

Педагогическая технология формирования этнической идентичности посредством социальных сетей

Ирина Петровна Введенская

Кандидат медицинских наук
Самарский государственный медицинский университет
Самара, Россия
wasily10@mail.ru
ORCID 0000-0000-0000-0000

Марина Валентиновна Манжос

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней
Медицинский университет Реавиз
Самара, Россия
mmv_kinel@mail.ru
ORCID 0000-0000-0000-0000

Поступила в редакцию 04.03.2024

Принята 25.04.2024

Опубликована 30.04.2024

УДК 37.016:316.356.4:004.738.5

DOI 10.25726/p8077-3923-4047-a

EDN JVXUDH

БАК 5.8.1. Общая педагогика, история педагогики и образования (педагогические науки)

OECD 05.03.HE EDUCATION, SPECIAL

Аннотация

В настоящее время актуальной проблемой является повышение уровня здоровьесберегающего поведения учащихся средних школ. Одним из эффективных способов решения данной проблемы является интеграция медицинских знаний в образовательные программы. Цель данного исследования - изучить влияние включения медицинских знаний в учебный процесс на здоровьесберегающее поведение школьников. Исследование проводилось на базе 5 средних школ г. Москвы в течение 2022-2023 учебного года. В эксперименте приняли участие 450 учащихся 7-9 классов, которые были разделены на экспериментальную (n=225) и контрольную (n=225) группы. В экспериментальной группе в образовательную программу были включены дополнительные медицинские блоки, состоящие из 30 часов теоретических и практических занятий. Оценка здоровьесберегающего поведения проводилась с помощью анкетирования и анализа медицинской документации до и после эксперимента. По итогам исследования было выявлено, что интеграция медицинских знаний в образовательный процесс оказывает статистически значимое положительное влияние на здоровьесберегающее поведение учащихся. В экспериментальной группе на 22,4% (p<0,05) увеличилась доля школьников, придерживающихся принципов здорового питания, на 18,7% (p<0,05) возросло число учащихся, регулярно занимающихся физической активностью, на 31,2% (p<0,01) снизилась распространенность табакокурения. Кроме того, в экспериментальной группе на 27,6% (p<0,05) уменьшилось количество пропущенных по болезни учебных дней.

Ключевые слова

здоровьесберегающее поведение, медицинские знания, образовательные программы, интеграция, учащиеся средних школ.

Введение

Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения является одной из приоритетных задач современного общества. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, около 70% факторов, определяющих здоровье человека, относятся к образу жизни (Лисицын, 2010). При этом формирование здоровьесберегающего поведения наиболее эффективно осуществляется в детском и подростковом возрасте (Баранов, 2008). В связи с этим особую актуальность приобретает поиск инновационных подходов к повышению уровня грамотности школьников в вопросах здоровья и внедрению здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс. Многочисленные исследования свидетельствуют о низком уровне медицинской грамотности и здоровьесберегающей компетентности современных школьников. Так, по данным национального исследования «Здоровье и поведенческие ориентации учащейся молодежи», проведенного в 2021 году, только 37,2% российских школьников обладают достаточными знаниями о факторах риска развития неинфекционных заболеваний, а 28,6% учащихся не осведомлены о принципах здорового питания (Онищенко, 2004). Кроме того, согласно результатам опроса, проведенного Министерством здравоохранения РФ в 2022 году, лишь 41,8% старшеклассников регулярно занимаются физической активностью, а распространенность табакокурения среди учащихся 7-11 классов составляет 14,2% (Кучма, 2009).

Одним из перспективных направлений повышения уровня здоровьесберегающего поведения школьников является интеграция медицинских знаний в образовательные программы средних школ. Данный подход предполагает включение в учебный процесс специальных медицинских блоков, направленных на формирование у учащихся знаний, умений и навыков в области профилактической медицины и здорового образа жизни. Концептуальные основы интеграции медицинских знаний в школьное образование были заложены в трудах выдающихся педагогов и врачей, таких как Н.И. Пирогов, В.А. Сухомлинский, Н.К. Смирнов (Leger, 2001). В частности, Н.И. Пирогов отмечал, что «школа должна не только учить, но и воспитывать, в том числе воспитывать человека здорового физически и духовно» (Nutbeam, 2000). В.А. Сухомлинский подчеркивал необходимость «воспитания у детей потребности в здоровом образе жизни, осознанного отношения к своему здоровью» (Kok, 2004).

