

здорового образа жизни, идей охраны природы человека, создания спортивного имиджа делового человека, своеобразной моды здоровья, силы, выносливости, физической красоты человека.

Современное общество провозгласило идею приоритета в развитии личностных способностей и индивидуальности человека.

Одним из факторов полноценной реализации технологий является освоение комплекса ценностей физической культуры как мощного стимула самореализации человеческой личности, прежде всего через новые возможности самоорганизации на основе высокого уровня функциональных и психологических кондиций, приобретенного в процессе активной физкультурно-спортивной деятельности.

Совершенно очевидно, что реализация концепции альтернативных форм организации физического воспитания, молодежи будет встречать сопротивление на всех уровнях - от преподавателя физкультуры до управленцев разного ранга. Замысел предлагаемой нами концепции в том и состоит, что она не предполагает тотального, повсеместного и всеобщего перехода от урочно-академической формы физического воспитания к внеурочной. Такой переход возможен и не запрещен для любого студенческого коллектива, готового работать по-новому и получающего внутреннюю поддержку со стороны местных административных, хозяйственных, финансовых, в том числе и коммерческих структур.

Петелкаки В.Ф., доцент, зав. кафедры

Петелкаки В.В., ст. преподаватель

кафедра физического воспитания и спорта

Одесский национальный политехнический университет

ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА В УКРАИНЕ: СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Проблема сохранения здоровья молодого поколения приобретает в настоящее время особую остроту. По имеющимся данным, лишь около 15% вновь родившихся являются здоровыми. За годы обучения в школе в 10 раз увеличилось число детей с нарушениями зрения, до 70% школьников имеют нарушения опорно-двигательного аппарата, в 4 раза возросло число детей с нарушениями психического здоровья, в 3 раза - с заболеваниями органов пищеварения. Более 60% подростков-девочек нуждаются в гинекологической помощи, более половины юношей имеют отсрочку от призыва в армию по состоянию здоровья.

Среди старших школьников число курящих достигает 70%, число часто употребляющих алкоголь - 30%, прогрессивно растет количество наркоманов, токсикоманов, растет подростковая проституция.

Более 60% студентов средних и высших учебных заведений страдают хроническими заболеваниями.

Общая заболеваемость подростков (15-17 лет) в 2015 г. по сравнению с 2014 г. увеличилась на 2,9%. Рост заболеваемости произошел по всем классам болезней, прежде всего за счет инфекционных и паразитарных болезней - на 24,8%, новообразований на 6,5%, болезням нервной системы - на 6,0%, болезням костно-мышечной системы - на 5,3%, болезням мочеполовой системы - 4,5%, травмам и отравлениям - на 4,4%, болезням кожи и подкожной клетчатки - на 2,6%.

Не стоит забывать о том, что подростковый возраст является важным периодом роста и формирования человека, когда возникает, развивается и завершается ряд морфологических и психологических процессов, происходит становление многих жизненно важных систем организма. В этом периоде человек наиболее уязвим к различного рода катаклизмам, происходящим вокруг него, восприимчив к воздействию факторам среды.

Подростки - это особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является барометром социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, а также предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы.

Реформирование образовательной системы высшей школы, интенсификация учебной деятельности и переход от традиционной организации учебного процесса к инновационным технологиям, существенным образом повышает требования к состоянию здоровья студентов, среда которых формируется из тех же самых детей и подростков уже в школьные годы имеющих многочисленные заболевания. К тому же, ситуация обостряется еще и в связи с возрастающей популярностью в молодежной среде привлекательности различных видов не физической деятельности и с ростом распространенности вредных привычек.

Одним из главных факторов неудовлетворительного состояния здоровья студентов является образ жизни. Удельный вес его вклада в показатель смертности составляет почти 60% при отравлениях и травмах, 43% при инфекционных заболеваниях, 30-35% при болезнях кровообращения, дыхания, пищеварения и нервной системы. Доля влияния на развитие заболевания такого фактора, как образ жизни, составляет более 60% при ишемической болезни сердца и сосудистых поражениях головного мозга, 35% при злокачественных новообразованиях. Особенно отрицательно влияют на здоровье вредные привычки.

