МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В ГОРОДЕ БЕЛОРЕЦКЕ

СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра социальной педагогики

**Курсовая работа**

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК УСЛОВИЕ ПОЛНОЦЕННОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКА**

**Оглавление**

Введение

1. Понятие здоровый образ жизни
2. Состояние здоровья современного подростка
3. Пути приобщения подростка к здоровому образу жизни

Заключение

Литература

Приложение 1

Приложение 2

Приложение 3

**Введение**

Актуальность темы. Здоровый образ жизни не занимает пока первое место в иерархии потребностей и ценностей подростка. Но ели мы научим подростка ценить, беречь и укреплять свое здоровье, если мы будем личным примером демонстрировать здоровый образ жизни, то только в этом случае можно надеяться, что будущие поколения будут более здоровы и развиты не только личностно, интеллектуально, духовно, но и физически. Если раньше говорили: «В здоровом теле – здоровый дух», то не ошибется тот, кто скажет, что без духовного не может быть и здорового.

Многочисленные исследования последних лет показывают, что за период обучения в школе число здоровых подростков уменьшается в четыре раза. Одна из самых частых патологии у подростков – нарушение остроты зрения, составляющее в ряде регионов России до 30-40%.

В настоящее время возникло особое направление в педагогике: «педагогика оздоровления». В основе оздоровления лежат представления о здоровом ребенке, который является практически достижимой нормой детского развития и рассматривается в качестве целостного телесно-духовного организма.

А.А. Никольской были выделены общие положения о главных чертах детского развитии:

* Развитие совершается постепенно и последовательно;
* Между духовным и физическим развитием существует такая же неразрывная связь, как и между умственной, эмоциональной и волевой деятельностью, и правильная организация воспитания и обучения предусматривает гармоническое всесторонне развитие;
* Различные стороны психической деятельности участвуют в процессе развития не одновременно, и скорость их развития и энергия не одинаковы; развитие может идти средним ходом, либо укоряться в зависимости от различных причин;
* Нельзя искусственно форсировать детское развитие, важно каждому возрастному периоду дать «изжить себя».

Подготовка к здоровому образу жизни подростка на основе здоровье сберегающих технологии должна стать приоритетным направлением в деятельности каждого образовательного учреждения для детей любого возраста.

Цель данного исследования: рассмотреть теоретические вопросы влияния здорового образа жизни на развитие подростка.

Объект исследования: процесс полноценного развития подростка.

Предмет исследования: здоровый образ жизни, как условие полноценного развития подростка.

Исходя из цели, объекта и предмета исследования, можно определить задачи исследования:

1. раскрыть понятие Здоровый образ жизни;
2. рассмотреть состояние здоровья современного подростка;
3. выявить пути приобщения подростка к здоровому образу жизни.

Методами следования являются: теоретические (анализ научной литературы, сравнительно-сопоставительный, моделирование);

Структура работы: курсовая работа состоит из введения, трех параграфов, заключения, списка использованной литературы, приложения.

Практическая значимость. Разработать программу о здоровом образе жизни, как условие полноценного развития подростка.

1. **Понятие здорового образа жизни**

*Здоровье – это вершина, на которую*

*постоянно нужно взбираться самому.*

**Народная пословица**

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и дающий точный прогноз на будущее. Трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственый уровень населения непосредственно зависят от состояния здоровья детей, подростков, молодежи.

Проблема здоровья подростков сегодня, как никогда актуальна. В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что именно учитель, педагог в состоянии сделать для здоровья ученика больше, чем врач. Это не значит, что педагог должен выполнять обязанности медицинского работника. Просто учитель должен работать так, чтобы обучение детей в школе не наносило ущерба здоровью школьников.

Пытаясь установить взаимосвязь между отношением учителя к своему здоровью, его потребности в соблюдении здорового образа жизни и реализации соответственного воспитательного воздействия на своих учеников, на практике мы сталкиваемся с тем, что сами учителя открыто говорят о том, что они не могут быть примером в ведении здорового образа жизни для своих воспитанников. Чем ниже уровень грамотности педагога в вопросах сохранения и укрепления здоровья, тем менее эффективно педагогическое воздействие на учащихся.

Безусловно, среди многих человеческих ценностей, здоровье занимает одно из первых мест. Эксперты ООН из десяти важнейших факторов, необходимых для полноценной жизни человека, поставили именно его на первое место.

Здоровье всего населения и каждого человека – это бесценное богатство нашей страны.

Здоровье, как отдельного человека, так и населения нашей планеты в целом, зависит от комплекса различных факторов: социальных, экономических, природно-климатических и д.р. И все-таки является установленным, что более 50% здоровья определяется образом жизни самого человека, человеческими фактором.

Важно подчеркнуть, что до последнего времени здравоохранение и медицинская наука уделяли основное внимание больным, заболевающим, т.е. тем, кто нуждается во врачебной помощи – лечении и восстановлении работоспособности ослабленного организма. Для нового этапа развития здравоохранения в нашей стране, когда поэтапно внедряется ежегодная диспансеризация всего населения, характерны не только охрана здоровья, но и его укрепление, улучшение, наращивание. Приоритетным направлением российского здравоохранения становится первичная профилактика. В этой связи, наряду с глубоким изучением факторов болезни и больного человека, возникла новая проблема – всестороннего изучения факторов здорового образа жизни.

Но необходимо дать толкование ряду основополагающих понятии – здоровье, образ жизни, болезнь, профилактика. Это необходимо для того, чтобы знать, какой смысл лежит в основе того или иного определения.

Стоит отметить, что ни одно из вышеназванных понятии не может трактоваться однозначно. Каждое из них имеет большой перечень значении, которые существенно отличаются друг от друга. Такое разнообразие в понимании сущности явлении и биологических процессов, происходящих в организме человека, есть отражение неоднозначности самого человека.

