часами;

- изучи свои возможности (физические, интеллектуальные, биологические) «Познай себя», «Преобразуй себя»;

- изучи ключевые принципы здорового образа жизни (здоровье - повседневный труд: система питания, ФУ, закаливание, физический и психологический тренинги, способы восстановления, самоконтроля);

- совершенствование физических и психологических качеств, знаний, умений, навыков ЗОЖ (познав - преобразуй себя);

- формирование индивидуальной программы (система ЗОЖ);

- систематическое соблюдение принципов программы;

- формирование мотивов занятий физическими упражнениями а) укрепление здоровья, б) повышение настроения и улучшение самочувствия, снижение утомления после работы;

- имидж здорового человека.

Практические действия:

- формирование мотивов познания самого себя, приучение к проведению занятий;

- владеть знаниями о возможностях физической культуры и физической терапии в развитии личности, профессиональных и социокультурных мотиваций;

- формирование информационного пространства здравостроения;

- создание рекреаций по месту профдеятельности, местожительства;

- роль самостоятельных занятий и упражнений оздоровительно-тренировочного характера;

- выработка социально-психологического иммунитета против вредных привычек;

- выявление факторов риска для здоровья;
- эффективность ЗСТ посредством мониторинга;
- способность изменить образ жизни, формирование положительного отношения;
- витаминизация, адаптогены, антидепрессанты, антиоксиданты, биологические добавки, БАВ, иммуномодуляторы;
- оценка состояния здоровья.

Средства оздоровления:

- научение системам оздоровления (ФУ, основные средства СЗС);
- оздоровительно-спортивные программы (фитнес, игры, гимнастика);
- релаксационно-оздоровительные упражнения;
- сбалансированное питание (адекватное, функциональное);
- психологический микроклимат;
- закаливание, сауна, гидропроцедуры, массаж;
- туризм - совокупное средство оздоровления;
- борьба с утомлением, перенапряжением, «борьба за здоровье»;
- повсеместное создание кабинетов здоровья и самоконтроля, тренажеров, фитобаров;
- повысить физическую подготовленность, психическое и физическое развитие, эффективность ПФП и уровня здоровья средствами физической культуры и спорта.

Неразумное поведение и неправильный образ жизни вносят свой вклад в развитие болезни. Нормальная двигательная активность, отказ от вредных привычек позволяют управлять своим здоровьем и благополучием [38].

Побудить людей вести здоровый образ жизни - повседневная трудная, не всегда разрешимая задача. Между желанием и принятием решения вести здоровый образ жизни стоят преграды личного свойства, которые необходимо преодолеть. Приучение и формирование социально-валеологических мотиваций через реализацию внутренних побуждений и

потребности быть здоровым - есть алгоритмы трудного процесса здравостроения [55].

Усугубляют положение простудные заболевания для профилактики и лечения студентов. Вызывает дискуссии использование витамина С при лечении простуды. С момента выхода книги Л. Полинга «Витамин С и обычная простуда» (1979) проводятся эксперименты о влиянии этого витамина на предотвращение заболевания. Установлено, что заболевание в слабой форме проходило быстрее у принимавших витамин, а не инертные таблетки [16].

Нерациональное питание, гиподинамия, стресс являются факторами риска сердечно-сосудистой системы [28, 60]. Авторами приводятся рекомендации для тех, кто желает сохранить свою ССС здоровой: не курите, держите под контролем уровень ЛПВП и отношение общего холестерина к ЛПВП (4 и меньше); уменьшите потребление ненасыщенных жиров, используйте мононенасыщенные жиры; занимайтесь физическими упражнениями не менее трех раз в неделю в течении 20 минут; регулярно проходите медицинский осмотр, определяйте концентрацию холестерина в крови, измеряйте АД, ЭКГ после физической нагрузки [60].

В центре здоровья Колумбийского университета 49 % посещений связаны с разрешением медицинских проблем и только 13 % - с обучением ЗОЖ [31]. По данным Н.А. Агаджаяна с соавт. [2], высокий уровень сформированности ЗОЖ имеют 4,2 % студентов и лишь 27 % студенток медицинского колледжа считают хорошее здоровье наивысшей ценностью.

Основным компонентом здорового образа жизни человека является его личная физическая культура, которая воспитывается и проявляется в физкультурно-спортивной деятельности [11]. С целью выяснения отношения населения к своему здоровью и уровню физической подготовленности, а также для выявления влияния вредных привычек на уровень здоровья, авторами было проведено анкетирование жителей г. Тюмени, Тобольска и Ишима, занимающихся физкультурно-оздоровительной и спортивно-

массовой деятельностью при органах ТОС.

Возвращаясь к изложению последовательности формирования плана поведения, следует сказать, что следующим этапом является оценка сил и средств, необходимых для достижения цели и тех, которые в данный момент имеются у организма человека и его сознания, или могут быть мобилизованы в последующем. В результате такого сравнения, определяется их достаточность для достижения цели. На основании полученных данных рассматриваются пути достижения цели, и делается выбор одного из них. На выбор влияет и ряд других факторов, среди которых ведущее место занимает мотивация и то, что мы называем осознанной необходимостью (что довольно близко к т.н. внутреннему стандарту у Хайленда), т.е. решения вопроса о том, насколько нужна данная форма поведения, как быстро ее необходимо осуществить и с каким темпом. Мотивация может быть связана с внешней необходимостью, как это бывает при трудовой деятельности или при действии какого-либо природного адаптогенного фактора, или внутренней, обусловленной интересом, самочувствием, мотивами гедонизма и т.п. [68].

В структуру поведения входит механизм слежения за реализацией поведения. Конечно, наиболее существенной его частью является акцептор действия, т.е. информация о результате действия, о приближении к цели поведения. Но, наряду с этим, каждый последующий этап целенаправленного поведения осуществляется на основании информации о внутреннем состоянии организма, например, утомлении, голоде, жажде и т.п. Важной частью механизма слежения является динамика эмоционального состояния. Одним из результатов обработки информации о результатах слежения является формирование ответа на не так уж редко возникающие в процессе реализации поведения вопросы: а тем ли я занимаюсь, что же, в конце концов, я хочу, и нужно ли мне это? [6].

Механизм слежения обеспечивает и появление, в случае необходимости, очень важного поведенческого акта - отказа от принятой стратегии и тактики поведения и даже от самого решения в случае появления

информации об отклонении динамики приближения к цели от ожидаемой или об увеличении разрыва между наличной ситуацией и той, которую необходимо создать целенаправленным поведением [28].

В 1982 г. В.И. Медведев опубликовал разработанную классификацию видов поведенческой адаптации. Однако работы последующих лет заставили несколько изменить ее, убрав неудачные формулировки и введя новые [31].

I. Превентивная поведенческая адаптация

A. Глобальное изменение активности

- 1) уменьшение
- 2) отказ
- 3) усиление

Б. Реакция избегания

- 1) сужение ареала
- 2) локальное избегание

В. Реакция активного поиска преферендума

- 1) поиск естественного преферендума
 - а) общий
 - б) регуляционный, заместительный, разгружающий
- 2) создание преферендума

II. Стабилизационная поведенческая адаптация

A. Сохранность общей структуры поведения

- 1) темповые изменения
- 2) изменения ритма
- 3) внутрискруктурные изменения

Б. Изменения структуры поведения

- 1) введение корректирующих реакций
 - а) включающих внутренние механизмы регулирования
 - б) использующих внешние возможности:
природного характера
средств деятельности

объекта деятельности

2) оптимизация двигательного акта

а) на базе выработанного навыка:

оптимизация силовых характеристик

оптимизация скоростных характеристик

оптимизация точности

формирование навыка

б) на базе преобразованного навыка:

глобальное преобразование

частное преобразование алгоритма

3) реорганизация поведения

а) преобразование структуры деятельности:

операционное

временное

б) временной сдвиг деятельности

III. Социально-обусловленные формы поведения

A. Формирование среды

1) коллективной

2) индивидуальной

B. Преобразование среды

IV. Личностно-обусловленные формы поведения

A. Индивидуальные

1) перестройка идеологии и мировоззрения

2) включение когнитивных механизмов:

перестройка мотивов

формирование установки

изменение эмоциональной сферы

изменение концептуальных моделей

изменение ориентации

B. Коллективные и групповые

- 1) преобразование психологического климата
- 2) выработка групповых норм и ценностей
- 3) формирование совместимости
- 4) изменение ролевых ожиданий
- 5) переориентировка на лидера

Конечно, приводимая классификация в достаточной мере условна, поскольку в действительности адаптивное поведение очень многогранно, и его отдельные компоненты, если их искусственно выделить, могут быть отнесены к различным разделам этой классификации. По этой же причине в классификации отсутствует обычно принятое деление на активные и пассивные формы адаптивного поведения, поскольку реально все рубрики этой классификации подразумевают присутствие и той, и другой формы [35].