К большому сожалению культура здорового образа жизни пока еще не получила широкого распространения среди студенческой молодежи. Поэтому так важна разработка программ воспитания здорового образа жизни для современных подростков. Сохранение здоровья, индивидуальное психическое и физическое развитие обучающихся, формирование общемедицинс-

кой культуры человека и устойчивой мотивации на ведение здорового образа жизни должны стать основными тезисами разработанных программ.

Укрепление здоровья обучающихся непременно должно стать одной из приоритетных задач любого учебного заведения, так как молодые специалисты не только служат базой и резервом для работы в различных отраслях народного хозяйства после окончания ВУЗа, но и являются важной составной частью интеллектуального потенциала страны.

Таким образом, проблема состояния здоровья студенческой молодежи является одной из самых актуальных для общества в целом и для медицины и педагогики в частности.

В современной литературе более ста определений и подходов к понятию «здоровье». Они часто сводятся к следующим формулировкам:

- 1) здоровье - отсутствие болезней;
- 2) здоровье и норма - понятия тождественные;
- 3) здоровье как единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических составляющих.

Как известно, общепринятым является определение понятия здоровья как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Принято выделять 4 уровня изучения здоровья:

- 1-й уровень - здоровье отдельного человека.
- 2-й уровень - здоровье малых или этнических групп - групповое здоровье.
- 3-й уровень - здоровье населения, т.е. людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице (область, город, район и т.д.).
- 4-й уровень - общественное здоровье - здоровье общества, населения страны, контингента, мира, популяции в целом.

Здоровье человека может рассматриваться в различных аспектах: социально-биологическом, социально-политическом, экономическом, морально-этическом, психофизиологическом и др. Основной предпосылкой для этого является то, что нельзя определить здоровье и болезнь вообще, а следует говорить о здоровье и болезни людей. А это обязывает подходить к человеку не только как к биологическому, животному организму, а существу биосоциальному.

Общественное здоровье характеризуется одновременным комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологических, геофизических и других факторов, из которых первостепенное по своему значению, а подчас и решающее воздействие имеют социальные факторы. Все перечисленные факторы могут быть определены как факторы риска. Что же такое факторы риска заболеваний?

Факторы риска - потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероят-

ность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

В отличие от непосредственных причин заболеваний (бактерии, вирусы, недостаток или избыток каких-либо микроэлементов и др.) факторы риска действуют опосредованно, создают неблагоприятный фон для возникновения и дальнейшего развития заболеваний.

При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно соединяют в следующие группы:

1. Социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и др.).
2. Социально-биологические факторы (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и др.).
3. Экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и др.).
4. Организационные или медицинские факторы (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и др.).

В настоящее время наше государство продолжает испытывать экономические трудности, порождающие безработицу и бедность среди населения; низок уровень заработной платы у многих работников государственного сектора, в том числе и в социальной сфере. Отсутствие четких национальных идей социально-экономического развития государства, низкий уровень жизни, необеспеченность и неуверенность в будущем порождают стрессы и психоэмоциональное неблагополучие, мотивируют нездоровое поведение, насилие и жестокость в семьях, провоцируют невротические и психические расстройства и усугубляют течение соматических заболеваний. Экологическое неблагополучие также отрицательно сказывается на здоровье населения.

Социально-экономический кризис в стране не мог не коснуться наименее социально защищенного слоя населения - студенческой молодежи. Произошедшие перемены отрицательно сказались на показателях физического и психического здоровья студентов, которое является индикатором происходящих изменений.

Сложилась тяжелая ситуация, характеризующаяся тем, что в целом молодежь Украины, которая по логике должна быть наиболее здоровой частью общества, таковой не является. Положение усугубляется тем, что в настоящее время снижено внимание общества к здоровью молодежи, так как сокращено число профилактических осмотров, не действует система диспансерного наблюдения, снижен научно-исследовательский интерес к проблемам молодого поколения.