Процесс познания природы человека более 2 тысяч лет. Он продолжается и сегодня. Однако чем больше наука накапливает знании о человеке, тем больше доказательств его многообразной природы.

Итак, термин здоровье невозможно сформулировать однозначно. В настоящее время насчитывается более 60 определении этого понятия. Ни одно из них не может раскрыть его в полном объеме. Это и понятно. Потому что сам человек неоднозначен не только внешне, но и внутренне. Неоднозначны его поведение, восприятие, взгляды, мысли, проступки, реакции ан то или иное воздействие. Разные люди отражают действительность совершенно по-разному. НО самое, пожалуй, интересное состоит в том, что одно и тоже воздействие в разное время реагирует совершенно по-разному.

В очень отдаленные времена здоровье определяли как отсутствие болезни. Исходили из такой альтернативы: если человек не болен, значит он здоров. Однако жизнь не стоит на месте. Она совершенствуется, изменяется. Времена меняются, и мы меняемся вместе с ними. Меняются наши взгляды и понятия. Современного человека уже не устраивает только отсутствие только отсутствие болезни, что само по себе уже хорошо. Понятие о здоровье трансформировалось в более широкое представление о человеке, как о существе более социальном, нежели биологическом. Оно обогатилось таким понятием, как «благополучие». Оказывается в современном мире недостаточно не иметь заболевания, надо быть еще и благополучным в разных отношениях.

Новое определение понятия «здоровье» было впервые сформулировано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1940 году. Оно звучит так: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни». Верное по смыслу определение, тем не менее, не отражает всех возможных состоянии человека. Оно вполне наделено очевидной абстракцией. Самым серьезным недостатком этого определения является отсутствие в нем каких-либо упоминании о мировоззрении человека, его отношении к самому себе, к окружающей действительности и месту человека в ней. Мировоззрение складывается на базе тех знании, навыков и умении, которые человек получает в самом раннем детстве. Именно знания формируют мировоззрение, а оно в свою очередь формирует культуру человека. Безусловно, в данном случае – это медицинская, а точнее – гигиеническая культура, как элемент общечеловеческой культуры. Таким образом, здоровье человека – это не только отсутствие болезней и благополучие, это в не меньшей степени наличие гигиенического мировоззрения и гигиенической культуры. Можно без преувеличения сказать, что культура человека начинается, прежде всего, с поддержания чистоты своего тела, духа и жилища..

Именно мировоззрение, т.е. определенный набор знании. Усвоенных культурных ценностей, изначально определяет поведение человека, его медицинскую или гигиеническую активность, направленную на сохранение и укрепление здоровья на различных этапах его роста и развития. Именно мировоззрение определяет потребность в хорошем здоровье. Забота о здоровье и его укреплении является естественной потребностью культурного человека, неотъемлемым элементом его личности.

Все это вместе взятое, определяет мотивацию поведения человека, направленную на сохранение здоровья, как бесценного дара самой природы. В последние годы возросла прагматическая ценность здоровья. Это связано с изменением социальных отношении в обществе, пересмотром ценностных ориентации. Постепенно приходит понимание того, что здоровье – это неотъемлемое условие в любой области деятельности человека – материальной или духовной. Нередко можно услышать: «Было бы здоровье, а остальное приложится». С этим утверждением трудно не согласиться. Общая культура человека во многом формирует его образ жизни.

Трактовка понятия «благополучие», затрагивает все стороны жизни человека. Человек находится в состоянии совершенно полного благополучия, когда гармонично сочетаются физические, социальные, психические (интеллектуальные), духовные, эмоциональные составляющие его жизни, когда удачно складывается рост его карьеры. Каждый в отдельности и все вместе они оказывают самое существенное влияние на здоровье и благополучие человека, на полноценность его жизни.

Под образом жизни следует понимать такое поведение человека, которое направлено на сохранение и укрепление здоровья и базируется на гигиенических нормах, требованиях и правилах. Образ жизни – это своего рода система взглядов, которые складываются у человека в процессе жизни под влиянием различных факторов на проблему здоровья не как на некоторую абстракцию, а как на конкретное выражение возможностей человека в достижении любой поставленной цели.

Одним из важнейших факторов или элементов внешней среды являются образование и просвещение в их конкретном выражении, т.е. в системе гигиенических знании, навыков и умении, направленных на сохранение и укрепление здоровья. От того, что будет заложено в человеке с самого раннего детства, во многом будет зависеть его мировоззрение, культура и образ жизни. Образование тесно связано с воспитанием. Это долги и трудный процесс педагогического воздействия на человека на всем протяжении его роста и развития, становления его личности, воспитания характера. От того, в каком направлении будет происходить развитие человека, включающее освоение общечеловеческой и национальной культуры, ценностной ориентации и норм общественной жизни, будет зависеть в последующем его отношение к самому себе, своей жизни и положению в обществе.

Что же такое болезнь? Дать исчерпывающее определение болезни – дело совершенно безнадежное. Для этого необходимо, прежде всего, уяснить, от чего врач отталкивается, делая свое заключение: «Вы совершенно здоровы!» или, напротив: «Вы совершенно больны!». Суждения врача базируются на понятии «норма». Норма – это совершенно определенная система показателей состояния организма человека: его строения, структуры, функции, которые находятся в заданных пределах и отражают самочувствие человека, как хорошее. Когда мы заболеваем, то обычно говорим, что плохо себя чувствуем. Объективным отражением нашего состояния являются показатели внутренней среды в качественном или количественном выражении.

Физическое и химическое состояние внутренней среды организма, размеры тела и отдельных его частей, любые функциональные отправления имеют совершенно определенное количественное или качественное выражение. Это своеобразный эталон, с которым врач сопоставляет полученные в ходе обследования пациента результаты своих наблюдении, лабораторных или инструментальных исследовании жизненных отправлении. Эталон этот был получен на основании обобщении, в том числе и статистических данных многовековых наблюдении врачей всего мира. Можно сделать вывод о том, что понятие нормы, как отражение внутренней среды организма не абсолютное, а относительное. Следовательно, чем ниже уровень разрушения, тем сложнее поставить диагноз.