Тем не менее, эта классификация выгодна в том отношении, что, во-первых, помогает в анализе конкретного адаптационного поведения и, во-вторых, позволяет определить ведущий механизм формирования такого поведения и его целевое предназначение. Более того, такая классификация позволяет найти связи между отдельными элементами поведенческой адаптации. Так, например, перестройка идеологии может быть связана с необходимостью выработки групповых норм и ценностей и, наоборот, необходимость создания новых групповых ценностей в изменившейся социальной сфере может привести к изменению идеологии. Оптимизация двигательного акта может лежать в основе превентивной адаптации и т.п. [43].

Загрязнение воздуха приводит к заболеваниям дыхательной системы. В исследованиях Р.У. Гаттарова с соавт. [23] установлены изменения индекса системы внешнего дыхания у студентов, находящихся в диапазоне условной нормы и нарушений бронхиальной проходимости (5,7 %). Токсичные металлы представляют существенный вред здоровью человека [31]. Ртуть, свинец, токсины, полихлорированные бифенолы, радиоактивные осадки, являются опасными для здоровья.

Здоровье человека непосредственно зависит от окружающей среды. Проведенное нами анкетирование (по К. Байеру, Л. Шейнбергу, 1997) [7] среди студентов ЮУрГУ показало, что только 34,2 % респондентов указало на подходящие условия жизни с точки зрения психологического благополучия, наличия экологически пригодных мест оздоровления, эколого-валеологической нормативно-правовой базы. Из числа опрошенных (n=637) 69,8 % отметили терпимые условия жизни, а - 16 % студентов указали на неприемлемые условия жизни. Следует отметить, что очень хорошие и хорошие условия жизни не оценил ни один студент. Диапазон ответов адресовался к особо экологически неблагополучным районам проживания в г. Челябинске: металлургическом, ленинском, тракторозаводском.

Подобная зависимость прослеживается и в том случае, когда основным содержанием адаптации является изменение процессов мышления, где основные преобразования связаны с таким их построением, при котором человек исключает из последовательности мыслительных операций те, которые могут привести только к заранее известному, и только одному, результату. В эргономике такой характер мышления оператора в процессе управления носит название «работы по сокращенному алгоритму» [26].

Подводя итог сказанному о превентивной поведенческой адаптации, мы можем, высказать предположение о том, что в принципе организм пытается каким-либо образом избежать необходимости адаптации, найти какие-то другие способы приспособления к изменившимся условиям среды или же, в крайнем случае, минимизировать эту адаптацию (чем характерна стадия стабильной завершенной адаптации). Это свойство организма, которое также является проявлением принципа экономизации, мы, может быть и не совсем удачно называем адаптивным сопротивлением, а противоположное ему понятие, характеризующее объем тех возможностей противостояния и воздействия на адаптогенный фактор, которые получает организм, используя все формы, способы и механизмы адаптации, называем адаптивной устойчивостью [39].

1.3 Стресс, напряжение, адаптация студенческой молодежи

По мнению Н.А. Фомина [67], процесс адаптации сопровождается напряжением механизмов регуляции у 80 % обучающихся, высокий уровень психического напряжения отмечен у 68 % студентов. Наибольшее напряжение механизмов регуляции наблюдается в первом семестре.

По данным Е.В. Ефимовой [28] выявлено, что 40,4 % студентов имели средний уровень здоровья, у 34,5 % обследуемых - низкий и ниже средних и только 6,9 % имели высокий уровень здоровья. Высокие показатели личностной тревожности имели 47 % обследуемых. Хорошо успевающие студенты имели средний и ниже среднего уровня здоровья и недостаточную психическую адаптацию.

Применение тренинга с БОС способствует снижению тревожности, улучшению усвояемости. Авторы констатируют, что недостаточно изучены критерии формирования «групп риска» дезадаптации, а также мероприятия первичной профилактики заболеваний, неспецифической коррекции уровня здоровья студентов [16].

Исключительно важны в векторе укрепления здоровья студентов средства и методы физической терапии, физической культуры и спорта. Технология интегративно-валеологического подхода в физической культуре предложена В.М. Карлышевым (2001). В частности, разработаны уровни и критерии адаптации человека к современным условиям жизни. Показано взаимодействие уровней адаптации и процессов здоровья [31].

Двигательная активность и состояние миокарда человека изучались А.В. Шевцовым с соавт. (2001). При исследовании состояния позвоночника у студентов, имеющих отклонения в ССС, выявили межпозвонковые функциональные блоки в шейном, верхнегрудном отделе и шейно-грудном переходе. Авторы связывают эти процессы с нарушением иннервации [23].

Исследования А.Р. Сабирьянова [60] свидетельствуют о возможности коррекции состояния студентов, имеющих изменения АД, напряжение

миокарда и гиперкинетического типа кровообращения при активном ортостазе.

При объективном исследовании у данной группы студентов обнаружено, что у 77,4 % студентов имеющих данные отклонения, есть изменения в сегментарно связанных с ССС участках кожи, подкожной клетчатки, мышцах, надкостнице и связках. Это говорит о рефлекторных нарушениях иннервации и трофики, с одной стороны, в результате относительно длительных функциональных нарушений в ССС, с другой стороны сегментарные изменения тканей связанных с ССС могут поддерживать вышеперечисленные отклонения [28] обследовал 58 студентов в возрасте 14 – 21 года, проходящих курс оздоровления. Показал увеличение степени напряжения регуляторных систем у 17 % пациентов после электросна, у 12 % - после сеанса дарсонвализации, у 22 % после электрофореза. Такая динамика, по мнению автора, вероятно, свидетельствует об истощении функциональных резервов у испытуемых и о неадекватности выбранного реабилитирующего воздействия [31].

На основании системного подхода А.Г. Щедриной (2003) разработана концепция индивидуального здоровья с изучением резервных возможностей организма студентов. На основании полученных данных студенты составляют индивидуальные программы физической тренировки, обосновывают методы самоконтроля. Особое внимание в программе уделяется вопросам профилактики и коррекции нарушений осанки. Изучаются приемы рационального выполнения бытовых нагрузок, перемещения тяжестей, «разгрузочные» и корригирующие положения для позвоночника. Проводится анализ осанки каждого студента [23].

Системно – синергетический подход к модельно-целевой программе «Образование и здравостроение» внесли существенный вклад в системное информационное поле усилив сенсорно-моторную интеграцию [42].

Характерной чертой информационного взаимодействия является его относительная независимость от физических свойств носителя информации и

необходимость специальной подготовки для такого обмена информации. Здесь очень важное значение приобретает онтологическая значимость информации, что очень часто упускается при исследовании этой формы взаимодействия [55].

Особенностью взаимодействия человека с природными или антропогенными факторами среды, с другими людьми или обществом в целом и даже человека с самим собой является то, что оно никогда не бывает однофакторным, даже тогда, когда принимается специальное экспериментальное исследование, т.е. когда задача, поставленная экспериментатором-наблюдателем, решается в таких условиях, в которых выделяется лишь какая-либо одна связь как предмет исследования, а другие связи и факторы с помощью целого ряда специальных предметов и способов исключаются как несущественные. Применяемая нами программа «Образование и здравостроение» в сочетании с ПМТ и БОС позволяет оптимизировать физиологические резервы ФС организма. Можно с некоторой долей вероятности сделать, квазипостоянными некоторые внешние по отношению к организму факторы. Мы не будем далее углубляться в эту проблему, поскольку она достаточно подробно описывается во всех учебниках физиологии, и коснулись её только для того, чтобы показать принципиальную общность механизмов, определяющих взаимоотношения организма и среды [16].

Очень важным элементом этой общности является то, что ответные реакции строятся на основе определения, по пороговой или сверхпороговой силам воздействия по информационным признакам объекта, является ли он угрожающим целостности или ходу протекания жизненно важных функций организма или является необходимым для реализации и поддержания этих функций, или же он индифферентен [65].

Следует указать, что для вашего вида животных и особенно для человека характерной является активная позиция, заключающихся в том, что для определения и одного, и второго упомянутых выше признаков

предпринимаются активные поисковые действия. Мотивацию ЗОЖ мы проводили в студенческой среде [34].

В этом случае можно говорить об ещё одном виде порога как о запускающей программу в действие величине внешнего фактора. Мы обычно называем его пусковым порогом. Одной из важных сторон анализа этого процесса является знание и понимание механизма взаимодействия этих двух видов программ – генетической и приобретённой. Особенности взаимосвязи модельно – целевых программ – это вообще весьма важный вопрос теоретической физиологии, касающийся не только узких интересов функционального процесса, но и того, что позволяет понять логику функциональных изменений [12, 44, 56].

Сложность анализа, взаимоотношения человека со средой заключается не только в том, что наблюдается переплетение физиологического и психологического, биологического и социального, но и в том, что чаще всего человек взаимодействует со средой, находясь в коллективе, и на характер ответа большое влияние оказывают особенности взаимоотношений, сложившихся в этом коллективе. Поэтому вычленение в процессе исследования или анализа связей человека с внешней средой какой-либо одной стороны этих связей может привести к существенным ошибкам в интерпретации получаемых данных [58].

Рассматривая приведённые выше соображения, мы приходим к заключению, что во всех случаях такого взаимодействия возникает процесс приспособления организма к среде путём изменения физиологических и поведенческих характеристик или же путем активного преобразования среды.