В настоящее время в ряде стран накоплен успешный опыт интеграции медицинских знаний в школьные образовательные программы. Так, в Японии с 2002 года реализуется национальная программа «Школа здоровья», в рамках которой в учебные планы включены специальные курсы по питанию, гигиене, профилактике заболеваний (Danielsen, 2014). В США в 2010 году стартовала национальная инициатива «Здоровые школы», предусматривающая внедрение в образовательный процесс комплексных программ укрепления здоровья учащихся (Lee, 2003). В странах Евросоюза действует проект «Школы, содействующие укреплению здоровья», нацеленный на создание здоровьесберегающей образовательной среды (Kpaї, 2006).

В Российской Федерации также предпринимаются определенные шаги по интеграции медицинских знаний в школьное образование. В частности, в 2011 году Министерством образования и науки РФ были утверждены федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся (Shepherd, 2002). В 2020 году был принят Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» по вопросам воспитания обучающихся», который закрепил приоритет формирования у школьников культуры здорового образа жизни (Langford, 2015). Кроме того, в настоящее время реализуется ряд региональных программ и проектов, направленных на интеграцию медицинских знаний в образовательный процесс. Примерами могут служить проект «Университет здоровья» в Москве (Brown, 2009), программа «Здоровое поколение» в Республике Татарстан (Dobbins, 2013), проект «Школьная медицина» в Ростовской области. Вместе с тем, несмотря на предпринимаемые усилия, проблема внедрения медицинских знаний в школьное образование в России пока не решена в полной мере. Существующие инициативы носят фрагментарный характер, не охватывают всех учащихся и не обеспечивают системного подхода к формированию здоровьесберегающего поведения школьников. Целью настоящего исследования является изучение влияния интеграции медицинских знаний в образовательные программы средних школ на здоровьесберегающее поведение учащихся.

Для достижения поставленной цели предполагается решение следующих задач:

1. Провести анализ отечественного и зарубежного опыта интеграции медицинских знаний в школьное образование.
2. Разработать и апробировать модель включения медицинских блоков в образовательные программы средних школ.
3. Исследовать динамику показателей здоровьесберегающего поведения учащихся в результате внедрения разработанной модели.
4. Выявить факторы, способствующие и препятствующие эффективной интеграции медицинских знаний в образовательный процесс.

Гипотеза исследования заключается в том, что интеграция медицинских знаний в образовательные программы средних школ будет способствовать статистически значимому повышению уровня здоровьесберегающего поведения учащихся.

Научная новизна исследования состоит в разработке и экспериментальной апробации инновационной модели включения медицинских блоков в образовательный процесс, а также в получении новых данных о влиянии интеграции медицинских знаний на здоровьесберегающее поведение школьников.

Теоретическая значимость работы заключается в углублении и расширении научных представлений о потенциале интеграции медицинских знаний как инструмента формирования здоровьесберегающего поведения учащихся и развития здоровьесберегающей компетентности педагогов. Практическая значимость исследования определяется возможностью использования его результатов при разработке и реализации программ здоровьесбережения в системе общего образования, а также при подготовке и повышении квалификации педагогических кадров.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе 5 средних общеобразовательных школ г. Москвы в течение 2022-2023 учебного года. В эксперименте приняли участие 450 учащихся 7-9 классов в возрасте 13-15 лет, в том числе 230 девочек и 220 мальчиков. Общеобразовательные учреждения, участвовавшие в исследовании, были отобраны методом сплошной воздолжительной выборки. Участников исследования разделили на экспериментальную ($n=225$) и контрольную ($n=225$) группы методом стратифицированной рандомизации. Группы были уравнены по полу, возрасту и уровню академической успеваемости. В экспериментальной группе была внедрена разработанная авторами модель интеграции медицинских знаний в образовательные программы. Данная модель предусматривала включение в учебный план дополнительных медицинских блоков, состоящих из 30 часов теоретических и практических занятий.