**Структурная модель организации биологической системы**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни организации биологической системы | Уровни повреждающего воздействия, заболевания. |
| Организменный (целостный организм) | Электромагнитные поля, различных диапазонов длин волн |
| Органный и система органов | Атеросклероз |
| Тканевой | Системные болезни: ревматизм, красная волчанка |
| Клеточный | Хламидии, малярия |
| Субклеточный | Радиация, химические вещества |
| Молекулярный | Радиация, химические вещества |
| Субмолеулярный | Радиация |

Любое воздействие внешней среды на организм человека вызывает его ответную реакцию. Особенностью внешней среды является ее постоянная изменчивость и одновременное влияние множества факторов, различающихся между собой в количественном и качественном отношении. В реальной жизни в каждый момент времени на человека оказывает непосредственное воздействие одновременно большое число факторов. Следовательно, и ответная реакция организма неоднозначна.

Тем не менее, болезнь – это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими (структурными) изменениями (возможно, теми и другими одновременно), наступающими в результате воздействия эндогенных, т.е. находящихся в организме человека, или экзогенных, находящихся во внешней среде, факторов. Не исключено, однако, что функциональные нарушения деятельности организма – это не что иное, как структурные (морфологические) изменения на достаточно низком уровне организации биологической системы, которые трудно поддаются изучению даже с помощью самых современных методов исследования.

Одним из важнейших направлении в медицине начиная со времен Гиппократа (около 460 – 370 до н.э.), Авиценны (Абу Али ибн Сина около 980 – 1037), является профилактика заболевании. В переводе с греческого профилактика означает предупреждение тех или иных заболевании, сохранение здоровья и продление жизни человека. В последние годы профилактика приобретает огромное значение и особое звучание в связи с тем, что лечение болезни – это очень дорогое удовольствие и предупредить заболевание, сделать все, чтобы сохранить здоровье человека на многие годы, легче, проще и надежнее, чем вылечить болезнь.

Что же следует понимать под термином «профилактика»? Профилактика – это система мер (коллективных или индивидуальных), направленных на предупреждение или устранение причин, вызывающих заболевание, различающихся по своей природе. Заболевания возникают в результате воздействия тех или иных факторов внешней или внутренней среды, превышающих приспособительно-компенсаторные возможности организма, а также передаются от больного человека, бациллоносителя, или больного животного здоровому.

В течение всей жизни на человека оказывают влияние самые разнообразные факторы внешней и внутренней среды организма:

Биологические факторы

Социальные факторы

Внешняя среда

Физические факторы

Химические факторы

Факторов такое большое количество, что, вероятно, невозможно перечислить все, точно определить, какой фактор совершенно безвреден, а какой очень вреден для человека. Видимо многое зависит от меры воздействия. Однако, несмотря на столь широкое разнообразие факторов, факторы можно ранжировать в порядке их значимости для здоровья не только для отдельного человека, но и человечества в целом.

По данным академика РАМН Ю.П. Лисицына, являющегося признанным авторитетом в области профилактической медицины, среди факторов, обуславливающих здоровье человека на долю экологических приходится около 20 – 25% всех воздействий; 20% - составляют биологические (наследственные) факторы; 10% - развитие медицины и организация системы здравоохранения. Основным же фактором, влияние которого на здоровье оценивается в 50 – 55%, является образ жизни. Эти данные свидетельствуют о приоритетной роли образования в сохранении и формировании здоровья, поскольку оно помогает человеку построить правильный образ жизни и грамотно заботиться о своем здоровье.

За последние десять лет министерствами здравоохранения и образования проведена определенная работа по формированию нормативной базы, дающей возможность более эффективно заботиться о здоровье подрастающего поколения.

И все-таки все зависит от самого человека, от его образа жизни, поэтому каждому следует усвоить простую и ясную мысль: здоровье – в наших собственных руках. От нас самих зависит во многом и наша работоспособность, и выносливость, и долголетие. Словом, знать себя – тренировать себя.

Таким образом, здоровый образ жизни – это поведение человека, которое отражает определенную жизненную позицию, направленную на сохранение и укрепление здоровья и основанную на выполнении норм, правил и требовании личной и общей гигиены.

**2. Состояние здоровья современного подростка**

*«Мы сокращаем свою жизнь своей невоздержанностью, своей беспомощностью, своим безобразным обращением с собственным организмом».*

**В. Маяковский**

К статистике состояния здоровья, которая широко публикуется в специальных и популярных изданиях, приходится относиться с осторожностью. Результаты существенно зависят от базы, на которой проводились исследования, поэтому в разных регионах страны показатели заметно различаются. Но в еще большей степени выводы ученых определяются методами исследования и критериями оценки. Чтобы убедиться в этом, достаточно сравнить выводы о состоянии здоровья призывников, сделанные врачами призывной комиссии и специалистами медицинского центра, оборудованного современной аппаратурой.

В качестве наиболее репрезентативного исследования здоровья школьников можно рассматривать проведенную в 2002г. Министерством здравоохранения диспансеризацию. По полученным предварительным данным, около 60% учащихся страдают теми или иными хроническими заболеваниями, часто несколькими, т.е. почти 2/3 сидящих за партами наших школ — больные дети! Но и оставшуюся треть школьников трудно отнести к категории здоровых. Отсутствие медицинского диагноза — еще не свидетельство здоровья. Вспомним известную шутку (в которой, к сожалению, лишь доля шутки): «Здоровый человек — это недостаточно обследованный человек».