Подводя итог нашему рассмотрению процесса взаимодействия организма и внешней среды, мы можем констатировать, что во всех случаях такого взаимодействия возникает процесс приспособления организма к окружающей его среде вне зависимости от того, меняются ли характеристики его жизнедеятельности, или они остаются устойчивыми, несмотря на

значительные колебания интенсивности и времени воздействия какого-либо внешнего фактора. Как мы уже упоминали, приспособление может носить активный и пассивный характер и может касаться изменений самого организма или условий его взаимодействия.

ГЛАВА II ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация исследования

Экспериментальная база исследования проводилась в Южно-Уральском государственном университете. Исследование проводилось в период с 2015 по 2017 г. и включило несколько этапов. В эксперименте приняли участие 40 студентов. В ЭГ испытуемые занимались по экспериментальным составляющим содержания процесса реализации педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе. В КГ занятия проводились по стандартной программе «Физическая культура». Хотелось бы отметить, что на протяжении двухлетнего педагогического эксперимента студенты-сироты (юноши и девушки) ЭГ участвовали в физкультурно-спортивных мероприятиях ЮУрГУ, в отличие от студентов КГ.

Этапы исследования

Первый этап поисково-аналитический. На этом этапе осуществлялся поиск проблемы и ориентировочное направление темы исследования, проводился теоретико-методологический анализ экономических, педагогических, психологических, социальных и иных подходов к изучению современного состояния проблемы социально-образовательной адаптации студентов-сирот в вузе, обобщался собственный опыт педагогической деятельности в вузе. В результате проделанной работы были определены исходные параметры исследования, его предмет, гипотеза, методология и методы, понятийный аппарат.

Второй этап организационно-исследовательский. На фоне общего подъема интереса к проблематике социального сиротства в России продолжены сбор и сравнительный анализ научной и методической литературы по заявленной проблематике. Изучен уровень современного состояния

социально-образовательной адаптации студентов-сирот в вузе. Разработаны основные положения концепции, вырабатывалась педагогическая модель, создающая социально-педагогические условия, включающая сущность и содержание процесса реализации воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, производился отбор методик, обеспечивающих эффективность психолого-педагогических технологий. На данном этапе были подведены предварительные итоги экспериментальной работы, обобщены этапные результаты, внесены коррективы в организационную структуру воспитательной среды вуза.

Третий этап экспериментальный. На этом этапе определялась эффективность реализации концепции и педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе.

2.2 Методы исследования

Для решения поставленных задач и проверки выдвинутой гипотезы использовались следующие методы **исследования**:

- *теоретические* (анализ и обобщение научно-методической литературы по теории и методике физической культуры, педагогики, психологии, социологии; сравнение, анализ и синтез сущностных характеристик понятий; абстрагирование, моделирование и т.д.);

- *эмпирические* (наблюдение, беседа, анкетирование, опрос, тестирование физического и психологического состояния, анализ продуктов педагогической деятельности, разработка теоретико-прогностической модели, предварительный и формирующий педагогические эксперименты);

- *методы качественной и количественной обработки* экспериментальных данных исследования (статистический метод, оформление результатов исследования в виде таблиц, рисунков,

компьютерная обработка данных).

Подготовлен с учетом специфики особенностей студентов-сирот комплекс оценочно-диагностического инструментария (методики и тесты исследования):

- тестирование и оценка уровня физической подготовленности студентов-сирот, охватывающие их все физические качества: челночный бег 10*5, бег 20 метров с хода (девушки), бег на 100 метров (юноши), бег на 1000 метров, вис (девушки), подтягивание (юноши), подъем туловища за 30 секунд, наклон вперед сидя, прыжок в длину с места, сгибание, разгибание рук в упоре лежа (юноши), сгибание, разгибание рук в упоре лежа на коленях (девушки);

- тестирование и оценка психологического состояния: уровня субъективного ощущения одиночества (методика Д. Рассела и М. Фергюсона); уровня оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (методика В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошникова); уровня самоактуализации личности (тест, разработанный Э. Шостромом на основе концепции самоактуализации А. Маслоу); оценки самоконтроля в общении (тест М. Снайдера); «Социально-психологической адаптированности» (тест К. Роджерса и Р. Даймонда); «Смысложизненных ориентации» (тест Т.А. Леонтьева).

Результаты исследований были подвергнуты статистической обработке, с определением достоверности различий в изменении изучаемых показателей между опытной и контрольной группами.

Определение достоверности различий осуществлялось по таблице вероятностей $P(t) \geq (t_1)$, по распределению Стьюдента. Показатель t определялся по формуле:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \quad (1);$$

- где M_1 – средняя величина первой группы; M_2 – средняя величина второй группы; m_1 – средняя ошибка в первой группе; m_2 – средняя ошибка во

второй группе.

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \quad (2);$$

где m – средняя ошибка; σ – среднеквадратическая ошибка; n – количество случаев.

Для вычисления среднего квадратического отклонения (стандартного отклонения) определяется разность между каждой срединной вариантой и средней арифметической величиной. Эта величина возводится в квадрат (d^2) и умножается на числе наблюдений (d^2p) и тогда:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n-1}} \quad (3).$$

Таким образом, мы определили все величины, необходимые для вычисления t -критерия, по величине которого определяется табличное значение p – показателя статистической достоверности различий в изменении измеряемых показателей. При $p < 0,05$ вероятность достоверности различий составляет 95%, а 5% отклонений носят случайный характер. Достоверность различий при $p > 0,05$ считается несущественной.

ГЛАВА III РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Спортивный клуб ЮУрГУ совместно с кафедрами физического воспитания, спортивного совершенствования при систематическом научно-методическом обосновании применяемых нагрузок (кафедра Теории и методики физической культуры и спорта) сумели путем менеджмента, просветительской деятельности вовлечь в систему здорового стиля жизни 1/3 студентов 1–5 курсов Университета. На этом фоне значительная часть студентов (20 %) изменили отношение и понимание своего ПФП и уровня здоровья. Этот резерв внесет вклад в разрешение проблемы оздоровления студенчества не только личным участием, но и вовлечением в систему здорового образа жизни еще такого же количества студентов.

Сущность полипараметрического метода состоит в одновременной регистрации неинвазивными методами комплекса физиологических показателей. На основе концепции системно-синергетического подхода к оценочной деятельности совокупности интегративных параметров, являющихся новыми диагностическими критериями.

Метод позволяет использовать математические методы при анализе физиологических данных в различных физиологических и медико-экологических исследованиях.

Концептуальным для полипараметрического метода является оценка функционального состояния человека относительно «индивидуального уровня» состояния здоровья определяемого как «эталонный» уровень (Н.В. Дмитриева, 1991). Можно полагать, что «эталонного» уровня здоровья для совокупной популяции быть не может, однако он позволяет выявлять минимальные изменения функционального состояния (ФС) в количественном выражении, оценить и применить методы коррекции, оздоровительные технологии, когда не нарушена трудоспособность и возможен возврат организма к состоянию физического и психологического благополучия и стабильной адаптации к воздействиям социально-

педагогических факторов.

Стержнем полипараметрического метода оценки ФС являются ключевые положения:

- оценка ФС организма и его функциональных возможностей при отсутствии клинических признаков заболевания;
- классификация состояний от удовлетворительного до напряженного, когда требуются рекомендации по саморегуляции и укреплению здоровья;
- перенапряженного ФС, не стабильной адаптации к экзогенным воздействиям, т.е. сдвиги гомеостаза, требующие коррекции;
- преморбидные состояния, возможен срыв адаптации, субклинические состояния, требующие проведения лечебных мероприятий;
- интегральный показатель ФС организма определяется как стадия адаптационного синдрома, оценивается не формализованными характеристиками, а физиологическими фазами адаптационного синдрома, возможностью их прогнозирования.

Целью этого раздела работы явилась оценка процесса здоровья и ПФП здорового человека с использованием полипараметрического метода. Наряду с физиологическими и врачебно-педагогическими методами сохранялась традиционная клинико-физиологическое выявление фаз развития адаптационного синдрома, прогноза развития процесса и его верификация. Пределы работоспособности у всех людей разные. Педагог должен учитывать индивидуальные различия, такие как стадия развития, уровень физической подготовленности, состояние здоровья, время, необходимое для восстановления в интервале между занятиями и тренировочно-оздоровительными мероприятиями, а также морфологические, функциональные и половые особенности организма, определение анатомического, биологического, двигательного возрастов исключительно важно в период завершения морфофункционального созревания, повышения эффективности функционирования некоторых органов, изменение интересов, мотивов и поведения вследствие социальной адаптации студентов-сирот.

Основными источниками создания *концепции социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза* являются: потребность социально незащищенных категорий населения (детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в получении высшего профессионального образования на современном этапе; педагогический опыт социально-образовательной адаптации студентов-сирот, тенденции его развития; изменяющиеся требования к знаниям, компетентности, жизненно-профессиональной подготовки студентов-сирот, в частности, к уровню формирования их физического, психологического и социального здоровья средствами физической культуры и спорта; теоретические концепции, фиксирующие современный уровень развития проблемы социально-образовательной адаптации студентов-сирот в системе высшего образования; практический опыт жизненно-профессиональной подготовки студентов-сирот в вузе.

