

О СОДЕРЖАНИИ И ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ВРАЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

(на примере Тульского государственного университета)

О.Ю. Кузнецов, Г.С. Петрова

Анализируется содержание и практическое использование форм и методов врачебно-педагогического контроля физического воспитания студентов, нормативные предписанные для применения в образовательных учреждениях страны, а также рассматриваются перспективы совершенствования содержания педагогического компонента данного контроля за счет использования потенциала средств антропометрического контроля индивидуального физического развития и функциональной тренированности студентов, методика которого была разработана авторским коллективом преподавателей и сотрудников Тульского государственного университета.

Ключевые слова: физическое воспитание, студенты, врачебно-педагогический контроль, антропометрия, группы здоровья, физическое здоровье и развитие.

ТулГУ является ведущим региональным вузом, в стенах которого учатся две трети студентов очной формы обучения Тульской области, а поэтому на основании эмпирических данных контроля их индивидуального физического здоровья и развития можно делать вполне достоверные выводы о состоянии физического развития студенческой молодежи не только региона в целом, но и иных сходных по состоянию социально-экономического развития с Тульской областью регионов России, к числу которых сегодня может быть отнесено более 50 субъектов Российской Федерации. По сути, мы можем говорить о том, что состояние физического развития студентов Тульского государственного университета в полной мере отражает общую картину физической развитости современного российского студенчества (по крайней мере, с точки зрения законов математической статистики погрешность в данном случае будет минимальной).

В целях выявления соотношения показателей физического здоровья и физического развития студенческой молодежи нами было исследовано распределение студентов ТулГУ по «группам здоровья» для последующих занятий физической культурой, осуществленное врачами поликлиники университета на основании результатов ежегодного профилактического осмотра за 2005-2012 гг. В соответствии с медицинскими показаниями и на основании нормативных требований Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации все обучающиеся дифференцируются на четыре группы для последующего вовлечения в процесс физического воспитания – основную, подготовительную, специальную и освобожденных от занятий по физической культуре в составе учебных

групп [6].

К *основной медицинской группе* (I группа здоровья) относятся обучающиеся без отклонений в состоянии здоровья и физическом развитии, имеющие хорошее функциональное состояние и соответственную возрасту физическую подготовленность, а также студенты с незначительными (чаще функциональными) отклонениями, но не отстающие от сверстников в физическом развитии и подготовленности. Отнесенным к этой группе разрешаются занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания с использованием здоровьенаращивающих технологий, подготовка и сдача тестов индивидуальной физической подготовленности.

К *подготовительной медицинской группе* (II группа здоровья) относятся практически здоровые студенты, имеющие те или иные морфофункциональные отклонения или физически слабо подготовленные; входящие в группы риска по возникновению патологии или с хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии не менее 3-5 лет. Отнесенным к этой группе здоровья разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания при условии более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением к организму повышенных требований, более осторожной дозировки физической нагрузки и исключения противопоказанных движений (т.е. применения по отношению к ним здоровьекорректирующих и оздоровительных технологий).

Специальная медицинская группа делится на две подгруппы: специальная "А" и специальная "Б". Окончательное решение о направлении студента в специальную медицинскую группу производит врач после дополнительного обследования вне рамок профилактического осмотра.

К *специальной группе А* (III группа здоровья) относятся обучающиеся с отчетливыми отклонениями в состоянии здоровья постоянного (хронические заболевания, врожденные пороки развития в стадии компенсации) или временного характера либо в физическом развитии, не мешающие выполнению обычной учебной работы, однако, требующие ограничения физических нагрузок. Отнесенным к этой группе разрешаются занятия оздоровительной физкультурой в образовательных учреждениях лишь по специальным программам, согласованным с органами здравоохранения, и под руководством преподавателя физической культуры, окончившего специальные курсы повышения квалификации.