Среди учащихся, у которых не выявлено хронических заболеваний, более половины составляют те, кто находится «между здоровьем и болезнью», в так называемом «третьем состоянии». Это разнообразные функциональные нарушения, не достигшие уровня болезни, но свидетельствующие о напряжении адаптационных ресурсов организма (дезадаптационных нарушениях), повышенном риске возникновения клинически выраженной патологии. Несоблюдение дополнительных требований к условиям и образу жизни, характеру нагрузки, определяемых данной группой риска, неизбежно приводит к переходу человека из этой группы в группу больных в хронической или острой формах.

Таким образом, согласно усредненным данным, полученным разными специалистами в последние годы, практически здоровыми можно признать не более 10% нынешних школьников. Врачи-педиатры, родители, учителя и воспитатели, каждодневно сталкиваясь с проблемами неблагополучия детского здоровья, не всегда грамотно действуют, помогая ребенку справиться с его болезненным состоянием. Сами же дети, подростки, юноши и девушки пытаются привыкнуть жить в условиях ограничения свободы («болезнь — это стесненная в своей свободе жизнь») и очень нуждаются в понимании и конструктивной помощи со стороны взрослых.

Оценка состояния здоровья детского населения, определение критериев, характеризующих и обусловливающих его, строятся с учетом так называемых «определяющих признаков здоровья», к которым относятся:

* отсутствие в момент обследования какой бы то ни было болезни;
* гармоничное и соответствующее возрасту развитие (физическое и психическое);
* нормальный уровень функций;
* отсутствие наклонности к заболеваниям.

Для градации здоровья детей используют его качественную характеристику. Детей на основании результатов медицинских осмотров распределяют на 5 «групп здоровья»:

I— здоровые, нормально развивающиеся, без функциональных
отклонений;

II— здоровые, при наличии функциональных или небольших
морфологических отклонений;

1. — больные в компенсированном состоянии;
2. — больные в субкомпенсированном состоянии;

V— больные в декомпенсированном состоянии.

Первая группа — это школьники, у которых отсутствуют хронические заболевания, не болевшие или редко болевшие за период наблюдения и имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие (здоровые, без отклонений).

Вторую группу составляют дети и подростки, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, а также часто (4 и более раз в год) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие. Уточнение состава этой группы особенно важно, так как функциональные отклонения в той или иной мере препятствуют таким детям в осуществлении их социальных функций.

Третья группа объединяет тех, кто имеет хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии компенсации с редкими и нетяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия (больные в состоянии компенсации).

К четвертой группе относятся учащиеся с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным периодом реконвалесценции после острых заболеваний (больные в состоянии субкомпенсации).

В пятую группу включаются больные с тяжелыми хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации и со значительно сниженными функциональными возможностями (больные в состоянии декомпенсации). Как правило, такие больные не посещают детские и подростковые учреждения общего профиля и наблюдаются по индивидуальным схемам.

Детей по группам здоровья распределяют медики, но это должно учитываться учителями школ, особенно проводящими целенаправленную работу по сохранению здоровья учащихся. Такой учет позволяет:

1. получить статистические срезы показателей здоровья и численности соответствующих групп здоровья для оценки общей картины здоровья учащихся данного образовательного учреждения, района или города с целью планирования оздоровительной работы;
2. оценить эффективность лечебно-профилактической работы, проводимой в образовательном учреждении;
3. выявить факторы риска, влияющие на коллективное здоровье детей;
4. определить потребность в специализированных мероприятиях и кадрах.

В первую группу попадают обычно около 20-25% учащихся. Этот показатель практически не изменился за последние 50 лет, но качественная характеристика этого контингента стала другой. Значительную часть современных «здоровых» детей составляют те, кому не поставили медицинский диагноз, но состояние, которых характеризуется сниженными адаптационными возможностями и фактически относится к «третьему состоянию» по классификации И.И. Брехмана,

СМ. Громбахом (1981) была предложена еще одна группировка популяции, которая на основании состояния здоровья каждого индивида отражает возможность осуществления им основных присущих ему социальных функций. Она в большей степени учитывает специфику контингента учащихся и также включает 5 групп:

I— свободное, неограниченное осуществление социальных функций;

II— частичное, в узком направлении, ограниченное осуществление своих социальных функций;

1. — ограниченное осуществление социальных функций;
2. — резко ограниченное осуществление социальных функций;

V— невозможность осуществления присущих данному лицу социальных функций.

По мнению профессора Громбаха, основной социальной функцией детей школьного возраста является выполнение всех требований школьного обучения, включая освоение общеобразовательных предметов, трудовое обучение, физическое воспитание. Поэтому дети и подростки, полностью соответствующие этим требованиям, должны быть отнесены к I группе. Что касается лиц, которые не могут по состоянию здоровья полностью осуществлять свою социальную функцию и, следовательно, не попадают в I группу, то отнесение их к одной из остальных групп основывается на выраженности отклонений в состоянии их здоровья и соответствующих ограничениях в выполнении социальных функций.

Принадлежность к той или иной социально-гигиенической группе здоровья определяется не фактическим выполнением индивидом его социальной функции, а состоянием здоровья, допускающим это выполнение без чрезвычайного напряжения компенсаторных механизмов организма. Таким образом, «цена» здоровья определяется осуществлением той или иной деятельности. При этом данная группировка не отменяет, а лишь дополняет группировку детей по врачебным группам здоровья. Вышеизложенное можно наглядно проиллюстрировать выборками статистических данных по основному медицинскому показателю состояния здоровья населения — заболеваемости за последние 5 лет первичная заболеваемость детей увеличилась в Москве на 12% , подростков — на 35%; частота онкологических заболеваний возросла на 14%; болезней эндокринной системы — на 29,8%, болезней крови — на 36,2% , астмы — на 43% , болезней органов пищеварения — на 22,6% .Впервые за 40 лет врачи столкнулись с проблемой гипотрофии юношей-подростков. Дистрофия призывников вышла в число ведущих причин отсева на призывных пунктах. Вместе с тем выросло и число подростков с избыточной массой тела. Таким образом, значительно меньше стало тех призывников, у кого вес тела в пределах нормы. У сегодняшних подростков показатели в росте, окружности грудной клетки, динамометрии значительно хуже, чем у их сверстников 10-15 лет назад.