Представлено понятие «социально-образовательная адаптация студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза» как процесс активного взаимодействия студентов-сирот с вузовской средой, социальным окружением, приспособления к новым социальным условиям, которые средствами физической культуры и спорта формируют у них новый социальный статус, систему ценностных ориентиров, личностных связей и отношений с другими людьми, влияющих на жизненно-профессиональное становление.

Данное понятие объясняет воздействие факторов социально-образовательной адаптации в физкультурно-спортивной деятельности на личность студента-сироты. Студент-сирота, взаимодействуя с вузовской средой, социальным окружением, адаптируется к формам, методам, технологиям социально-образовательной адаптации в физкультурно-спортивной деятельности вуза. При этом процесс социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности к вузовской среде и социальному окружению протекает как активно, так и

пассивно.

В этой связи вполне закономерно утверждать, что активная позиция в процессе социально-образовательной адаптации в физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот вуза характеризуется жизненно-профессиональным становлением, который способствует активному проявлению индивидуальности личности студента-сироты.

Основанием для выделения закономерностей социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза являются теоретико-методологические подходы: средовой, системно-деятельностный, личностно ориентированный, индивидуальный. Ядро разрабатываемой нами концепции социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза составляют закономерности и принципы функционирования и развития исследуемого процесса, позволяющего оценить современное состояние проблемы, проследить динамику его становления и перспективы развития.

Педагогическая модель воспитательного пространства физкультурной спортивной деятельности студентов-сирот в вузе реализует концепцию в условиях практики и состоит из четырех взаимосвязанных блоков: целевой, содержательный, организационно-деятельностный, оценочно-результативный. В целевом блоке модели определены цель и задачи; содержательный блок характеризуется программно-методическим комплексом содержания и организации воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе и социально-педагогическими условиями ее реализации; организационно-деятельностный блок состоит из этапов, направлений, форм и тактик формирования физического, психологического и социального здоровья (ФПиСЗ) студентов-сирот средствами физической культуры и спорта; оценочно-результативный содержит компоненты, критерии и уровни (низкий, средний, высокий) сформированности ФПиСЗ студентов-сирот, их социального жизнеустройства.

Педагогическая модель проходит в своем развитии четыре этапа.

1. Оценочный. Ведется разработка теоретической концепции будущей педагогической модели, моделируются ее структура и связи между ее компонентами. Главная цель первого этапа - отбор ведущих педагогических идей, оценка современного состояния ФПиСЗ детей-сирот до поступления в высшее учебное заведение.

2. Пропедевтический. Происходит раннее формирование ФПиСЗ детей-сирот в довузовском подготовительном отделении. Главная цель второго этапа - улучшение качества высшего образования в период начальной ступени довузовской подготовки детей-сирот на основе эффективного функционирования организации физкультурно-спортивной деятельности, направленной на коррекцию и применение здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий развития у детей-сирот ФПиСЗ.

3. Формирующий. На протяжении всего обучения в вузе создаются наиболее оптимальные социально-педагогические условия для улучшения ФПиСЗ студентов-сирот средствами физической культуры и спорта, что обеспечит им возможность безболезненно войти в образовательную среду, социальное окружение, поможет справляться с учебными нагрузками, освоиться в будущей профессиональной деятельности. Главная цель третьего этапа - обеспечить воспитательное пространство физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе.

4. Итоговый. Личная самореализация, социально-образовательная адаптация и жизненно-профессиональная подготовка студентов-сирот как в социуме вуза, так и в дальнейшем трудоустройстве.

Педагогическая модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе базируются на теоретических положениях: *социальную; специфику психологическую специфику; валеологическую специфику; экономическую специфику; экзистенциальную специфику* студентов-сирот; *подготовительный курс «Здоровье — основа всей жизни» (ЗОВЖ).*

На начало эксперимента исходный уровень физической подготовленности студентов-сирот КГ и ЭГ статистического различия не обнаружил.

Итоговые данные (после проведения двухлетнего педагогического эксперимента), выявили у студентов-сирот ЭГ (девушек и юношей) достоверно определяемые позитивные качественные изменения улучшение двигательных качеств таких как: общей выносливости, скоростной выносливости, силы, гибкости, быстроты (табл. 1, 2).

Таблица 1 – Изменение физической подготовленности студенток-сирот (n=20)

№	Показатели	ЭГ(n=10)		P	КГ (n=10)		P
		до (M±m)	после (M±m)		до (M±m)	после (M±m)	
1	Челночный бег 10x5 (с)	21,88± 0,90	19,39± 0,58	P<0,05	21,70± 0,71	20,55± 0,57	P>0,05
2	Бег 20 м с хода (с)	4,02± 0,20	3,08± 0,18	P<0,01	4,08± 0,23	3,39 ± 0,16	P<0,05
3	Вис (с)	3,03± 0,63	13,82± 1,25	P<0,001	4,10 ± 0,80	8,03± 0,80	P<0,01
4	Подъем туловища за 30 с (кол-во)	17,0± 0,85	25,00± 1,46	P<0,001	17,00± 1,05	20,00± 1,18	P>0,05
5	Наклон вперед сидя (см)	6,50± 1,15	17,50± 1,88	P<0,001	5,50 ± 0,83	10,00± 0,89	P<0,001
6	Прыжок в длину с места (см)	140,0± 8,13	159,00± 4,27	P<0,05	142,00± 5,16	150,00± 4,88	P>0,05
7	Бег 1000 м (м)	6,37± 0,23	5,06± 0,30	P<0,01	6,42± 0,23	5,58 ± 0,39	P>0,05
8	Сгибание, разгибание рук в упоре на коленях	16,0± 1,66	32,00± 2,37	P<0,001	15,00± 1,70	20,00± 1,30	P<0,05

Как видно из таблицы 1 в ЭГ у студенток достоверно повысились все изучаемые показатели физической подготовленности (P<0,05-0,001). В контрольной группе статистически значимыми были показатели бег 20 м с хода, вис, наклон вперед сидя, сгибание, разгибание рук в упоре на коленях (P<0,05-0,01).

Таблица 2 – Изменение физической подготовленности студентов-сирот (n=20)

№	Показатели	ЭГ(n=10)		P	КГ(n=10)		P
		до (M±m)	после (M±m)		до (M±m)	после (M±m)	
1	Челночный бег 10x5 (с)	19,03± 0,67	15,78± 0,14	P<0,001	19,01± 0,78	17,12± 0,44	P>0,05
2	Бег на 100 м (с)	16,09± 0,41	13,52± 0,23	P<0,001	16,02± 0,42	14,51± 0,19	P<0,01
3	Подтягивание (кол-во)	8,00± 0,88	15,00± 1,28	P<0,01	6,00± 0,66	10,00± 1,02	P>0,05
4	Подъем туловища за 30 с (кол-во)	18,0± 3,11	34,00± 0,91	P<0,001	19,00± 2,98	28,00± 2,38	P<0,05
5	Наклон вперед сидя (см)	5,5± 1,72	12,5 ± 1,87	P<0,05	4,00± 1,36	8,00± 0,84	P<0,05
6	Прыжок в длину с места (см)	217 ±2,00	249 ±4,25	P<0,01	215,00 ±3,35	230,00± 3,19	P<0,01
7	Бег 1000 м(м)	4,52 ±0,09	3,31 ±0,15	P<0,001	4,56 ±0,15	4,08± 0,23	P>0,05
8	Сгибание, разгибание рук в	19,00 ±3,92	51,00 ±2,04	P<0,001	20,00 ±3,72	43,00± 1,76	P<0,001

Как видно из таблицы 2 в ЭГ у студентов достоверно повысились все изучаемые показатели физической подготовленности (P<0,05-0,001). В контрольной группе статистически значимыми были показатели: бег на 100 м, подъем туловища за 30 с, наклон вперед сидя, прыжок в длину с места, разгибание рук в упоре на коленях (P<0,05-0,001).

В таблицах 3, 4 представлены данные психологического состояния детей-сирот. *Самоактуализация личности* (тест, разработанный Э. Шостромом на основе концепции самоактуализации А. Маслоу) - при тестировании показателей у студентов ЭГ в завершающей части эксперимента изменения обнаружены во всех (восьми) субшкалах с высокой степенью достоверности (табл. 3).