К *специальной группе Б* (IV группа здоровья) относятся студенты, имеющие значительные отклонения в состоянии индивидуального здоровья постоянного (хронические заболевания в стадии субкомпенсации) и временного характера, но без выраженных нарушений самочувствия, и допущенные к посещению теоретических занятий. Такие обучающиеся освобождаются от занятий по физической культуре в составе учебных групп и

направляются на занятия в отделениях лечебной физической культуры вузовской поликлиники или врачебно-физкультурного диспансера [3].

Распределение студентов Тульского государственного университета по группам здоровья в 2005-2012 гг. было таково:

В 2005 году среди 3288 студентов 1-го курса к I группе здоровья относилось 1528 чел. (или 53,5 %), ко II группе – 520 чел. (или 18,2 %), к III группе – 764 чел. (или 26,8 %), к IV группе – 39 чел. (или 1,5 %).

Год спустя, в 2006 г., указанные показатели были следующими: из 2843 первокурсников к I группе здоровья было отнесено 1200 чел. (или 42,2 %), ко II группе – 783 чел. (или 27,5 %), к III группе – 797 чел. (или 28,0 %), к IV группе – 68 чел. (2,2 %).

В 2007 году распределение первокурсников по группам здоровья было таким: из 2620 студентов 1-го курса к I группе здоровья было отнесено 787 чел. (или 30,1 %), ко II группе – 839 чел. (или 32,0 %), к III группе – 910 чел. (или 34,7 %), к IV группе – 84 чел. (или 3,2 %).

В 2008 году студенты-первокурсники ТулГУ по группам здоровья распределились так: из 2469 вновь поступивших в вуз обучающихся было отнесено к I группе 1288 чел. (или 52,2 %), ко II группе – 484 чел. (или 19,6 %), к III группе – 624 чел. (или 25,3 %), к IV группе – 73 чел. (или 2,9 %).

В 2009 году из 2586 студентов 1-го курса к I группе здоровья было отнесено 1416 чел. (или 53,8 %), ко II группе – 441 чел. (или 16,8 %), к III группе – 657 чел. (или 25,5 %), к IV группе – 72 чел. (или 2,7 %).

В 2010 году физическое здоровье студентов характеризовалось следующими показателями: из 2043 первокурсников к I группе здоровья было отнесено 996 чел. (или 47,4 %), ко II группе – 597 чел. (или 28,4 %), к III группе – 398 чел. (или 19,0 %), к IV группе – 52 чел. (или 2,5 %).

В 2011 году среди 1894 вновь поступивших студентов к I группе здоровья отнесены 988 чел. (или 52,5 %), ко II группе – 435 чел. (или 24,5 %), к III группе – 391 чел. (или 20,3 %), к IV группе – 80 чел. (или 3,2 %).

В 2012 году распределение первокурсников по группам здоровья для занятий по физической культуре было следующим: из 1657 студентов к I группе отнесены 930 чел. (или 56,3 %), ко II группе – 233 чел. (или 14,0 %), к III группе – 382 чел. (или 23,9 %), к IV группе – 112 чел. (или 6,7 %) [7, с. 64-65].

Первое, что бросается в глаза при внимательном сопоставлении и анализе данных медицинской статистики, – существенный разброс количества студентов, отнесенных к какой-либо группе здоровья в зависимости от года их медицинского обследования. Например, к I группе здоровья в 2005, 2008 и 2009 гг. было отнесено 52-54 % обучающихся, но в 2007 г. без видимых причин количество здоровых студентов упало до 30 %, а потом вновь возросло до среднестатистических показателей. Аналогичную картину мы наблюдаем и по количеству первокурсников, отнесенных ко II

группе здоровья: так, в 2005 году число отнесенных к ней студентов составляло 18 %, затем скачкообразно возросло к 2007 году до 30 %, год спустя понизилось до 18 %, а через три года, в 2012 году, поднялось до 23 %. Подобные колебания процентного соотношения мы видим и для студентов III группы здоровья: сперва их число возрастает от четверти до трети всех обучающихся, затем падает до одной пятой, но вслед за этим вновь увеличивается до трети. Единственным возможным объяснением такого положения дел, по нашему мнению, является волюнтаризм врачебного персонала поликлиники университета, распределяющего студентов по группам здоровья на основании первого и самого общего впечатления о состоянии здоровья и физического развития обучающихся.