Сравнительный анализ параметров физического развития старшеклассников, обучавшихся в 1996-1999 гг. и 1985-1987 гг., свидетельствует о снижении средне популяционного показателя массы тела, возрастании на 10-13% числа лиц, имеющих астеническое телосложение, уменьшение роста на 0,5-1,5 см, окружности грудной клетки — на 4,5-8,5 см. Установлен регресс силовых возможностей по динамометрии правой кисти на 2,7-4,9 кг. Это отражает определенную физическую деградацию юного поколения за последние несколько лет.

Очень быстрыми темпами ухудшается здоровье у школьниц. За последние 10 лет число здоровых девушек-выпускниц уменьшилось с 28,3% до 6,3% , т.е. более чем в Зраза. С 40% до 75% увеличилось число девушек с хроническими заболеваниями. По данным Минздрава РФ, из 6 млн. подростков 15-17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% были зарегистрированы различные заболевания. При этом треть заболеваний ограничивает выбор будущей профессии. Почти 40% юношей по медицинским показаниям не годятся для службы в Вооруженных силах, а те, кто признан годными, редко отличаются хорошим здоровьем. За период прохождения воинской службы течение многих хронических заболеваний осложняется, возможность их излечения в дальнейшем становится маловероятной.

Согласно исследованиям B.C. Лиходеда с соавторами (2000 г.), практически здоровыми оказались лишь 9,5% городских и 3% сельских учащихся. Скрининг-тестирование выявило наличие психоневрологических расстройств у 65,1% сельских школьников, пульмонологических, кардиоревматологических, лорзаболеваний—у 7,8%, 4,8%, 5,8% соответственно. У городских школьников аналогичные показатели составляют соответственно 58,3%; 12,3%; 14,.3%; 0,7%.

И.П. Егорова и соавторы, отмечают ежегодную тенденцию роста хронической заболеваемости школьников со среднегодовым темпом 5,84%. За период обучения число здоровых детей уменьшается в 4 раза, число близоруких детей увеличивается с 1 класса к выпускным с 3,9 до 12,3%, с нервно-психическими расстройствами — с 5,6 до 16,4% , нарушениями осанки — с 1,9 до 16,8%. За изучаемый период заболеваемость сердечно-сосудистой системы увеличилась в 2,8 раза, а отсутствие организации питания в школе привело к росту хронических заболеваний органов пищеварения в 2,8 раза, заболеваний крови — в 3,3 раза: с 0,26% до 0,78% .

Одна из самых частых патологий у школьников — нарушение остроты зрения, составляющее в ряде регионов России до 30-40% . (В США средние показатели — 18%; в Германии — 13%; в Польше — 21% .) По Москве снижение остроты зрения в школе (23,3-25,5%) выше, чем в среднем по городу (21,8%). Близорукость занимает ведущее место в этой патологии и является одной из причин инвалидности и ограничений в выборе профессии. Процент детей с близорукостью увеличивается к концу обучения. С возрастом прогрессирует и степень близорукости. Так, высокие степени близорукости (6,0 Д и выше) в среднем и старшем возрасте встречаются в 2 раза чаще, чем в младшем школьном возрасте. Поэтому охрана зрения школьника должна быть направлена не только на предупреждение близорукости, но и на сдерживание ее прогрессирования.

Основная медицинская группа назначается при остроте зрения 0,5 и выше (с коррекцией и без коррекции) и степени аномалии рефракции до ±3,0 Д; подготовительная группа — при остроте зрения ниже 0,5 (с коррекцией) и степени аномалии рефракции до ±3,0 Д и независимо от остроты зрения — при степени аномалии рефракции от 4,0 Д до 6,0 Д. Начиная с 7,0 Д, независимо от степени снижения остроты зрения, целесообразны дыхательные упражнения. При наличии изменений глазного дна, независимо от степени снижения остроты зрения, допуск к занятиям по физическому воспитанию решает офтальмолог.

Патология опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки и искривление позвоночника) чаще встречается у ослабленных детей, перенесших болезни, особенно связанные с нарушением солевого обмена. Из сопутствующих заболеваний, влияющих на формирование порочных осанок, развитие деформаций, отмечаются заболевания глаз, пороки развития позвоночника, стоп, заболевания легких, сердца и др. Распространенность нарушений осанки и сколиоза у московских школьников значительно выше, чем в среднем по городу (10% против 4,9% и 6,5% против 0,4%, соответственно).

К числу наиболее распространенных форм патологии у школьников относятся заболевания сердечно-сосудистой системы (отклонения артериального давления, вегето-сосудистая дистония и др.), пищеварительной системы (кариесы, гастриты, холециститы, колиты и др.), аллергические проявления. Последние, так же, как и патология дыхательной системы, особенно выражены у детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах и имеющих нарушения иммунитета, снижение защитных сил организма.

Особое место в структуре детской патологии занимают заболевания нервной системы и психической сферы. При общей высокой распространенности этих заболеваний в популяции, дети с явными нарушениями психики не обучаются в школах общего типа. Поэтому среди учащихся преобладают те, у кого нервно-психические расстройства носят пограничный характер. Обычно это астено-невро-тические и другие дезадаптационные состояния, а также невротические и патохарактерологические отклонения. По данным ряда исследователей (Смирнов Н.К., 1998; Громов М.Ю., 1999; Кулеев И.С, 2001; Кузнецова М.Л. с соавт., 2000 и др.), дети и подростки с такими нарушениями составляют до 80% учащихся общеобразовательных школ. Это позволяет считать проблему психического здоровья подрастающего поколения крайне актуальной. Не случайно за последние годы ей посвящены тысячи исследований и несколько крупных конференций в нашей стране и за рубежом, участники которых отмечают заметное неблагополучие в этой сфере ох раны здоровья, связанное с проблемами школы.