Таблица 3 – Изменение показателей уровней самоактуализации личности студентов-сирот (n=40)

Субшкала	Экспериментальная группа(n=20)		P	Контрольная группа (n=20)		P
	до (M±m)	после (M±m)		до (M±m)	после (M±m)	
Стремление к самоактуализации	49,52 ±2,64	64,40 ±2,56	P<0,001	48,51 ±2,52	54,55 ±1,58	P>0,05
Ориентация во времени	51,32 ±2,97	68,24 ±2,70	P<0,001	50,40 ±2,94	60,07 ±1,89	P<0,05
Ценности	50,24 ±3,17	66,08 ±3,11	P<0,001	49,66 ±3,04	60,25 ±2,49	P<0,05
Потребность в познании	50,16 ±2,76	67,12 ±2,95	P<0,001	50,03 ±2,58	56,81 ±2,34	P>0,05
Аутосимпатия	51,92 ±2,80	69,68 ±2,34	P<0,001	51,51 ±2,61	56,70 ±1,41	P>0,05
Спонтанность	49,00 ±3,05	65,32 ±2,50	P<0,001	45,67 ±2,58	57,77 ±2,45	P<0,01
Самопонимание	50,88 ±2,79	66,04 ±2,27	P<0,001	49,59 ±2,90	54,74 ±1,76	P>0,05
Гибкость в общении	50,12 ±3,01	68,80 ±2,70	P<0,001	49,77 ±2,80	55,59 ±1,74	P>0,05

Как видно из таблицы 3, у студентов-сирот ЭГ сформировалось: *стремление к самоактуализации* - инициативность, самостоятельность, выдержка, решительность, работоспособность, личностная автономность, уверенность в себе, трудолюбие, самодисциплинированность; *ориентация во времени* - умение ориентации учебного времени (режим труда и отдыха); способность к самоорганизации и умении распределять время для осуществления самостоятельной работы; *ценности* - умение устанавливать тендерные отношения (девушки и юноши), создание будущей семьи, формирование коллектива как субъекта и объекта учебной и физкультурно-спортивной деятельности, признание учебных и спортивных достижений; *аутосимпатия* - умение позитивно относиться к самому себе; *спонтанность* - способность быстро уметь и решать жизненные проблемы (нестандартно находить подходы к решению проблемы); преодоление (приобретенного до поступления в вуз комплекса неполноценности, завести к сверстникам из благополучных семей) и формирование стереотипов детей-сирот в процессе

занятий физической культурой и спортом; *самопонимание* - понимание жизненных целей и смыслов жизненных ценностей; принятие социальных норм в обществе; *гибкость в общении* - умение понимать позицию других молодых людей; толерантность (принятие других); умение уходить от конфликтных ситуаций; повышение уровня общей культуры в обществе.

Самочувствие, активность и настроение (методика В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошникова), где у студентов-сирот ЭГ выявлено повышение качества жизни как в социуме вуза, так и в дальнейшей профессиональной деятельности (рис. 1).

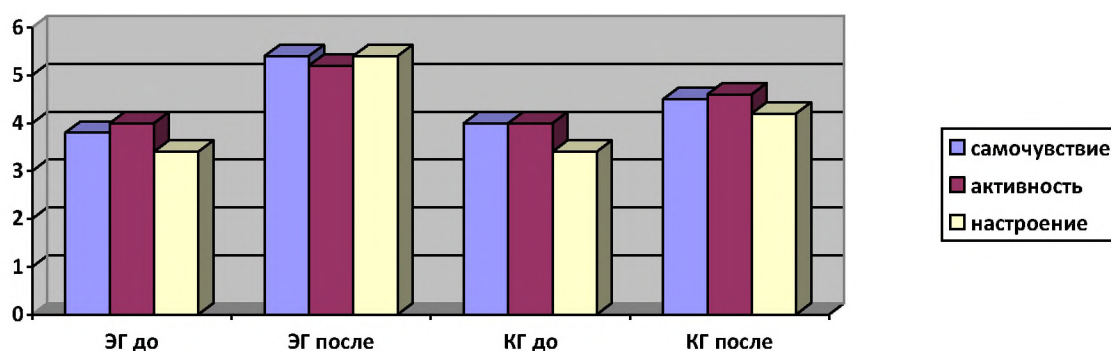


Рисунок 1 – Изменение показателей уровня оценки самочувствия, активности и настроения студентов-сирот

Смыслоразностные ориентации (тест Т.А. Леонтьева). При тестировании количественные характеристики показали, что у студентов ЭГ в конце эксперимента достоверность выявлена в пяти субшкалах (рис. 2).

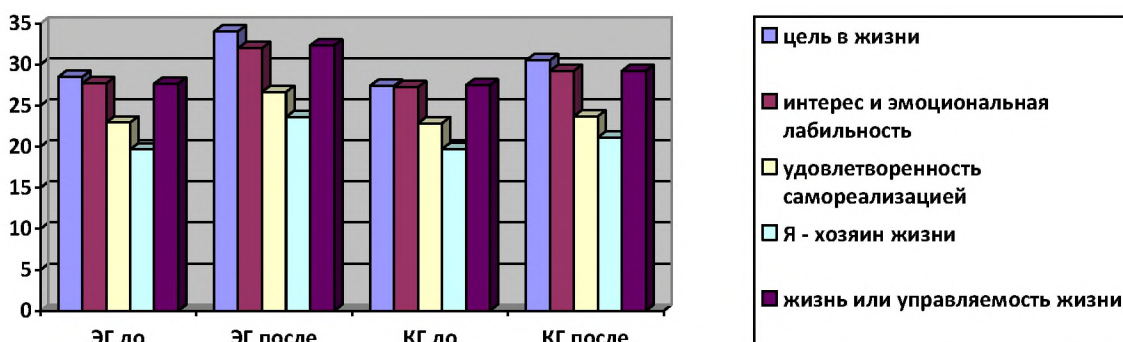


Рисунок 2 – Изменение показателей уровней смыслоразностных ориентации студентов-сирот

Из рисунка 2 видно, что у студентов-сирот ЭГ сформировались: *цель в жизни* - целенаправленность (получение диплома, трудоустройство как «социальный лифт», создание семьи); формирование устойчивой мотивации (к обучению, занятиям физической культурой и спортом, освоению профессии) к саморазвитию; *интерес и эмоциональная лабильность* - эмоциональная устойчивость; отсутствие агрессивных эмоциональных проявлений; сформированные устойчивые положительные черты характера (дисциплинированность, ответственность, организованность, надежность); *удовлетворенность самореализацией* - обретение социального статуса в обществе; достижение в физкультурно-спортивной деятельности результатов; достижение успехов в признании и одобрении со стороны общества; *я - хозяин жизни* - признания субъективной позиции «я себя делаю или созидая»; стремление к новым социальным достижениям; *эмоциональный комфорт и эмоциональный дискомфорт* - преобладание позитивных эмоций над негативными (доброжелательность, отзывчивость, стремление помочь другому); *внутренний и внешний контроль* - умение вести контроль над собственным поведением в обществе; способность нести ответственность за свои поступки; способность контролировать свои чувства и эмоции.

Социально-психологическая адаптированность (тест К. Роджерса и Р. Даймонда). При тестировании количественные характеристики показали, что у студентов ЭГ в конце эксперимента достоверность выявлена в шести показателях (табл. 4).

Из таблицы 4 видно, что у студентов-сирот ЭГ сформировались: *адаптивность, дезадаптивность* - повышение стрессоустойчивости, уравновешенности, толерантности к нервным и физическим нагрузкам, усиление эмоциональной устойчивости, снижение уровня тревожности; отсутствие противоправной деятельности; отсутствие конфликтов с профессорско-преподавательским составом и сверстниками; способность справляться с учебной программой; *принятие себя и непринятие себя* - уверенность в себе (выбор вуза, профессии); повышение статусной (студент)

значимости в глазах сверстников и собственном представлении; *принятие других и непринятие других* - толерантность (умение выходить из конфликтных ситуаций); *эмоциональный комфорт и эмоциональный дискомфорт* - преобладание позитивных эмоций над негативными (доброжелательность, отзывчивость, стремление помочь другому); *внутренний контроль и внешний контроль* - умение вести контроль над собственным поведением в обществе; способность нести ответственность за свои поступки; способность контролировать свои чувства и эмоции.

Таблица 4 – Изменение показателей уровней социально-психологической адаптированности студентов-сирот (n=40)

Показатели	Экспериментальная группа (n=20)		P	Контрольная группа (n=20)		P
	до (M±m)	после (M±m)		до (M±m)	после (M±m)	
Адаптивность	92,44 ±8,71	119,04 ±9,19	P<0,05	92,70 ±8,76	96,40 ±8,50	P>0,05
Деадаптивность	102,32 ±7,11	92,84 ±5,79	P>0,05	103,59 ±7,85	94,07 ±5,87	P>0,05
Принятие себя	38,12 ±2,08	46,80 ±1,50	P<0,01	38,18 ±2,18	39,55 ±1,92	P>0,05
Непринятие себя	23,72 ±1,75	20,44 ±1,50	P>0,05	24,00 ±1,92	21,59 ±1,39	P>0,05
Принятие других	16,96 ±1,65	24,44 ±1,10	P<0,001	16,85 ±1,52	18,25 ±1,54	P>0,05
Непринятие других	20,16 ±1,49	17,04 ±1,40	P>0,05	20,51 ±1,51	17,32 ±1,40	P>0,05
Эмоциональный Комфорт	19,92 1,70	27,12 ±1,98	P<0,05	19,74 ±1,86	22,18 ±1,47	P>0,05
Эмоциональный Дискомфорт	26,88 ±2,26	21,72 ±1,94	P>0,05	26,96 ±2,07	22,88 ±1,90	P>0,05
Внутренний Контроль	38,12 ±3,12	50,72 ±2,74	P<0,01	38,29 ±3,71	41,22 ±3,21	P>0,05
Внешний Контроль	21,16 ±2,12	30,60 ±2,24	P<0,01	21,11 ±2,23	22,96 ±2,06	P>0,05

Уровень ощущения одиночества (методика Д. Рассела и М. Фергюсона), где у студентов-сирот ЭГ выявили понижение уровня субъективного ощущения одиночества, что является показателем социально-образовательной адаптации в области коммуникативных характеристик (рис. 3).