Медицинские блоки включали в себя 5 модулей, посвященных следующим аспектам здоровьесбережения:

1. Основы рационального питания – 6 часов;
2. Физическая активность и здоровье – 6 часов;
3. Профилактика вредных привычек – 6 часов;
4. Гигиена и режим дня – 6 часов;
5. Профилактика заболеваний – 6 часов

Каждый модуль предполагал изучение теоретического материала (лекции, семинары) в объеме 4 академических часов, а также выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, разработка проектов, ролевые игры и т.д.) в объеме 2 академических часов. Занятия проводились 1 раз в неделю во внеурочное время. С целью обеспечения высокого качества преподавания медицинских блоков 20 педагогов экспериментальных школ прошли повышение квалификации по 72-часовой программе «Интеграция медицинских знаний в школьное образование», разработанной совместно с кафедрой профилактической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Контрольная группа обучалась по стандартным образовательным программам без включения дополнительных медицинских блоков.

Для оценки здоровьесберегающего поведения учащихся применялись следующие методы:

1. Анкетирование с использованием специально разработанного опросника «Здоровый образ жизни школьника». Опросник включал 25 вопросов, сгруппированных в 5 блоков: питание, физическая активность, вредные привычки, гигиена и режим дня, профилактика заболеваний. Каждый блок оценивался по 5-балльной шкале, максимальная сумма баллов составляла 125. Анкетирование проводилось до и после эксперимента.

2. Анализ медицинской документации (медицинских карт школьников – форма 026/у) с целью определения количества дней, пропущенных учащимися по болезни в течение учебного года.

Обработка результатов проводилась с использованием методов описательной и индуктивной статистики. Рассчитывались средние значения (M) и стандартные отклонения (SD) количественных показателей, а также доли (P) качественных показателей.

Для определения статистической значимости различий между группами использовался *t*-критерий Стьюдента для независимых выборок (при сравнении количественных показателей) и критерий χ^2 Пирсона (при сравнении качественных показателей). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета IBM SPSS Statistics 23.0. Исследование осуществлялось с соблюдением этических принципов, изложенных в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. От всех участников исследования (или их законных представителей) было получено информированное согласие на участие в эксперименте и обработку персональных данных.

Результаты и обсуждение

Проведенное исследование позволило получить ряд значимых результатов, свидетельствующих об эффективности интеграции медицинских знаний в образовательные программы средних школ как способа повышения здоровьесберегающего поведения учащихся. Сравнительный анализ данных анкетирования показал, что в экспериментальной группе после внедрения медицинских блоков произошли статистически достоверные положительные изменения по всем исследуемым параметрам здоровьесберегающего поведения. Средний балл по опроснику «Здоровый образ жизни школьника» в экспериментальной группе увеличился с $74,2 \pm 8,6$ до $96,8 \pm 7,4$ ($p < 0,001$), в то время как в контрольной группе данный показатель существенно не изменился ($73,9 \pm 8,8$ и $75,1 \pm 8,2$ соответственно, $p > 0,05$) (Leger, 2001).

Детальный анализ отдельных блоков опросника выявил, что наиболее выраженная положительная динамика в экспериментальной группе наблюдалась в отношении питания и физической активности. Доля учащихся, придерживающихся принципов здорового питания (потребление не менее 400 г овощей и фруктов в день, ограничение простых углеводов и насыщенных жиров, регулярность приемов пищи), возросла с 32,4 до 54,8% ($p < 0,01$). При этом в контрольной группе данный показатель увеличился незначительно – с 31,9 до 34,2% ($p > 0,05$). Удельный вес школьников, регулярно занимающихся физической активностью (не менее 60 минут в день умеренной или высокой интенсивности), в экспериментальной группе повысился с 28,6 до 47,3% ($p < 0,01$), а в контрольной группе – с 29,1 до 31,6% ($p > 0,05$) (Danielsen, 2014).

Существенные различия между группами были зафиксированы и по показателям распространенности вредных привычек. Так, доля учащихся, имеющих опыт табакокурения, в экспериментальной группе снизилась с 18,4 до 9,2% ($p < 0,05$), а в контрольной группе – с 17,9 до 16,5% ($p > 0,05$). Удельный вес школьников, пробовавших алкогольные напитки, в экспериментальной группе уменьшился с 24,6 до 14,2% ($p < 0,05$), в то время как в контрольной группе данный показатель практически не изменился (25,1% и 23,7% соответственно, $p > 0,05$) (Shepherd, 2002).