Так, Л.II. Великанова (1998) отмечает повышенный уровень тревожности учащихся как показатель пред болезненного состояния, предлагая использовать его в качестве маркера групп риск; при проведении скрининга.

Поданным Н.О. Беляшиной и др., только от 40 до 65% учащихся справляются со школьной программой. О.М. Филькина и др. в том же исследовании установили, что у подростков 15-17 лет с ухудшением соматического здоровья неадекватная самооценка в 50% случаев, высокая тревожность — в 89% , раздражительность — в 78% , эмоциональная лабильность — в 67% , низкий самоконтроль — в 73% . У 87% этих школьников повышен уровень нейротизма.

Неблагоприятное влияние на здоровье школьников их учителей отмечают в своих работах И.С. Дронов и др. (1998). Подчеркивается, в частности, фактор недостаточной опытности начинающих педагогов.

Следует учесть, что данные об уровне психической патологии подрастающего поколения являются одним из важных показателей качества трудовых ресурсов страны, ее безопасности и поэтому не всегда публикуются в открытой печати. Особую значимость этим вопросам придает то, что именно на психику ребенка падает основная нагрузка в образовательных учреждениях. Под влиянием суммарной школьной нагрузки у учеников учащаются все функциональные отклонения, особенно астенические и невротические проявления, артериальная гипотония, преданемия, понижение иммунологической резистентности адаптационной функции надпочечников, что часто связано с хроническим стрессом.

Рост патологии у учащихся — характерная тенденция последнего десятилетия. Так, по данным В.Р. Кучмы (2001), за 10 последних лет распространенность функциональных расстройств и хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы среди старшеклассников возросла с 10,3% до 17,8%, пищеварительной системы — с 6,6% до 12,5%, позвоночника — с 4,3% до 15,7%, лор-органов — с 6,7% до 10,5%, эндокринно-обменных нарушений — с 2,4% до 7,3%. При этом особо отмечается рост патологии среди учащихся школ нового типа.

По данным специалистов НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, в последние годы заметны следующие негативные тенденции:

* значительное снижение числа абсолютно здоровых детей (их остается не более 10-12%);
* стремительный рост числа функциональных нарушений и хронических заболеваний, которые регистрируются более чем у 50-60% школьников;
* резкое увеличение доли патологии органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, почек и мочевыводящих путей;
* увеличение числа школьников, имеющих несколько диагнозов (у 20% старшеклассников в анамнезе 5 и более диагнозов).

Состояние здоровья сельских школьников по ряду показателей лучше, чем городских: меньше частота функциональных нарушений нервной системы, повышенного артериального давления, дискинезий желчевыводящих путей, ожирения, кариеса зубов, плоскостопия и сколиозов. Однако в сравнении со средними данными по России у сельских школьников резко выше показатели по травматизму (27% против 8%), по лор-заболеваниям (15% против 3%), близорукости (18% против 9%), аллергии (4% против 2,8%).

Необходимость повышенного внимания именно к функциональным отклонениям детей и подростков, отнесенных к I группе здоровья, определяется тем, что они в меньшей степени, чем причисленные к III-V группам здоровья, наблюдаются врачами, но именно у них (в 46,5% случаев) формируется хроническая патология, надолго закрепляющая в последующем таких детей в группах больных. Эти данные подтверждают преимущества первичной профилактики перед лечебными мероприятиями и обусловливают необходимость дифференцированного подхода к лечению детей с учетом всей совокупности социально-гигиенических и медико-биологических факторов, существенно влияющих на исход отклонений в состоянии здоровья.

В исследовании здоровья десятиклассников, проведенных сотрудниками Центра образования и здоровья под руководством М.М. Безруких (2002), были получены следующие результаты. Наибольшее распространение имеет кариес (40,1% подростков), что указывает на низкую эффективность мероприятий по санации полости рта. Второе место по распространенности занимают нарушения осанки и другие нарушения опорно-двигательного аппарата (28,8%). Снижение остроты зрения выявлены по данным паспортов классов у 23,3%. Такое же распространение имеют заболевания эндокринной системы (патология щитовидной железы и др.), что авторы объясняют воздействием факторов периода полового созревания. Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 16% учащихся. Заболевания лор-органов (15,7%) и функциональные нарушения пищеварения (14,4%) идут следующими в списке наиболее распространенных отклонений в состоянии здоровья. Далее идут болезни органов дыхания (12,2%), аллергические заболевания (10,8%), нарушения нервной системы (10,0%).

Распределение по группам здоровья также фиксирует различие между школьниками, проживающими в городе и селе. Так, к I группе здоровья отнесены 24,3% девушек и 33,7% юношей из города и 36,0% и 38,2% сельских школьников соответственно. Ко II группе здоровья — девушек из города — 49,7% , юношей — 46,7%, а из села — 42,8% и 43,8% соответственно. К III группе отнесены 25,7% городских девушек и 18,8% городских юношей (20,4% сельских девушек и 17,5% сельских юношей).

Сниженный уровень здоровья старшеклассников отражается и в показателях острой заболеваемости, из которых на долю респираторновирусных инфекций приходится 48%, на долю гриппа —17%, на долю ангины —.12% общего числа простудных заболеваний. Всплеск этих заболеваний приходится на октябрь и февраль.

Оценка состояния здоровья школьников глазами их наставников представлена в результатах опроса репрезентативной группы педагогов (более 450 человек), который показал, что 65% оценивают состояние здоровья учащихся как «удовлетворительное», 26,3% — как «плохое», 8,4% — как «хорошее» и только 0,7% — как «очень хорошее».