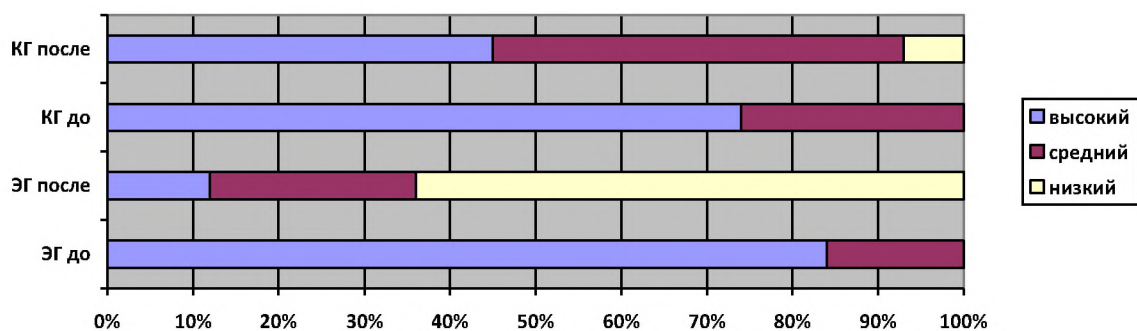


Рисунок 3 – Изменение показателей уровня субъективного ощущения одиночества студентов-сирот (%)

Самоконтроль в общении (тест М. Снайдера), где у студентов-сирот ЭГ выявили изменения в коммуникативной сфере, что сформировало: снижение агрессивных реакций в их поведении; конструктивное решение конфликтных ситуациях; способности отстаивать свое мнение, бороться за свои права и достижения в социально приемлемой форме; повышение уровень конструктивного общения (рис. 4).

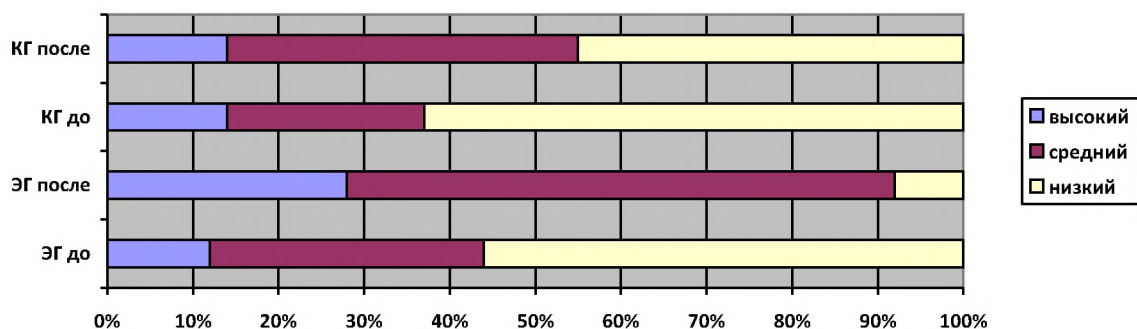


Рисунок 4 – Изменение показателей уровня самоконтроля в общении студентов-сирот (%)

Таким образом, можно сделать вывод о том, что реализация концепции и педагогической модели, создающей социально-педагогические условия целостного воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, обеспечивающей ФПиСЗ, привели к существенному повышению уровня психологического состояния студентов-сирот в ЭГ по сравнению с КГ. Тем самым третья дополнительная гипотеза эксперимента подтвердилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ научной литературы и практики по заявленной нами проблеме показал, что в системе высшего образования России отсутствует научно обоснованная концепция социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза.

Внедрена концепция социально-образовательной адаптации студентов-сирот в физкультурно-спортивной деятельности вуза, обусловленная потребностями социально незащищённых категорий населения (детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в получении высшего профессионального образования.

Спроектирована педагогическая модель воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, отражающая механизм формирования у них физического, психологического и социального здоровья средствами физической культуры и спорта, учитывающая ее особенности, специфику, этапы, критерии социально-образовательной адаптации студентов этой категории.

Обоснованы социально-педагогические условия реализации педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, эффективность которых зависит от: а) преодоления приобретенного «сиротского синдрома», создающего содержание характеристик специфики (социальная, психологическая, валеологическая, экономическая, экзистенциальная) студентов-сирот, необходимых для социально-психолого-педагогической работы с данной категорией студентов в вузе; б) деятельности куратора-педагога, направленной на обеспечение постоянного совершенствования воспитательного процесса педагогической работы со студентами данной категории как педагогического явления; в) довузовской подготовки детей-сирот на основе эффективного функционирования организации физкультурно-спортивной деятельности, направленной на коррекцию и применение здо-

ровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий; г) поэтапного формирования физического, психологического и социального здоровья студентов-сирот, отражающего социально-образовательную адаптацию и жизненно-профессиональную подготовку в вузе; д) создания атмосферы эмоционального комфорта для снятия проявлений депривации, напряженности и тревожности в процессе реализации концепции и педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе; е) организация и реализация концепции и педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, включающей формирование у них физического, психологического и социального здоровья, способствующего развитию у них социальной и личностной мобильности, приобретению опыта конкретной жизненно-профессиональной деятельности.

Экспериментально доказана эффективность педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, где результаты эксперимента показали, что влияние созданных социально-педагогических условий положительно привели к более существенному повышению результатов физической подготовленности в ЭГ по сравнению с КГ, которая в завершающей части эксперимента у девушек и юношей ЭГ достоверно улучшилась по восьми показателям:

- у студенток ЭГ (челночный бег 10x5 ($P<0,05$), бег 20 м с хода ($P<0,01$), вис ($P<0,001$), подъем туловища за 30 с ($P<0,001$), наклон вперед сидя ($P<0,001$), прыжок в длину с места ($P<0,05$), бег на 1000 м ($P<0,01$), сгибание-разгибание рук в упоре стоя на коленях ($P<0,001$));

- у юношей ЭГ (челночный бег 10x5 ($P<0,001$), бег на 100 м ($P<0,001$), подтягивание ($P<0,01$), подъем туловища за 30 с ($P<0,001$), наклон вперед сидя ($P<0,05$), прыжок в длину с места ($P<0,01$), бег на 1000 м ($P<0,001$), сгибание-разгибание рук в упоре лежа ($P<0,001$));

- у студенток КГ обнаружены с меньшей степенью достоверности

улучшения только по четырем показателям (бег 20 м с хода ($P<0,05$), вис ($P<0,01$), наклон вперед сидя ($P<0,001$), сгибание-разгибание рук в упоре стоя на коленях ($P<0,05$));

- у юношей КГ - по пяти показателям (бег на 100 м ($P<0,01$), подъем туловища за 30 с ($P<0,05$), наклон вперед сидя ($P<0,05$), прыжок в длину с места ($P<0,01$), сгибание-разгибание рук в упоре лежа ($P<0,001$)).

Экспериментально доказана эффективность концепции и педагогической модели воспитательного пространства физкультурно-спортивной деятельности студентов-сирот в вузе, где результаты эксперимента показали, что влияние созданных социально-педагогических условий положительно привели к более существенному повышению параметров психологических качеств, черт, свойств личности в ЭГ по сравнению с КГ. Качественные изменения психологического состояния данной категории студентов ЭГ, в отличие от КГ, к завершающей части педагогического эксперимента достоверно улучшились по диагностируемым показателям:

- у студентов-сирот в ЭГ изменились самочувствие ($P<0,001$), активность ($P<0,001$), настроение ($P<0,001$), субъективное ощущение одиночества ($P<0,001$), самоконтроль в общении ($P<0,001$), а в КГ достоверность выявлена только в активности ($P<0,01$), остальные показатели статистически не различаются ($P>0,05$);

- самоактуализация личности у студентов-сирот ЭГ в завершающей части эксперимента изменилась с высокой степенью достоверности ($P<0,001$) во всех восьми субшкалах, а у студентов КГ достоверность выявлена только в трех субшкалах: ориентация во времени ($P<0,05$), ценности ($P<0,05$), спонтанность ($P<0,01$);

- социально-психологическая адаптированность студентов-сирот ЭГ в завершающей части эксперимента достоверно изменилась в показателях: адаптивность ($P<0,05$), принятие себя ($P<0,01$), принятие других ($P<0,001$), эмоциональный комфорт ($P<0,05$), внутренний контроль ($P<0,01$), внешний

контроль ($P < 0,01$), а у студентов-сирот КГ выявлено, что показатели уровней социально-психологической адаптированности статистически не различаются ($P > 0,05$);

- смысложизненные ориентации у студентов-сирот в ЭГ достоверно выявлены в пяти субшкалах: *субшкала 1. «Цель в жизни»*, $P < 0,001$; *субшкала 2. «Интерес и эмоциональная лабильность»*, $P < 0,01$; *субшкала 3. «Удовлетворенность самореализацией»*, $P < 0,05$; *субшкала 4. «Я - хозяин жизни»*, $P < 0,01$; *субшкала 5. «Жизнь или управляемость жизни»*, $P < 0,01$, а в КГ достоверность обнаружена только по одной субшкале «Цель в жизни», $P < 0,01$.