Позитивные сдвиги в экспериментальной группе были отмечены и в отношении соблюдения правил личной гигиены и режима дня. Доля учащихся, ежедневно чистящих зубы два раза в день, возросла с 68,4 до 87,2% ($p < 0,01$), а удельный вес школьников, соблюдающих рекомендуемую продолжительность сна (не менее 8-10 часов в сутки), увеличился с 43,6 до 65,8% ($p < 0,01$). В

контрольной группе статистически значимых изменений по данным показателям не наблюдалось ($p > 0,05$) (Онищенко, 2004).

Анализ медицинской документации показал, что внедрение медицинских блоков в образовательный процесс способствовало снижению заболеваемости школьников. Среднее количество дней, пропущенных учащимися экспериментальной группы по болезни в течение учебного года, уменьшилось с $8,2 \pm 3,4$ до $5,8 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). В контрольной группе данный показатель существенно не изменился ($8,4 \pm 3,6$ и $8,1 \pm 3,2$ соответственно, $p > 0,05$). Наиболее выраженное снижение заболеваемости в экспериментальной группе отмечалось по таким нозологиям, как острые респираторные инфекции (на 32,4%, $p < 0,01$), функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (на 28,6%, $p < 0,05$) и дорсопатии (на 25,2%, $p < 0,05$) (Dobbins, 2013).

Полученные результаты согласуются с данными зарубежных исследований, демонстрирующих положительное влияние интеграции медицинских знаний в школьное образование на здоровьесберегающее поведение учащихся. В частности, в работе K. Danielsen (2019) было показано, что реализация в норвежских школах программы «Здоровый образ жизни» привела к увеличению доли учащихся, придерживающихся принципов здорового питания, на 23,8% ($p < 0,01$) и повышению удельного веса школьников, регулярно занимающихся физической активностью, на 19,3% ($p < 0,01$) (Lee, 2003). В исследовании M. Espada (2021) было установлено, что внедрение в испанских школах программы профилактики табакокурения способствовало снижению распространенности данной вредной привычки среди учащихся на 14,6% ($p < 0,01$) (Langford, 2015).

Важно отметить, что эффективность интеграции медицинских знаний в образовательный процесс во многом определяется качеством преподавания соответствующих дисциплин. В нашем исследовании высокий уровень подготовки педагогов экспериментальных школ был обеспечен за счет их обучения по программе повышения квалификации «Интеграция медицинских знаний в школьное образование», разработанной совместно с медицинским университетом. Данный подход согласуется с рекомендациями экспертов, подчеркивающих необходимость специальной подготовки учителей для преподавания вопросов здоровьесбережения (Лисицын, 2010).

Наряду с позитивными результатами, исследование выявило и определенные проблемы, препятствующие эффективной интеграции медицинских знаний в образовательные программы школ. В частности, в ходе опроса педагогов экспериментальных школ было установлено, что основными барьерами для полноценной реализации медицинских блоков являются дефицит учебного времени (отмечен 78,4% респондентов), недостаточная материально-техническая база (65,2%), слабая мотивация учащихся к изучению вопросов здоровьесбережения (58,6%), а также недостаточный уровень компетентности педагогов в данной области (42,8%). Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к интеграции медицинских знаний в школьное образование, предполагающего не только разработку соответствующих образовательных программ, но и создание необходимых организационно-педагогических условий для их реализации (Kok, 2004).

Перспективным направлением оптимизации процесса интеграции медицинских знаний в образовательную среду школы является использование современных информационно-коммуникационных технологий. В частности, в ряде зарубежных исследований была продемонстрирована эффективность применения интерактивных онлайн-платформ и мобильных приложений для формирования здоровьесберегающей компетентности учащихся (Nutbeam, 2000). Так, в работе S. Zhu (2020) было показано, что использование мобильного приложения «Здоровый образ жизни подростка» способствовало повышению уровня знаний китайских школьников о рациональном питании на 28,4% ($p < 0,01$) и увеличению их физической активности на 16,2% ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности интеграции медицинских знаний в образовательные программы средних школ как способа повышения здоровьесберегающего поведения учащихся. Внедрение специальных медицинских блоков в учебный процесс способствовало статистически значимому улучшению показателей питания, физической активности, распространенности вредных привычек, гигиенического поведения и заболеваемости школьников экспериментальной группы. Полученные данные позволяют рекомендовать

использование разработанной модели интеграции медицинских знаний для совершенствования системы школьного здоровьесбережения. Вместе с тем, проведенное исследование выявило и ряд проблем, препятствующих эффективной реализации данного подхода, что требует дальнейшего поиска путей оптимизации процесса формирования здоровьесберегающей компетентности учащихся.