Доказательством справедливости данной точки зрения является то обстоятельство, что данные медицинского освидетельствования студентов ТулГУ никак не коррелируют с официальными данными медицинской статистики в отношении выпускников общеобразовательных школ и, соответственно, абитуриентов вузов, распространяемых Министерством здравоохранения и социальной защиты РФ, которые мы приводили в предисловии к монографии. Минздравсоцразвития России в 2010 году определило количество здоровых выпускников школ среди их общего количества в 29,1 %, тогда как это показатель для первокурсников ТулГУ составил 47,4 %, а в последующие годы планомерно увеличивался на пять пунктов ежегодно, что в действительности не может происходить без участия фактора административного влияния на итоговый результат медицинского профосмотра.

Распределение студентов по группам здоровья по медицинским показателям в целях их последующего участия в занятиях по физической культуре имеет два существенных недостатка, не отвечающих актуальным задачам модернизации отечественной высшей школы и совершенствования содержания высшего профессионального образования. Первый и самый главный из них заключается в том, что в основу такой дифференциации студентов положено наличие или отсутствие у них той или иной патологии, что не соответствует принципу гуманизма отечественной высшей школы. Вторым недостатком является излишняя зависимость результата от субъективного мнения врача, от которого в последней инстанции зависит, будет ли студент участвовать в занятиях по физической культуре в полном объеме или с ограничениями, зачастую значительными. Иными словами, врачебный компонент врачебно-педагогического контроля физического воспитания студентов сводится, говоря языком социологической науки, к методу экспертной оценки и исключает иные эмпирические методы исследования рассматриваемой проблематики. Все это позволяет нам говорить о том, что врачебный контроль педагогического процесса физического воспитания студентов в нынешнем его виде несовершенен, но

применяется он повсеместно потому, что ему пока не создано сколько-нибудь убедительной и достойной альтернативы.

Также врачебный контроль не может дать точный ответ на вопрос о субъективных физических возможностях и индивидуальной функциональной тренированности физически, на первый взгляд, здоровых студентов. Иначе говоря, обучающийся признается годным к занятиям по физической культуре только потому, что у него нет противопоказаний к этому по состоянию здоровья. Это объясняется тем, что при его проведении используются главным образом описательные, а не количественные показатели субъективной годности конкретного молодого человека к занятиям по физической культуре. В качестве критерия оценки в данном случае выступает субъективный профессиональный опыт врача (или консилиума его коллег), которые в силу имеющихся у них профессиональных знаний способны только выявить наличие у обучающегося соматической патологии и установить последствия ее воздействия на организм индивида, но никак не диагностировать последствия болезни для индивидуальной функциональности и работоспособности (особенно после реабилитации средствами физического воспитания). Иными словами, врач способен достаточно точно определить те объективные трудности, которые стоят на пути физического воспитания и развития отдельно взятого обучающегося (в случае наличия у него патологий и дисфункций), но никак не смоделировать и индивидуально актуализировать пути их преодоления в процессе физического воспитания посредством организованной двигательной (моторной) активности.

Дифференциация студентов по группам здоровья для последующего их участия в занятиях по физической культуре является основой обязательного врачебно-педагогического контроля, осуществляемого в каждом образовательном учреждении за всеми обучающимися в процессе их физического воспитания. Анализ содержания нормативных документов вполне определенно демонстрирует его практическую неосуществимость в реальных условиях в отношении всех обучающихся, особенно при существующей ныне поликлинической инфраструктуре здравоохранения. На то, чтобы осуществить его сегодня в полном объеме и в отношении всех студентов, как того требуют приказы Минздравсоцразвития России, объективно нет ни достаточного числа врачей-специалистов, ни площадей учреждений здравоохранения. Имеющиеся в настоящее время физкультурно-спортивные диспансеры способны в лучшем случае обеспечить мониторинг состояния здоровья и физического развития только членов региональных или отраслевых сборных команд по отдельным видам спорта, имеющих спортивные звания не ниже кандидата в мастера спорта, но никак не основной массы учащейся молодежи, в отношении которой врачебно-педагогический контроль начинается и сразу же заканчивается проведением профилактического медицинского осмотра в начале очередного

учебного года, результатом которого как раз и является отнесение обучающегося к той или иной группе здоровья. Фактически, мы можем говорить о том, что система врачебно-педагогического контроля за состоянием здоровья и физического развития обучающихся или не действует вообще или действует ни в том объеме и с той эффективностью, которая предполагалась для нее изначально, что обуславливает необходимость видоизменения этой системы.