Количественный анализ дает нам основание полагать, что у студентов-сирот ЭГ в сравнении с КГ произошли достоверно определяемые позитивные качественные изменения:

- улучшение двигательных качеств (общей выносливости, скоростной выносливости, силы, гибкости, быстроты);

- личностных качеств (дисциплинированность, внутренняя организованность, ответственность);

- коммуникативных качеств (снижение агрессивных реакций в их поведении, конструктивное решение конфликтных ситуаций, формирование способностей отстаивать свое мнение, бороться за свои права и достижения в социально приемлемой форме, повышение уровня конструктивного общения);

- волевых (повышение самостоятельности, выдержки, решительности, трудолюбия);

- эмоциональных (повышение стрессоустойчивости, уравновешенности, толерантности к нервным и физическим нагрузкам, усиление эмоциональной устойчивости, уверенность в себе, снижение уровня тревожности);

- понижение уровня субъективного ощущения одиночества.

Таким образом, выполненное исследование, базирующееся на

разрешении проблемной ситуации, связанной с необходимостью повышения адаптационных возможностей у слаботзащищенных категорий студентов-сирот в воспитательном пространстве физкультурно-спортивной деятельности вуза к социально-образовательной адаптации и жизненно-профессиональной подготовке в вузе, позволяет утверждать, что поставленная цель достигнута; гипотеза нашла свое подтверждение; поставленные задачи в основном выполнены.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Аверина, Д.Ю. Автоматизированная система управления процессом формирования оптимального уровня физического состояния студенческой молодёжи / Д.Ю. Аверина // Мониторинг физического состояния, физической подготовленности различных групп населения: Материалы I Всерос. науч.- практ. конф. – Нальчик, 2003. – С.174-177.

2 Агаджанян, Н.А. Проблемы адаптации и учение о здоровье: Учеб. пособие / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенёва. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 284с.

3 Агаджанян, Н.А. Формирование оптимального функционального уровня неспецифической резистентности в период адаптации студентов к условиям вуза / Н.А. Агаджанян, Т.В. Понова, М.В. Сауткин // Физиология человека. – 1994. – Т.20 №3.-С.144-149.

4 Алиев, М.Н. Физическая подготовка и состояние здоровья учащейся молодёжи призывного возраста / М.Н, Алиев, А.Х. Чуланов, Н.В. Чупанова // Организации и методики учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы: Материалы международной конференции. – Ч.I. – Ростов-на/Д., 2000. – С. 160-161.

5 Алмазов, Б.Н. Становление личности и средовая адаптация / Б.Н. Алмазов // Социальная педагогика. Свердловск: Изд-во Урал, ун-та, 1989. - С. 67-101.

6 Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2003. - 364 с.

7 Байер, К. Здоровый образ жизни / К. Байер, Л. Шейнберг / Пер. с англ. – М.: Мир, 1997. – 368с.

8 Бальсевич, В.К. Конверсия высоких технологий спортивной подготовки как актуальное направление совершенствования физического воспитания и спорта для всех / В.К. Бальсевич // Теория и практика физической культуры. – 1993. - №4. – С.21 – 22.

9 Бальсевич, В.К. Конверсия основных положений теории спортивной подготовки в процессе физического воспитания / В.К. Бальсевич, Г.Г. Наталов, Ю.К. Чернышенко // Теория и практика физической культуры. – 1997. - №6. – С.15-24.

10 Бальсевич, В.К. Основные положения концепции интенсивного инновационного преобразования национальной системы физкультурно-спортивного воспитания детей, подростков и молодежи России / В.К. Бальсевич // Теория и практика физической культуры, 2002. - №3. - С. 3-5.

11 Бальсевич, В.К. Перспективы развития общей теории и технологий спортивной подготовки и физического воспитания (методологический аспект) /В.К. Бальсевич //Теория и практика физ. культуры. – 1999.- №4. – С.21-26,39-40.

12 Барбаш, Н.А. Стресс-реакция и факторы риска заболеваний у лиц молодого возраста / Н.А. Барбаш, М.В. Миляева, Г.И. Тимешук и др. //Физиология человека. – 1994. – Т.20,№1. – С. 115-211.

13 Белов, А.Ф. Успешность обучения студентов медицинского вуза дифференциально-психологический аспект /А.Ф. Белов. М.М. Лапкин, Н.В. Яковлев // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15, №1. – С. 81-86.

14 Бобылева, И.А. Педагогические условия постинтернатной адаптации выпускников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.А. Бобылева. Владимир, 2000. - 22 с.

15 Бурдуковская, Е.А. Социокультурная среда вуза как педагогический фактор личностного становления студента: дисс. ... канд. пед. наук / Е.А. Бурдуковская. - Комсомольск-на-Амуре, 2004. - С. 51-52.

16 Васильев, В.Н. Использование возможностей БОС - тренинга для коррекции напряжения адаптации у студентов медицинского колледжа /В.Н. Васильев, Т.И. Подкопаева, Д.В. Загулова и др. // Биоуправление – 4: Теория и практика. – Новосибирск: ИЭРИС, 2002. – С. 80-84.

17 Величковский, Б.Т. Реформы и здоровье населения /В.Т. Величковский // Экономика здравоохранения. – 2001. - №6. – С. 22-27.

18 Верушкин, Н.Г. Путь повышения скоростно-силовых качеств студентов / Н.Г. Верушкин //Проблемы физического воспитания и спорта студенческой молодёжи: Материалы межвузовской науч.- практ. конф. – М., 1995. – С. 41-46.

19 Виленский, М.Я. Теория и практика интериоризации студентами ценностей физической культуры в образовательном процессе /М.Я. Виленский // Культура физическая и здоровье. – Воронеж, 2004. - №1. – С. 43-45.

20 Вучева, В.В. Использование образовательных технологий в сфере физической культуры / В.В. Вучева, О.Ю. Джаталаева // Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы: Материалы междунар. конф. Ч.І. – Ростов-н/Д, 2002. – С. 25-29.

21 Гаращенко, Л.В. Социально-педагогические условия ресоциализации дезадаптированных студентов-сирот в образовательной среде педагогического колледжа: автореф.дис. ... канд. пед. наук / Л.В. Гаращенко. - Иркутск, 2003. – 24 с.

22 Гаттаров, Р.У. Полипараметрическое исследование метаболического состояния студентов-спортсменов в условиях физкультурно-оздоровительного комплекса /Р.У. Гаттаров, С.А. Личагина, А.С. Аминов и др. // Вестник ЮУрГУ. Серия: «Образование, здравоохранение, физкультура и спорт». – Челябинск: ЮУрГУ, 2004. - №6(б). – С. 26-38.

23 Гаттаров, Р.У. Психофизиологический потенциал и уровень здоровья студентов /Р.У. Гаттаров /Под науч. ред. д-ра биол. наук, проф. А.П. Исаева. – Челябинск: ЮУрГУ, 2005. – 191 с.

24 Гончаренко, В.Л. Здоровье подростков: Основные проблемы и пути решения / В.Л. Гончаренко //Эколого-социальные вопросы защита и

охраны здоровья молодого поколения на пути в XXI век: Сб. материалов IV междунар. конгресс.- СПб., 1998. – С. 24-26.

25 Григорьев, В.И. Механизмы социокультурной интеграции содержания и организации неспецифического образования студенческой молодёжи / В.И. Григорьев // Теория и практика физической культуры. 2001. - №10. – С. 2-7.

26 Дементьева, И.Ф. Социальная адаптация детей-сирот: по материалам социол.исслед. / И.Ф. Дементьева // Социальная педагогика. - 2003. №2. - С. 64-73.

27 Егорычев, А.О. Методика контроля и коррекция уровня профессионально важных физических качеств студентов с использованием ЭВМ: Дис. ... канд. пед. наук / А.О. Егорычев. – М., 1992. – 160 с.

28 Ефимова, И.В. Уровень физической подготовленности и резервные возможности организма студентов /И.В. Ефимова, Е.В. Будыка, В.Е. Воробьёв // Организация и методика учебного процесса, физкультурной и спортивной работы: Материалы междунар. конф. Ч.II. Ростов-н/Д., 2000. – С. 43-45.

29 Зайцев, Г.К. Валеология подростка: укрепление организма / Г.К. Зайцев, Г.М. Брадик // Валеология. – Ростов-на –Дону. – 2000. - №3. – С. 44-48.

30 Зарецкий, В.К. Пути решения проблемы сиротства в России / В.К. Зарецкий, М.О. Дубровская, В.Н. Ослон, А.Б. Холмогорова- М.: ООО «Вопросы психологии», 2002. - 208 с.

31 Исаев, А.П. Стратегии адаптации человека: учебное пособие /А.П. Исаев, С.А. Личагина, Т.В. Патапова. – Тюмень: Изд-во ТГУ, 2003. – 248с.