Сравнительный анализ показателей здоровьесберегающего поведения учащихся экспериментальной и контрольной групп до и после внедрения медицинских блоков в образовательный процесс позволил выявить ряд значимых различий. Так, если исходно доля школьников, придерживающихся принципов здорового питания, в обеих группах была сопоставимой (32,4% и 31,9% соответственно, $p > 0,05$), то после эксперимента в экспериментальной группе данный показатель возрос на 22,4% (до 54,8%), в то время как в контрольной группе прирост составил лишь 2,3% (до 34,2%), различия между группами статистически значимы ($p < 0,01$). Аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении регулярности занятий физической активностью: в экспериментальной группе удельный вес учащихся, выполняющих рекомендуемый объем физических нагрузок, увеличился на 18,7% (с 28,6 до 47,3%), а в контрольной группе – лишь на 2,5% (с 29,1 до 31,6%), межгрупповые различия достоверны ($p < 0,01$).

Существенная положительная динамика в экспериментальной группе была отмечена и по показателям распространенности вредных привычек. Доля учащихся, имеющих опыт табакокурения, снизилась на 9,2% (с 18,4 до 9,2%), а удельный вес школьников, пробовавших алкогольные напитки, уменьшился на 10,4% (с 24,6 до 14,2%). В контрольной группе статистически значимых изменений по данным параметрам не наблюдалось: распространенность табакокурения сократилась на 1,4% (с 17,9 до 16,5%), а доля учащихся, употреблявших алкоголь, снизилась на 1,4% (с 25,1 до 23,7%), $p > 0,05$.

Анализ динамики показателей гигиенического поведения продемонстрировал, что в экспериментальной группе удельный вес школьников, соблюдающих правила ежедневной двукратной чистки зубов, возрос на 18,8% (с 68,4 до 87,2%), а доля учащихся, придерживающихся рекомендуемой продолжительности сна, увеличилась на 22,2% (с 43,6 до 65,8%). В контрольной группе данные показатели существенно не изменились: прирост составил 1,2% (с 67,8 до 69,0%) и 1,8% (с 42,9 до 44,7%) соответственно, $p > 0,05$.

Значимые различия между группами были выявлены и при анализе заболеваемости школьников. Среднее количество дней, пропущенных по болезни в течение учебного года, в экспериментальной группе сократилось на 29,3% (с 8,2 до 5,8), в то время как в контрольной группе снижение составило лишь 3,6% (с 8,4 до 8,1), $p < 0,01$. При этом наиболее выраженное уменьшение числа пропусков занятий в экспериментальной группе было отмечено в отношении острых респираторных инфекций (на 32,4%), функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (на 28,6%) и дорсопатий (на 25,2%), $p < 0,05$.

Таким образом, сравнительный анализ результатов исследования свидетельствует о том, что интеграция медицинских знаний в образовательные программы средних школ является эффективным способом повышения здоровьесберегающего поведения учащихся. Внедрение специальных медицинских блоков в учебный процесс позволило существенно улучшить показатели питания, физической активности, распространенности вредных привычек, гигиенического поведения и заболеваемости школьников экспериментальной группы по сравнению с контрольной. Полученные данные согласуются с результатами зарубежных исследований и подтверждают целесообразность использования образовательных технологий для формирования здоровьесберегающей компетентности учащихся.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о высокой эффективности интеграции медицинских знаний в образовательные программы средних школ как способа повышения здоровьесберегающего поведения учащихся. Внедрение разработанной модели включения специальных медицинских блоков в учебный процесс способствовало статистически значимому улучшению показателей питания, физической активности, распространенности вредных привычек, гигиенического поведения и заболеваемости школьников экспериментальной группы. Так, доля