Итак, в условиях современности, когда врачебный компонент врачебно-педагогического контроля физического воспитания учащейся и студенческой молодежи практически нереализуем, неизбежно возрастает актуальность педагогического компонента этого процесса. Говоря иначе, вся тяжесть ответственности за сохранение здоровья обучающихся во время их занятий по физической культуре ложится на плечи педагога, который зачастую вынужден действовать по наитию, планируя и организуя физическое воспитание студентов в составе группы или индивидуально. Вот здесь-то и выходят на первый план «альтернативные» нормативному врачебно-педагогическому контролю формы оценки и контроля индивидуального физического развития и функциональной тренированности обучающихся, которые любой преподаватель физической культуры в высшей школе способен реализовать самостоятельно, не имея специальных медицинских знаний.

В связи с этим следует сделать одно принципиально важное замечание: нормативные правовые акты, регламентирующие порядок организации и осуществления контроля над здоровьем и самочувствием студентов при их занятиях физкультурой и спортом, говорят о врачебно-педагогическом контроле за содержанием педагогического процесса физического воспитания в образовательном учреждении. Однако при этом в них не содержится ни слова о педагогическом компоненте этого контроля, и их содержание полностью посвящено описанию медицинских мероприятий, проводимых с этой целью. Фактически мы можем говорить о том, что в настоящее время в практике врачебно-педагогического контроля процесса физического воспитания обучающихся (не только студентов, но и школьников) в достаточной мере реализуется только первая его составляющая, тогда как вторая – педагогическая – не реализуется полностью, по причине отсутствия адекватных и информативных методик ее организации и практического осуществления.

Используемые сегодня количественные критерии выполнения молодыми людьми формализованных физкультурно-спортивных нормативов не позволяют объективно и наглядно отобразить целостную картину индивидуального физического развития молодого человека, поскольку позволяют достоверно оценить только один конкретный параметр (например, время пробегания определенной дистанции или количество подтягиваний тела на перекладине), не увязывая эти количественные показатели с

другими. При этом никак не учитываются особенности индивидуального телосложения и связанные с ними субъективные анатомо-физиологические возможности выполнять конкретные динамические действия. Так, в частности, ни один низкорослый человек не способен результативно прыгать в высоту, а ни один высокорослый человек не может достичь высоких спортивных результатов в тяжелой атлетике. В результате оценка физического развития индивида по выполнению им физкультурно-спортивных нормативов не позволяет достоверно определить реального уровня его физических возможностей.

Фиксация результатов спортивно-соревновательной деятельности или выполнения молодым человеком каких-либо спортивно-физкультурных нормативов не позволяет достоверно и объективно определить уровня его физического развития, поскольку дает возможность установить только ранжированность однотипных результатов различных людей без изучения их влияния на уровень физической развитости или функциональной тренированности индивида. Иными словами, высокий спортивный результат, показанный, скажем, в беге на 100 метров, свидетельствует о более чем высокой степени готовности человека к преодолению именно этой дистанции и ни о чем другом (например, о его способности качественно выполнять силовые упражнения). К слову, на это обстоятельство уже давно обратили внимание спортивные специалисты, поэтому все спортивные звания, начиная с кандидата в мастера спорта, присваиваются не за конкретный результат, выраженный в метрах, секундах или килограммах, а за место, занятое атлетом на соревнованиях определенного уровня. Это лишний раз свидетельствует в пользу нашего тезиса, что скоростно-силовые параметры не могут быть положены в основу оценки индивидуальной физической развитости и функциональной тренированности молодого человека.