32 Исмиянов, В.В. Динамика физической подготовленности студенток-сирот в техническом вузе / В.В. Исмиянов // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта». - СПб.: Изд-во ГУФК. 2014. - №1 (107). - С. 41-44.

33 Исмиянов, В.В. Влияние занятий физической культурой на качественные изменения психоэмоционального состояния студентов-сирот / В.В. Исмиянов // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта». - С116.: Изд-во ГУФК. - 2015. - № 1 (118). - С. 207-210.

34 Исмиянов, В.В. Жизнеустройство студентов-сирот на основе формирования психофизического здоровья средствами физического воспитания / В.В. Исмиянов // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта». - СПб.: Изд-во ГУФК. - 2015. - № И (129). - С. 107-110.

35 Исмиянов, В.В. Моделирование физического воспитания студентов-сирот как пространство социальной адаптации в системе высшего образования / В.В. Исмиянов // Научно-теоретический журнал «Казанский педагогический журнал». - Казань. - 2015. - № 5 (112). - С. 100-103.

36 Исмиянов, В.В. Социальная адаптация студентов-сирот средствами физического воспитания в системе высшего образования: монография / В.В. Исмиянов. - Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2015. - 281 с.

37 Исмиянов, В.В. Теория и практика психофизического развития студентов-сирот в процессе организации физкультурной деятельности: монография / В.В. Исмиянов. - Иркутск: Изд-во ИрГУПС, 2014. - 175 с.

38 Кабанов, С.А. Информационные педагогические технологии в системе физкультурного образования спорта: Монография / С.А. Кабанов, А.П. Исаев, Н.З. Мишаров - Челябинск: ЮУрГУ, 2000. – 251с.

39 Кабанов, С.А. Особенности адаптации системы внешнего дыхания, кровообращения, морфофункциональных показателей и уровня здоровья студентов / С.А. Кабанов, Т.В. Потапова, А.П. Исаев и др. // Теория и практика физической культуры. – 2005. - №8. – С. 45-48.

40 Казначеев, В.П. Проблемы человековедения / В.П. Казначеев / Науч.ред. и послесловие А.И. Субетто. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 1997. – 352с.

41 Камаев, И.А. Медико-организационные аспекты врачебной консультации абитуриентов высших учебных заведений / И.А. Камаев, О.Л. Васильева // Пробл. социол. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. - №4. – С. 35-37.

42 Кубицкий, С.И. Система здоровьесберегающей среды образовательного учреждения (мониторинг валеологического образования) / С.И. Кубицкий А.П. Исаев, Е.В. Быков, с соавт. / Под общ. ред. докт. биол. наук Исаева А.П. – Челябинск: УСЭИ АТиСО, 1999. – 105с.

43 Куликов, А.Ф. Педагогические технологии здоровьестроение в образовательной деятельности молодежи / А.Ф. Куликов //Культура физическая и здоровье. – Воронеж, 2004. - №1. – С. 53-56.

44 Леготкин, А.Н. Повышение эффективности и качества занятий по физической культуре со студентами на 17 ГНФ III ТУ/А.Н. Леготкин // Формирование гуманитарной среды и внеучебная работа в ВУЗе, техникуме, школе: Материалы VI регион. науч. – практ. конф. ТП. – Пермь, 2003. – С. 196-197.

45 Лисовский, А.Ф. Контроль уровня и динамики физической подготовленности студентов в образовательном процессе физкультурного вуза / А.Ф. Лисовский, С.М. Погудин // Физкультурное образование: новые идеи, технологии и перспективы: Материалы Всерос. науч. – метод. конф. Ч.1. – Чайковский, 2003. – С. 66-69.

46 Лисовский, А.Ф. Мониторинг физического здоровья и физической подготовленности студентов физкультурного вуза /А.Ф. Лисовский, А.В. Подкин // Мониторинг физического здоровья и физической подготовленности различных возрастных групп населения: Материалы I Всерос. науч.- практ. конф. – Нальчик, 2003. – С. 135-138.

47 Лишенные родительского попечительства: хрестоматия / ред.-сост. В.С. Мухина М.: Просвещение, 1991. - 222 с.

48 Логинов, В.В. Индивидуализация воздействий с учётом особенностей развития физических качеств студентов /В.В. Логинов, Н.В. Шевхужева // Проблемы оздоровительно-спортивной, научной и коммерческой деятельности кафедр физического воспитания в условиях государственных реформ: Материалы Всерос. науч. практ. конф. – Ростов – на – Дону, 1997. – С. 67-68.

49 Лубышева, Л.И. Спорт и социализация личности в контексте реальностей российского общества / Л.И. Лубышева // Культура физическая и здоровье. – Воронеж, 2004. - №1. – С.6-10.

50 Лубышева, Л.И. Физическая и спортивная культура: содержание, взаимосвязи и диссоциации /Л.И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – 2002. - №3. – С.11-14.

51 Мальцев, А.П. Человек и мир (Человек- среда-здоровье) / А.П. Мальцев, Ю.Н. Вавилов, А.П. Исаев. - М.- Челябинск: ЧГМА, 2002. – 175с.

52 Муравицкий, Ю.А. Экономические проблемы подростков / Ю.А. Муравицкий // Эколого-социальные вопросы защиты и охраны здоровья молодого поколения на пути в XXI век: Сб. материалов IV Междунар. конгр. – СПб., 1998. – С. 64-67.

53 Олиференко, Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.Я. Олиференко, Т.И. Шульга, И.Ф. Дементьева- М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 256 с.

54 Орлан, И.В. Методика физического воспитания студентов основного отделения вузов на основе спортивно-ориентированной проблемно-модульной технологии обучения: Автореф. ... канд. пед. наук. / И.В. Орлан. – Волгоград, 2002. – 22с.

55 Петленко В.П. Валеология человека: Здоровье – любовь – красота. В 5 томах. Т.3. Физическое и психическое здоровье / В.П. Петленко. – СПб.: Из-во «Петроградский и К»; Минск: ООО «Органул», 1996. – 350с.

56 Подгорный, Г.П. Пути интенсификации физического воспитания в вузе / Г.П. Подгорный // Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы: Материалы междунар. конф. Часть I – Ростов-на-Дону. 2000. – С. 60-63.

57 Психолого-педагогическое сопровождение детей-сирот: теория, практика, проблемы: материалы научно-практической конференции. Иркутск: Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2001. - 96 с.

58 Розенфельд, Л.Г. Новые подходы в организации медицинской помощи студенческой молодёжи / Л.Г. Розенфельд, И.П. Круглякова // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблема оптимизации структуры здравоохранения: Материалы VI науч. практ. конф. – М., 2001. – Ч. II. – С. 206-210.

59 Рыбачук, Н.А. К Вопросу о формировании принципов здорового стиля жизни студентов /Н.А. Рыбачук //Мониторинг физического здоровья, физической подготовленности различных возрастных групп населения: Материалы I Всерос. науч. – практ. конф. – Нальчик, 2003. – С. 97-100.

60 Сабирьянов, А.Р. Физиологические механизмы действия методов мануальной терапии и восточной гимнастики Тай Цзи Цуань на факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой системы у студентов: Дисс. ... канд. мед. наук. – Курган: Рос. науч. центр «Восстановительной травматологии и ортопедии» им. акад.Г.А. Елизарова, 2001. – 189 с.

61 Семья, Г.В. Основы социально-психологической защищенности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / Г.В. Семья // Добро без границ: сборник. Сыктывкар, 2002. - С.97-99.

62 Сидорова, Л.К. Организация и содержание работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей / Л.К. Сидорова. М.: Айрис-Пресс, 2004. - 112 с.

63 Сиротство как социальная проблема / Л.И. Смагина и др.; под ред. Л.И. Смагиной. - Минск: Ушверсггэцкае, 1999. - 144 с.

64 Соловьёв, Г.М. Роль физического воспитания в структуре здоровья сохраняющего образования в вузе / Г.М. Соловьёв, В.Ф. Горбатов, Н.А. Медведева и др. // Организация и методика учебного физкультурного оздоровительного-оздоровительной и спортивной работы: Материалы междунар. конф. Ч.I – Ростов-н-Д., 2002. – С. 37-46.

65 Старचेков, М.М. Концепция внедрения президентских тестов в учебном процессе вуза /М.М. Старчеков, Н.П. Филатова // Мониторинг физического здоровья, физической подготовленности различных возрастных групп населения: Материалы I Всерос. науч. – практ. конф. – Нальчик, 2003. – С. 116-118.

66 Тхоревский, В.И. Двигательные функции и физическое здоровье: В кн.: Физиологические основы здоровья человека /Под ред. Б.И. Ткаченко. – СПб.; Архангельск: Издат. центр Иверного ГМУ, 2001. – С. 13-32.

67 Усков, Г.В. Влияние режима двигательной активности на физическое развитие с состоянием здоровья студентов: Дисс. канд. пед. наук / Г.В. Усков. – Челябинск, 1990. – 178 с.

68 Фомин, Н.А. Адаптация: общебиологические и психофизиологические аспекты /Н.А. Фомин. – М.: теория и практика физической культуры, 2003. – 383с.

69 Фомин, Н.А. Физиологические основы двигательной активности / Н.А. Фомин, Ю.Н. Вавилов. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 271с.