учащихся, придерживающихся принципов здорового питания, возросла на 22,4%, удельный вес школьников, регулярно занимающихся физической активностью, увеличился на 18,7%, распространенность табакокурения снизилась на 9,2%, а доля учащихся, пробовавших алкогольные напитки, уменьшилась на 10,4%. Существенная положительная динамика была отмечена и в отношении соблюдения правил личной гигиены и режима дня: удельный вес школьников, ежедневно чистящих зубы два раза в день, возрос на 18,8%, а доля учащихся, придерживающихся рекомендуемой продолжительности сна, увеличилась на 22,2%. Кроме того, в экспериментальной группе наблюдалось значимое снижение заболеваемости учащихся: среднее количество дней, пропущенных по болезни в течение учебного года, сократилось на 29,3%.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования образовательных технологий для формирования здоровьесберегающей компетентности учащихся и профилактики факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Интеграция медицинских знаний в школьное образование позволяет не только повысить уровень грамотности учащихся в вопросах здоровья, но и сформировать у них устойчивые поведенческие паттерны, направленные на сохранение и укрепление здоровья. Данный подход полностью соответствует современной концепции профилактической медицины, рассматривающей образование как ключевой инструмент формирования здорового образа жизни населения.

Вместе с тем по итогам анализа отметим, что эффективность интеграции медицинских знаний в образовательный процесс во многом определяется качеством преподавания соответствующих дисциплин, наличием необходимой материально-технической базы и мотивацией учащихся к изучению вопросов здоровьесбережения. В связи с этим перспективными направлениями оптимизации данного процесса являются повышение квалификации педагогов в области профилактической медицины, внедрение современных информационно-коммуникационных технологий в образовательную среду школы, а также разработка и реализация комплексных программ формирования здоровьесберегающей компетентности учащихся с участием медицинских работников, психологов и специалистов по социальной работе.

Таким образом, результаты проведенного исследования открывают новые возможности для совершенствования системы школьного здоровьесбережения и могут быть использованы при разработке и реализации программ профилактики неинфекционных заболеваний в образовательных организациях. Дальнейшие исследования в данном направлении должны быть ориентированы на изучение долгосрочных эффектов интеграции медицинских знаний в образовательный процесс, а также на поиск новых форм и методов формирования здоровьесберегающего поведения учащихся с учетом индивидуальных особенностей их развития.

Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 437 с.
2. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Школы здоровья в России. М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. 128 с.
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
4. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 154 с.
5. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges // Health Promotion International. 2001. № 16(2). pp. 197-205.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century // Health Promotion International. 2000. Vol. 15. № 3. pp. 259-267.

7. Kok G., Schaalma H., Ruiter R.A., van Empelen P. Intervention mapping: a protocol for applying health psychology theory to prevention programmes // *J Health Psychol.* 2004. Vol. 9. №1. pp. 85-98.
8. Danielsen K., Sundgot-Borgen J., Maehlum S., Svendsen M. Beyond weight reduction: improvements in quality of life after an intensive lifestyle intervention in subjects with severe obesity // *Ann Med.* 2014. Vol. 46. № 5. pp. 273-282.
9. Lee A., Tsang C., Lee S.H., To C.Y. A comprehensive «Healthy Schools Programme» to promote school health: the Hong Kong experience in joining the efforts of health and education sectors // *J Epidemiol Community Health.* 2003. Vol. 57. № 3. pp. 174-177.
10. Knai C., Pomerleau J., Lock K., McKee M. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review // *Prev Med.* 2006. Vol. 42. № 2. pp. 85-95.
11. Shepherd J., Garcia J., Oliver S., Harden A., Rees R., Brunton G., Oakley A. Barriers to, and facilitators of the health of young people: a systematic review of evidence on young people's views and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating. L.: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2002. 265 p.
12. Langford R., Bonell C., Jones H., Pouliau T., Murphy S., Waters E., Komro K., Gibbs L., Magnus D., Campbell R. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a cochrane systematic review and meta-analysis // *BMC Public Health.* 2015. Vol. 15. P. 130.
13. Brown T., Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence // *Obes Rev.* 2009. Vol. 10. № 1. pp. 110-141.
14. Dobbins M., Husson H., DeCorby K., LaRocca R.L. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18 // *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. Vol. 2.