В этих условиях особенную актуальность получает использование метода антропометрического контроля индивидуального физического развития и функциональной тренированности студентов, разработанного в Тульском государственном университете, о содержании и результатах которого мы неоднократно писали ранее [1; 2; 4; 5; 7]. Содержание антропометрического контроля физической развитости молодого человека заключается в измерении охватных размеров проекционных зон тела, в которых у человека как представителя биологического вида *Homo sapiens* сосредотачивается основная мышечная масса. Соответствие индивидуальных показателей параметрам диапазона нормы свидетельствует о гармоничном с физиологической точки зрения развитии человека, а отклонения – о гипертрофированном развитии или детренированности индивида. Субъективное отклонение от нормы является эмпирическим основанием для акцентированного использования в отношении такого молодого человека средств физического воспитания для доведения его телосложения до состояния

пропорциональной гармоничности. Чтобы этот процесс протекал максимально эффективно, нужно в отношении каждого студента установить количество совпадений показателей его субъективного физического развития с показателями анатомо-физиологической нормы и в зависимости от этого определить, насколько современный студент развит физически.

Подобная оценка была осуществлена в отношении всех студентов очной формы обучения Тульского государственного университета, посещающих занятия по физической культуре как в общих, так и в специальных медицинских группах, последние из которых занимаются по программам адаптивно-оздоровительной или адаптивной физической культуры (т.е. относятся к III группе здоровья). Это было сделано специально, чтобы на практике понять, насколько на физическое развитие современных студентов влияет фактор наличия у них или отсутствия хронических соматических заболеваний. Было установлено, что наличие соматических заболеваний, если они находятся в состоянии стойкой ремиссии, никак не влияет на физическое развитие студентов, а поэтому не препятствует адекватному распределению их на группы развитых гармонично, диспропорционально или слабо. Из этого можно с высокой степенью достоверности сделать вывод о том, что на субъективное физическое развитие представителей студенческой молодежи в настоящее время определяющее влияние оказывают отнюдь не медико-биологические, а социальные или социально-бытовые факторы, главным из которых является малоподвижный образ жизни или гиподинамия.

Результаты антропометрического обследования первокурсников, поступивших на обучение в ТулГУ на протяжении последних шести лет, позволяют дифференцировать их на несколько групп, представители которых качественно отличаются по характеру и уровню своего индивидуального физического развития. Все они по уровню своей физической развитости и функциональной подготовленности могут быть разделены на четыре основные группы:

- физически здоровые и функционально развитые студенты;
- студенты, физически здоровые, но диспропорционально развитые, а поэтому функционально ослабленные;
- студенты с отставанием в физическом развитии и слабой функциональной тренированностью, но по медицинским показаниям годные без ограничений к занятиям по физической культуре (физически неразвитые студенты);
- студенты с хроническими соматическими патологиями, по медицинским показаниям ограниченно годные к занятиям по физической культуре, образующие специальную медицинскую группу [5, с. 192-193].

Приведенные эмпирические данные позволяют со всей ответственностью утверждать, что в настоящее время объективно имеется широкое поле деятельности для активного и целенаправленного использования в по-

вседневной практике процесса профессионального образования студентов средств физического воспитания в целях создания с их помощью максимально благоприятных условий для учебной деятельности и интеллектуального труда обучающихся. Однако для этого потребуется качественно модернизировать содержание педагогического процесса физического воспитания студентов исходя из реалий нынешнего дня. В качестве первого шага на этом пути должна быть осуществлена смена целеполагания этого процесса, для чего в отношении каждой группы студентов, отличающейся уровнем своего физического развития и функциональной тренированности, должны быть сформулированы качественно новые задачи организованного педагогического воздействия на обучающихся средствами физической культуры или спорта.

