

Таблица 1 — Сравнительный анализ показателей согласно выбранному комплексу мероприятий по снижению заболеваемости ВИЧ, ВГС (результаты, прогнозируемые через 5 лет)

Стратегия		Комплекс мероприятий, реализуемый в настоящее время (АРТ 67%, ПИШ 8 %, ОЗТ 1,2 %, диагностика ВИЧ 66 %)	Расширение ПИШ до 40 %	Расширение ПИШ, ОЗТ до 20 %	Комплекс новый: расширение АРТ (90 %), ПИШ (40 %), ОЗТ (20 %) и диагностики ВИЧ (90 %)
Новые случаи	ВИЧ	3 371	3 078 (-8,7 %)	2 558 (-24 %)	2 006 (-40,5 %)
	ВГС	8 505	6 909 (-18,8 %)	5 405 (-36 %)	5 411 (-36 %)
Случаи смерти	ВИЧ	13 534	13 531 (-0,2 %)	12445 (-8 %)	12 391 (-8,4 %)
Предотвращенные случаи	ВИЧ	—	342	854	3 833
	ВГС	—	1 611	3 093	3 087
Сохраненный год жизни 10 лет		0	94	10 134	11 511
Общий объем затрат, 5 лет / 1 год		77 330 300 / 15 466 060	87 550 400 / 17 510 080	87 476 800 / 17 495 360	90 494 100 / 18 098 820
Дополнительное финансирование, 5 лет / 1 год, \$, %		0	10 220 100 / 2 044 020 (13 %)	10 146 500 / 2 029 300 (13 %)	13 163 800 / 2 632 760 (17 %)

Выводы

Таким образом, наиболее экономически эффективным комплексом мероприятий, направленным на снижение заболеваемости ВИЧ и ВГС является комплекс из синхронно реализуемых программ ПИШ (охват 40 %), ОЗТ (охват 20 %), АРТ (охват 90 %) и ДВИЧ (охват 90 %), поскольку только при синхронном применении разнонаправленных компонентов программы возможно существенное сокращение уровня смертности в связи с этими заболеваниями и повышение продолжительности жизни (сохраненные годы полноценной жизни) при приемлемых для государства экономических затратах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дополнение к аргументам для действий ВОЗ по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков / А. Болл [и др.] // International Journal on Drug Policy. — 2005. — Vol. 16(1). — P. 1–6.
2. Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах высокого риска / Л. Дегенхардт [и др.]. — Вашингтон: National Academies Press, 2006. — С. 15.
3. Профилактика ВИЧ среди ЛУИН: почему необходимы индивидуальные, организационные и смешанные подходы // The Lancet. — 2010. — Vol. 376(9737). — P. 285–301.
4. Резолюция Генеральной Ассамблеи 65/277: Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа. — Нью-Йорк, ООН, 2011.
5. Резолюция Экономического и социального совета ООН E/2009/L.23: Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, принята 24 июля 2009 г. — Нью-Йорк, ООН, 2009.
6. Четвертое заседание Координационного совета ЮНЭЙДС. Женева, 22–24 июня 2009 г.: решения, рекомендации и выводы. — Женева, ЮНЭЙДС, 2009.

УДК 796.422+615.825.1-057.875«2014-2015»

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА КУПЕРА СТУДЕНТОК ЧЕТВЕРТОГО КУРСА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ В 2014–2015 УЧЕБНОМ ГОДУ

Зиновьева Е. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одно из необходимых условий формирования физической культуры личности — это стремление к овладению системой определенных умений и навыков, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья, психическое благополучие и развитие способностей.

Показателем физического состояния учащейся молодежи является соотношение лиц с хорошей физической подготовленностью и лиц со слабой физической подготовленностью [1].

Физическая подготовленность — результат физической подготовки, достигнутый при выполнении двигательных действий, необходимых для освоения или выполнения человеком профессиональной или спортивной деятельности.

Физическая подготовленность характеризуется уровнем функциональных возможностей различных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной) и развития основных физических качеств (силы, выносливости, быстроты, ловкости, гибкости).

Выделяют оперативный, текущий и этапный контроль физической подготовленности.

Оперативный контроль демонстрирует уровень физической подготовленности после выполнения одного или серии упражнений; текущий — после одного или нескольких тренировочных занятий; этапный — после длительного (более полугода) цикла тренировочных занятий. Оценка уровня физической подготовленности осуществляется по результатам, показанным в специальных контрольных упражнениях на силу, выносливость и т. д. [2].

Одним из таких контрольных упражнений является тест Купера.

Тест Купера — общее название ряда тестов на физическую подготовленность организма человека, созданных американским доктором Кеннетом Купером в 1968 г. для армии США. Кеннет Купер создал более 30 подобных тестов, они просты и удобны, прошли проверку на тысячах энтузиастах и могут быть рекомендованы людям различного возраста и физической подготовленности.

Наиболее известна разновидность бегового теста Купера. С помощью него оценивается состояние физической подготовленности организма на основе расстояния (в метрах), которое человек способен преодолеть бегом (или шагом) за определенное время. Предполагается, что в течение всего теста человек выполняет бег. Если тестируемый не справляется с этим требованием, можно перейти на шаг, секундомер при этом не останавливается. Чем более продолжительное время при выполнении теста человек будет идти, а не бежать, тем хуже результат. После передвижения замеряется преодоленное расстояние в метрах и по таблице оценивается физическая подготовленность [3].

Цель

Провести сравнительный анализ результатов бегового теста Купера студенток четвертого курса, занимающихся в специальных медицинских группах (СМГ) в 2014–2015 учебном году.

Методы исследования

Анализ специальной научно-методической литературы, контрольно-педагогическое тестирование, метод математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Этапный контроль проводился в конце осеннего и весеннего семестров 2014–2015 учебного года. Были изучены результаты контрольно-педагогического тестирования двадцати студенток четвертого курса СМГ. Для определения уровня их физической подготовленности, в частности общей выносливости, и его динамики в течение учебного года применялся беговой 6-минутный тест Купера (таблица 1).

Таблица 1 — Оценка уровня общей выносливости студенток специального медицинского отделения

Показатель	Баллы									
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Бег/ходьба 6 минут (тест Купера), м	1200	1100	1000	950	900	850	800	750	700	< 700

Все полученные данные обрабатывались методом математической статистики. Среднее арифметическое значение результатов контрольного теста Купера студенток СМГ в осеннем семестре 2014–2015 учебного года равно $994,5 \pm 60$ м, что соответствует 8-ми баллам, а в весеннем оно составило $996,5 \pm 70,5$ м, что также равно 8 баллам.

Выводы

При проведении сравнительного анализа результатов тестирования студенток четвертого курса СМГ было выявлено, что уровень общей выносливости девушек находится на достаточно высоком уровне и равен 8-ми баллам. Показатель среднего арифметического значения в тесте Купера был незначительно улучшен в весеннем семестре (на 2 м) по сравнению с осенним.

Исходя из этого, для достижения наибольшего улучшения показателей, необходимо в каждом семестре постепенно увеличивать нагрузку аэробного характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Физическая культура: учебник для студ. / Н. В. Решетников [и др.]. — 14-е изд., испр. — М.: Академия, 2014. — С. 9–10.
2. Бим-Бад, Б. М. Педагогический энциклопедический словарь / Б. М. Бим-Бад. — М., 2002. — С. 305–306.
3. <http://tri.by/calc/cuper12.aspx>.