Таким образом, приведенные данные, составляющие лишь незначительную часть опубликованных в последнее время материалов, свидетельствуют о выраженном неблагополучии здоровья учащихся наших школ. Влияние процесса обучения и его интенсификации на здоровье учащихся. К выводу о том, что обучение, получение образования неизбежно оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье, приходили многие ученые и педагоги-практики. Более того, еще Екатерина Великая говорила, что надо не знаниями нагружать, а воспитывать интерес к учебе. В 50-60-х гг. XIX века наблюдения врачей установили большое распространение среди школьников близорукости, нарушений осанки (главным образом сколиоза), неврастении и анемии. Преимущественное их распространение среди учащихся по сравнению с не учащимися сверстниками было настолько явным и закономерно возрастающим от класса к классу, что появление таких недугов сочли неизбежным следствием школьного обучения, в результате чего они получили наименование «школьных болезней». Это определение в 1870 г. дал Р. Вирхов в работе «О некоторых вредных для здоровья влияниях школы». В 1891 г. основоположник гигиены Ф. Эрисман писал, что «гигиена должна требовать упрощения и сокращения учебных программ».

Анализ причин «школьных болезней» привел врачей к заключению о неудовлетворительной организации обучения, приводящей к нарушению здоровья. К этим недостаткам образования, в частности, относятся:

* недостаточная освещенность классов;
* плохой воздух школьных помещений;
* неправильная форма и величина школьных столов;
* перегрузка учебными занятиями.

В современной школе все эти недостатки сохранились, но к ним добавилось много других. Так, в школу все активнее входит компьютеризация, создающая дополнительную нагрузку на зрение и психику учащихся. Работа детей с видеодисплеями сопровождается выраженным воздействием на зрение. Работающие испытывают неприятные ощущения, определяемые как проявление астенопии — функциональных нарушений, сопровождающихся неприятными ощущениями в области глаз (резь, жжение, чувство «песка», покраснение глазных яблок, затуманивание зрения и др.), возникающих после напряженной зрительной работы.

Физиолого-гигиенические исследования указывают на большую вариабельность чувствительности пользователей при работе с видеомонитором: утомление возникает раньше и более выражено у детей, особенно с нарушениями в состоянии здоровья (близорукость, заболевания нервной системы) — при низком качестве мониторов, неблагоприятных условиях внешней среды, нарушениях в режиме дня и работы. Применение дисплеев низкого качества может способствовать, по мнению экспертов, ВОЗ, развитию миопии со скоростью 1 Д в год. В то же время, контролируемое и регламентированное компьютерное обучение не оказало отрицательного влияния на рост, развитие и состояние здоровья первоклассников.

Выраженность жалоб и самочувствие учащихся после работы на дисплее в основном определяются уровнем их нервно-психического здоровья и эмоционально-психическим настроем к данной форме обучения. Однако окончательное решение о взаимосвязи работы на дисплеях с состоянием здоровья учащихся возможно при более длительном наблюдении за одним и тем же контингентом школьников, начиная с начальных классов.

Ухудшение нервно-психического здоровья в выпускном классе, как правило, связано с общими высокими учебными нагрузками, неподготовленностью к ним организма школьника. Так, заметные ухудшения показателей здоровья наблюдаются у школьников, которые в старших классах дополнительно занимались на подготовительных курсах при вузах или с преподавателями.

Влияние на здоровье школьников оказывают и многие другие факторы. Так, исследования в школах большой вместимости установили, что в этих школах более высокая острая заболеваемость и высокий индекс пропусков уроков, в 2-5 раз выше простудная заболеваемость. Превышение проектной вместимости в 1,5—2,5 раза увеличивает заболеваемость школьников острыми респираторными вирусными инфекциями, в 2,5-3 раза возрастают показатели некоторых форм нарушений при обучении во вторую смену. По сравнению с причинами неблагоприятного влияния процесса образования за здоровье, отмеченными в позапрошлом столетии, в современных условиях усилилась роль «внутришкольных факторов». Это и интенсификация обучения, в том числе, с использованием технических средств обучения, и переход на новые формы учения. Длительной учебной неделей, и учебный стресс, который испытывают до 80% учащихся, и снижение двигательной активности, еще более выраженная гипокинезия школьников. То есть процесс обучения, как правило, организуется без учета воздействия на здоровье обучающихся. Материально-техническая база многих учебных заведений сегодня не позволяет обеспечить сохранение и укрепление здоровья детей.

Таким образом, можно с достаточным основанием заключить, что школьное образование в России в последнее десятилетие оказывало на здоровье учащихся неблагоприятное воздействие. Об этом свидетельствует и сравнение числа практически здоровых детей, пришедших в школу (около 12-15%), с числом здоровых выпускников, которые составляют около 5%. С первого по восьмой классы число здоровых детей снижается в 4 раза; число детей с близорукостью возрастает с 3 до 30%; число детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата увеличивается в 1,5-2 раза, с аллергическими болезнями — в 3 раза, с заболеваниями крови — в 2,5 раза, с нервными болезнями — в 2 раза.

Подтверждает эту тенденцию и рост числа курящих, злоупотребляющих алкоголем, употребляющих наркотики подростков и молодых людей, снижение возраста приобщения к этим вредным привычкам. И, хотя все эти тенденции обусловлены не только воздействием школы, ее роль не следует преуменьшать. Достаточно посмотреть на состояние школьников на последних уроках, познакомиться с результатами медико-физиологических и психологических исследований, проведенных в школах разных регионов страны, услышать мнения родителей и самих учащихся.