Оценка уровня индивидуального физического развития и функциональной тренированности современных молодых людей и разработка необходимых для этого информативных и объективных качественных критериев остается одной из важнейших методолого-педагогических задач системы физического воспитания студентов высшей школы. Традиционно используемые приемы фиксации нормированных скоростно-силовых показателей, выраженные в физических величинах (скорость, вес, длина) позволяют в привычной для человеческого восприятия форме отображать результаты процесса физического воспитания человека, но никак не его содержание или внутреннюю сущность. Количественное выражение результатов спортивно-соревновательной деятельности (или выполнения физкультурно-спортивных упражнений и нормативов) даже в своей совокупности не дает объективного ответа на вопрос о том, насколько гармонично и пропорционально развит физически тот или иной молодой человек. Легкоатлет, например, очень редко имеет пропорционально развитые нижние и верхние конечности. Именно поэтому встает вопрос о разработке системы оценки физического развития молодежи по факториальным признакам, поддающимся математико-статистическому анализу.

Метод антропометрического контроля индивидуального физического развития и функциональной тренированности молодежи позволяет сделать это, поскольку фокусирует свое внимание не на результатах процесса спортивно-соревновательной или тренировочной деятельности, а на самом человеке, являющемся одновременно ее и субъектом, и предметом. Антропоцентричность предлагаемого способа оценки физического развития индивида является важнейшей отличительной и одновременно качественной его характерной чертой. А это, в свою очередь, позволяет рассматривать процесс физического воспитания современного студенчества с точки зрения не только педагогики, но и социальной антропологии – как элемент социализации личности и даже как способ структурирования общественных отношений, когда предметом изучения становится само содержание процесса, а не его конечный результат.

Поскольку осуществление этого процесса в соответствии с нормами отечественного законодательства должно осуществляться под постоянным и пристальным врачебно-педагогическим контролем, для которого теоретически разработан и практически адаптирован только первый – врачебный – компонент, внедрение в повседневную практику физического воспитания современного студенчества антропометрического контроля индивидуального физического развития и функциональной тренированности обучающихся станет реальным содержанием его второго – педагогического – компонента, смысловое наполнение которого до сих пор не осуществлено ни с теоретической, ни с прикладной точки зрения. Тем самым может быть достигнуто смысловое единство форм и содержания врачебно-педагогического контроля за организацией и реализацией процесса физического воспитания студенческой молодежи. Это, в свою очередь, станет зримым выражением и одновременно результатом практической реализации государственной политики в области охраны здоровья современной учащейся молодежи и ее социального благополучия.

Кроме того, на уровне методик оценки качества наконец-то будут диверсифицированы и дистанцированы друг от друга области физического воспитания молодежи и профессионального спорта, близость которых по форме внешнего выражения не означает их тождественности, особенно в вопросе клинических последствий влияния на организм и физическое здоровье индивида. Создание собственной системы оценки качества результатов педагогического процесса, выраженной в фиксации динамики результатов антропометрических обследований, качественно отличающейся от выполнения молодыми людьми спортивных и спортивно-соревновательных нормативов, обособит физическое воспитание от индустрии спорта, превратит его в элемент общего или профессионального образования, освободит его от несвойственной функции поиска физических одаренных детей и подростков и создания из них кадрового резерва профессионального или полупрофессионального спорта. В результате этого физическое воспитание юношей и молодых людей вернется в лоно процесса образования, дополнив собой обучение, а следствием этого станет возрождение традиционной или «классической» отечественной педагогической школы, гармонично сочетающей в себе интеллектуальное, физическое и нравственное обучение и воспитание.

Список литературы

1. Антропометрический контроль гармоничности физического развития студентов и использование его результатов в организации учебных занятий по физической культуре / Е.Д. Грязева [и др.]. // Известия ТулГУ. Гуманитарные науки. 2011. Вып. 3. Ч. 2. С. 79-102.

2. Антропометрический контроль физического развития студентов: учеб.-метод. пособие / Е.Д. Грязева [и др.]; под ред. М.В. Грязева. Тула: Изд-во ТулГУ, 2011.

3. Булич Э.Г. Рекомендации по определению медицинской группы для занятий физической культурой при некоторых отклонениях в состоянии здоровья. М.: Медицина, 1986.