Исследованиями ряда авторов по данным о заболеваемости по обращаемости показано что, наиболее высокие среднегодовые темпы прироста отмечаются по болезням нервной (34,8%) и мочеполовой (30,4%) систем. Следующие ранговые места по среднегодовым темпам прироста занимают заболевания органов пищеварения (17, 8%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,5%), системы кровообращения (8,3%).

Характерной особенностью является высокая склонность к хронизации патологического процесса. Наряду с этим авторы отмечают относительно невысокие среднегодовые темпы прироста показателя по классу болезней органов дыхания. Существенный рост заболеваемости по обращаемости болезнями органов пищеварения, мочеполовой и нервной систем также отмечается при ее изучении в динамике обучения с I по IV курс.

При изучении данных углубленных медицинских осмотров выявлены наиболее высокие среднегодовые темпы прироста болезней органов дыхания (42,3%) и мочеполовой системы (3,5%). Существенный вклад в формирование высокого уровня хронической заболеваемости и морфофункциональных отклонений вносят болезни костно-мышечной и соединительной ткани, системы кровообращения и нервной системы, среднегодовые темпы прироста по которым составили 18-24,8%.

Анализ структуры заболеваемости также выявляет широкий спектр заболеваний и тенденцию к увеличению числа студентов с хроническими заболеваниями. Наиболее часто студенты обращаются с острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ), 2-е место по обращаемости занимают ангина и острый бронхит, меньшее количество студентов идет с заболеваниями мочеполовой системы. Причем, как показывают результаты исследований, наблюдается тенденция к росту заболеваемости, как в целом, так и по отдельным видам заболеваний.

Анализ структуры посещений врача выявил наибольшее их число у студентов I и II курсов в основном в связи с болезнями органов дыхания, нервной системы и органов чувств (преимущественно синдром вегетативных дисфункций). У старшекурсников рост числа посещений обусловлен болезнями органов пищеварения, костно-мышечной системы и травмами, что, вероятнее всего, объясняется нарушениями питания, перенапряжением и срывом адаптационных систем из-за более продолжительного обучения в ВУЗе.

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ), частота выдачи справок составила 10-20%. Отмечается сезонная направленность заболеваемости с наибольшими показателями в сентябре, марте и апреле. Около 60% составили студенты I и II курсов. В структуре заболеваемости преобладают простудные болезни (73,1%); последующие ранговые места занимают болезни органов пищеварения и зубов, сердечно-сосудистая патология, заболевания почек и мочевыводящих путей.

Прямим показателем здоровья, как известно, является физическое развитие, в результате изучения которого выявлено, что гармоничным оно является лишь у 54,6% студентов, дисгармоничным - у 31,4% и резко дисгармоничным - у 14% студентов. У студентов среднего, ниже среднего и низкого роста есть большая вероятность избытка массы тела, тогда как у высоких студентов существует риск развития дефицита массы тела.

Общеизвестно, что здоровье на 50-55% зависит от образа жизни человека, значит можно считать, что генеральной линией формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни. Образ жизни студенческой молодежи никак нельзя назвать здоровым. Как показывают проведенные исследования образ жизни студентов характеризуется высокой распространенностью негативных стереотипов поведения и низкой физической активностью.

При этом следует отметить, что, несмотря на довольно высокую распространенность вредных привычек среди студентов, только половина из них пытаются бороться с ними.

В целом повседневное поведение и жизненный уклад студенческой молодежи как особой социальной когорты населения, объединенной специфическими условиями учебной деятельности, возрастными закономерностями функционирования организма, обуславливают специфику образа жизни. В общем виде ему присущи неудовлетворительный уровень двигательной активности, наличие вредных привычек, недостаточная продолжительность сна и пребывания на свежем воздухе, нерациональное питание, постоянный и периодический психозмоциональный стресс. Кроме того, довольно значительен удельный вес студентов с неудовлетворительной медицинской активностью.