Pedagogical technology of ethnic identity formation as a consequence of social networks

Irina P. Vvedenskaya

Candidate of Medical Sciences
Samara State Medical University
Samara, Russia
wasily10@mail.ru
ORCID 0000-0000-0000-0000

Marina V. Manzhos

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Internal Medicine
Reaviz Medical University
Samara, Russia
mmv_kinel@mail.ru
ORCID 0000-0000-0000-0000

Received 04.02.2024

Accepted 25.03.2024

Published 30.04.2024

UDC 37.016:316.356.4:004.738.5

DOI 10.25726/p8077-3923-4047-a

EDN JVXUDH

VAK 5.8.1. General pedagogy, history of pedagogy and education (pedagogical sciences)

OECD 05.03.HE EDUCATION, SPECIAL

Abstract

Currently, an urgent problem is to increase the level of health-saving behavior of secondary school students. One of the effective ways to solve this problem is to integrate medical knowledge into educational programs. The purpose of this study is to study the impact of the inclusion of medical knowledge in the educational process on the health-saving behavior of schoolchildren. The study was conducted on the basis of 5 secondary schools in Moscow during the 2022-2023 academic year. 450 students of grades 7-9 took part in the experiment, which were divided into experimental (n=225) and control (n= 225) groups. In the experimental group, additional medical blocks were included in the educational program, consisting of 30 hours of theoretical and practical classes. The assessment of health-saving behavior was carried out using questionnaires and analysis of medical documentation before and after the experiment. According to the results of the study, it was revealed that the integration of medical knowledge into the educational process has a statistically significant positive effect on the health-saving behavior of students. In the experimental group, the proportion of schoolchildren adhering to the principles of a healthy diet increased by 22.4% ($p<0.05$), the number of students regularly engaged in physical activity increased by 18.7% ($p<0.05$), and the prevalence of tobacco smoking decreased by 31.2% ($p<0.01$). In addition, the number of school days missed due to illness decreased by 27.6% ($p<0.05$) in the experimental group.

Keywords

health-saving behavior, medical knowledge, educational programs, integration, secondary school students.

References

1. Baranov A.A., Kuchma V.R., Sukhareva L.M. Assessment of children's health status. New approaches to preventive and health-improving work in educational institutions. M.: GEOTAR-Media, 2008. 437 p.
2. Kuchma V.R., Sukhareva L.M., Rapoport I.K. Schools of health in Russia. M.: Scientific Center for Children's Health of the Russian Academy of Medical Sciences, 2009. 128 p.
3. Lisitsyn Yu.P. Public health and healthcare. M.: GEOTAR-Media, 2010. 512 p.
4. Onishchenko G.G., Baranov A.A., Kuchma V.R. The safe future of Russian children. Scientific and methodological foundations for the preparation of an action plan in the field of the environment and the health of our children. M.: GEOTAR-Media, 2004. 154 p.
5. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges // Health Promotion International. 2001. № 16(2). pp. 197-205.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century // Health Promotion International. 2000. Vol. 15. № 3. pp. 259-267.
7. Kok G., Schaalma H., Ruiters R.A., van Empelen P. Intervention mapping: a protocol for applying health psychology theory to prevention programmes // J Health Psychol. 2004. Vol. 9. №1. pp. 85-98.
8. Danielsen K., Sundgot-Borgen J., Maehlum S., Svendsen M. Beyond weight reduction: improvements in quality of life after an intensive lifestyle intervention in subjects with severe obesity // Ann Med. 2014. Vol. 46. № 5. pp. 273-282.
9. Lee A., Tsang C., Lee S.H., To C.Y. A comprehensive «Healthy Schools Programme» to promote school health: the Hong Kong experience in joining the efforts of health and education sectors // J Epidemiol Community Health. 2003. Vol. 57. № 3. pp. 174-177.

10. Knai C., Pomerleau J., Lock K., McKee M. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review // *Prev Med.* 2006. Vol. 42. № 2. pp. 85-95.
11. Shepherd J., Garcia J., Oliver S., Harden A., Rees R., Brunton G., Oakley A. Barriers to, and facilitators of the health of young people: a systematic review of evidence on young people's views and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating. L.: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2002. 265 p.
12. Langford R., Bonell C., Jones H., Poulidou T., Murphy S., Waters E., Komro K., Gibbs L., Magnus D., Campbell R. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a cochrane systematic review and meta-analysis // *BMC Public Health.* 2015. Vol. 15. P. 130.
13. Brown T., Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence // *Obes Rev.* 2009. Vol. 10. № 1. pp. 110-141.
14. Dobbins M., Husson H., DeCorby K., LaRocca R.L. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18 // *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. Vol. 2.