4. Грязева Е.Д., Кузнецов О.Ю., Петрова Г.С. Влияние индивидуальной физической развитости студента на выбор средств его физического воспитания // Известия ТулГУ. Гуманитарные науки. 2012. Вып. 2. С. 458-466.

5. Дифференциация студентов по уровню индивидуальной готовности к занятиям по физической культуре в зависимости от показателей их субъективной физической развитости / Е.Д. Грязева [и др.] // Известия ТулГУ. Гуманитарные науки. 2012. Вып. 1. Ч. 2. С. 187-200.

6. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий: приказ Минздравсоцразвития России от 9 августа 2010 г. № 613н [вступил в силу 12 октября 2010 г.] // Российская газета. 2010, 1 октября [федеральный выпуск № 5301].

7. Оценка качества физического развития и актуальные задачи физического воспитания студентов: монография / Е.Д. Грязева [и др.]. Тула: Изд-во ТулГУ, 2013.

Кузнецов Олег Юрьевич, канд. ист. наук, проректор, kuznetsov-oleg@mail.ru, Россия, Москва, Высшая школа социально-управленческого консалтинга (институт).

Петрова Галина Семеновна, канд. мед. наук, доц., FVIS@mail.ru, Россия, Тула, Тульский государственный университет.

ABOUT THE CONTENTS AND PRACTICAL REALIZATION OF MEDICAL AND PEDAGOGICAL CONTROL OF PHYSICAL TRAINING OF STUDENTS (ON THE EXAMPLE OF THE TULA STATE UNIVERSITY)

O.Yu. Kuznetsov, G.S. Petrova

In article the contents and practical use of forms and methods of medical and pedagogical control of physical training of students, standard ordered for application in educational institutions of the country is analyzed, and also prospects of improvement of the maintenance of a pedagogical component of this control at the expense of use of potential of means of anthropometrical control of individual physical development and a functional training of the students which technique was developed by a group of authors of teachers and the staff of the Tula state university are considered.

Ke ywords: physical training, students, medical and pedagogical control, anthropometry, groups of health, physical health and development.

Kuznetsov Oleg Yurevich, PhD, vice rector for scientific work, kuznetzov-oleg@mail.ru, Russia, Moscow, the Higher school of social and administrative consulting (institute).

Petrova Galina Semenovna, DM, associate professor, FVIS@mail.ru, Russia, Tula, Tula State University

УДК 37.01

ИНТЕГРАТИВНОСТЬ В РАЗВИТИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Г.Н. Лищина

Рассматривается актуальная проблема развития профессионального образования региона на основе интегративности. Показана действенность ресурса региональной системы профобразования, призванной обеспечивать кадрами социально-экономические перспективы развития региона

Ключевые слова: регион, социально-экономическое развитие, ресурсный потенциал, кадровая обеспеченность, система профессионального образования, интегративность.

Социально-экономическое развитие региона определяется ресурсным потенциалом, в том числе кадровым. Ближайший уровень (2-3 года) обеспечивается существующими, активно действующими кадрами, а также возможностями системы профессиональной подготовки, переподготовки кадров и повышения квалификации. Среднесрочный уровень (4-6 лет) предусматривает использование тех же возможностей и включает формирование кадрового заказа профессиональной школе по подготовке специалистов требуемых квалификаций. Долгосрочный уровень, исходя из стратегических целей развития региона, обеспечивают уже имеющиеся кадры в условиях активно функционирующей государственной и негосударственной систем профподготовки, переподготовки кадров, повышения их квалификации; взаимодействия с межрегиональной системой профессионального образования по открытию новых и обновлению существующих направлений подготовки в сочетании с расчетом перспективной потребности в приглашаемых специалистах, в том числе иностранных, доля которых должна неуклонно снижаться.

Система профессионального образования региона представляет собой совокупность компонентов и разных уровней, обеспечивающих реализацию основных функций кадрового обеспечения, объем образовательных услуг в подготовке кадров; стремится к интеграции образования и производства; является действенным ресурсом социально-экономического, социокультурного развития региона, поскольку призвана обеспечивать его