Показано, что студенты недостаточно используют эффективные компоненты по обеспечению здорового образа жизни. Так, регулярную профилактику утомления и ежедневное восстановление после работы проводят только 10-15% студентов, рациональный суточный режим соблюдают только 20-25% студентов, закаливающие процедуры используют 25-30%, а антистрессовые мероприятия - 10%.

Проанализировав полученные данные, можно сказать, что ценностные ориентации, связанные со здоровьем и ведением здорового образа жизни, пока еще не заняли подобающего места в системе ценностей студента. Это вызывает озабоченность, так как отсутствие соответствующей ориентации в поведении усугубляет разрыв, образующийся между реальным статусом и образом жизни молодого человека, с одной стороны, и требованиями жизни - с другой. Для ликвидации такого расхождения необходимо проводить комплексную работу по формированию здорового образа жизни в семье с привлечением различных общественных институтов.

Сіягін К.А.

аспірантка, кафедра політології,
Одеський національний політехнічний університет

УЧАСТЬ Г.А. ГАМОВА У ПЕРШІЙ ВСЕСОЮЗНІЙ КОНФЕРЕНЦІЇ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ФІЗИКИ (ХАРКІВ, 1929)

Харківський фізико-технічний інститут (ХФТІ, раніше називався Українським ФТІ), один з найстаріших і найбільший центр фізичної науки в Україні, був створений в 1928 році з метою розвитку актуальних наукових напрямів (у той час - ядерної фізики і фізики твердого тіла). Директором інституту був І.В. Обреїмов. Вже через чотири роки, 10 жовтня 1932 року, було отримано видатний результат - здійснено розщеплення ядра атома літію. Практично в цей же час талановитим фізиком-теоретиком Л.Д. Ландау, який працював в ХФТІ з 1932 по 1937 рік, була утворена всесвітньо відома школа теоретичної фізики [1].

Не випадково, що організатором першої Всесоюзної конференції з теоретичної фізики став Український фізико-технічний інститут. Одним з ініціаторів конференції був Д.Д. Іваненко, який очолював теоретичний відділ цього інституту. Конференція працювала з 19 по 25 травня і збирала близько 60 учасників, що засідали у Харківському діловому клубі [2, с. 200-201]. Обговорювалися питання квантової механіки і її додатків, а також нова робота Ейнштейна, у якій була зроблена спроба створення єдиної теорії гравітації і електромагнетизму. Матеріали конференції, включаючи стенограму дискусії з деяких докладів, були опубліковані Д.Д. Іваненко і В.А. Фоком в двох номерах відомого німецького фізичного журналу. Крім того, Д.Д. Іваненко розповів про конференцію у тепер майже забутому журналі «Людина і природа», що видавався у Ленінграді (1929. № 14. С. 45-46).

Конференція відкрилася півторагодинною доповіддю В.К. Фредерікса (співавтором був А.А. Ізаксон) з геометризованої теорії поля. Також на конференції обговорювалися теми: про теорію поля і суміжні проблеми говорили В.А. Амбарцумян, Я.П. Громмера, Д.Д. Іваненко, М.А. Леонтович, Г.А. Мандель, І.Є. Тамм (двічі), В.А. Фок. Питання квантової механіки обговорювалися В. Гайтлер, П. Йордан, Л.Д. Ландау, В.А. Фоком, Я.І. Френкелем (двічі). Г.А. Гамов прочитав доповідь про структуру атомного ядра.

На заключному засіданні були заслухані доклади Я.І. Френкеля «Про сучасну мікрофізику» і П.І. Лукірьського «Взаємодія квантів світла і електронів».

Література:

1. Национальный научный центр Харьковский физико - технический институт. История. / <http://www.kipt.kharkov.ua/bhr.html>
2. Фейгин О. Никола Тесла: Наследие великого изобретателя. / О. Фейгин. Альпина нон-фикшин 2012 – 328 с.