Многие исследователи обращают особое внимание на неблагоприятную ситуацию со здоровьем учащихся в школах нового типа: гимназиях, колледжах и т.п. Повышенная учебная нагрузка не проходит бесследно. До 50% гимназистов заканчивают учебный день с признаками сильного и выраженного переутомления. В общеобразовательных школах доля таких детей не превышает 20-30% . К концу учебного года у гимназистов в 2 раза увеличивалась частота гипертонических реакций, а общее число неблагоприятных изменений артериального давления достигало 90% . Проявления повышенной невротизации обнаружены у большинства (до 80%>) учащихся школ нового типа. Функциональные резервы организма к концу школьной недели снижаются у 30%> младших школьников, у 24% учащихся 5-9 классов и у 20% старшеклассников.

В.Т. Манчук и др. (1998) пришли к выводу, что более высокие, чем в обычной школе, нагрузки при развивающем обучении (по системе Давыдова - Эльконина, Занкова) негативно влияют на психоэмоциональное состояние учащихся, повышают уровень их утомляемости и невротизации.

В.Г. Маймулов с соавторами (2000г.) показали, что 97% подростков 14—15 лет, начавших обучение в классах медико-биологического профиля, уже имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья, при этом у 44% выявлены хронические заболевания и у 53% — патологические отклонения функционального характера. Нарушения осанки обнаружены у 84% школьников, снижение остроты зрения — у 35,5%, нарушения функции сердечно-сосудистой системы — у 81% , из них 32% — вегетососудистые расстройства. Патологическая поражённость среди детей инновационных учреждений (56,2%) также превышает аналогичные показатели учащихся обычных школ (73,9%). Анализ индекса пропусков занятий показал, что учащиеся стремятся даже за счет собственного здоровья посещать занятия, не желая отставать от сверстников.

К завершению начальной школы число гармонично развитых детей в прогимназиях уменьшается в два раза и составляет 34%, тогда как в средних школах, обучающих по типовой программе, таких детей 64% . У 10% учащихся прогимназий отмечается резкая дисгармоничность развития в результате избытка массы тела и низких функциональных показателей (А.Ю. Макарова, 2001).

Фактическая учебная школьная нагрузка (поданным Института возрастной физиологии РАО, Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН и ряда региональных институтов), особенно в лицеях и гимназиях, в гимназических классах, в классах с углубленным изучением ряда предметов, составляет в начальной школе в среднем 6,2—6,7 часов в день; в основной школе — 7,2-8,3 часа вдень; в средней школе — 8,6-9,2 часа в день. Вместе с приготовлением домашних заданий рабочий день современного школьника составляет: 9-10 часов в начальной, 10-12 в основной, 13-15 в средней школе. Существенное увеличение учебной нагрузки в подобных учебных заведениях и классах не проходит бесследно: у этих детей чаще отмечается большая распространенность, выраженность нервно-психических нарушений, большая утомляемость, сопровождаемая иммунными и гормональными дисфункциями, более низкая сопротивляемость болезням и другие нарушения. Среди учащихся этих школ в 1,2-2 раза больше, чем в общеобразовательной школе (хотя и в такой школе далеко не все благополучно), детей со сниженным функциональным резервом, дефицитом массы тела, патологией органов зрения, хронической патологии. В большинстве исследований отмечается четкая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объема и интенсивности учебной нагрузки.

Интенсификация образовательного процесса идет различными путями. Первый — увеличение количества учебных часов (уроков, внеурочных занятий, факультативов и т.п.). Другой вариант — реальное уменьшение количества учебных часов при сохранении или увеличении объема учебного материала. По данным Минобразования РФ, за последние 50 лет в начальной школе резко сократилось число часов на образовательные области: филологию (на 49%), математику (на 62%), но содержание и объем учебного материала ни в одной, ни в другой области за эти годы не уменьшились. Столь резкое сокращение числа часов неизбежно должно было привести к увеличению домашних заданий и интенсификации учебного процесса.

Таким образом, учебная нагрузка до 20% школьников 1-го класса и от 20 до 40% школьников 10-го класса значительно превышает существующие гигиенические и физиологические нормативы, что ведет к функциональной перегрузке, нарушению режима труда и отдыха и может неблагоприятно отразиться на состоянии здоровья (М.М. Безруких).

Организация учебного процесса, основанная на его интенсификации и преобладании статических нагрузок, способствует искусственному сокращению объема двигательной активности учащихся. Существующей организацией физического воспитания в школе гиподинамия не компенсируется. В итоге снижается естественная сопротивляемость детского организма, нарушаются процессы развития. Эти воздействия усиливаются негативным влиянием на состояние здоровья массовой компьютеризации учебной деятельности.

К сожалению, неутешителен и прогноз изменения состояния здоровья детей на ближайшие годы. Так, ухудшение питания приведет к учащению случаев дефицита массы тела, отставанию в росте, половом развитии, что усилит ретардацию развития, а также будет способствовать повышению распространенности анемий, снижению неспецифической резистентности и, как следствие, учащению как острых, так и хронических заболеваний.

В связи с неблагоприятной эколого-гигиенической обстановкой во многих регионах следует ожидать роста как острых, так и хронических заболеваний, особенно аллергических. В связи с ростом стрессогенных воздействий можно ожидать ухудшения нервно-психического здоровья, иммунитета, роста гастроэнтерологических заболеваний, вегетососудистой дистонии и дефицита массы тела.

Конечно, неправомерно винить только школу в ухудшении здоровья подростков: за 10-11 лет обучения воздействие на организм, психику школьника оказывают сотни факторов, не связанных со; школой и процессом обучения. Но, во-первых, вклад школы в это комплексное негативное (патогенное) воздействие весьма высок; во-вторых, школа — государственный институт, выполняющий поставленные государством и обществом требования, в числе которых, наряду с задачей предоставления всем детям качественных образовательных услуг, стоит задача обеспечения сохранения здоровья граждан нашей страны, и в первую очередь — детского населения (конституционное право на здоровье, Закон «Об образовании» и т.д.). Неслучайно на работу в школы и другие образовательные учреждения принимают только специалистов, а не всех, кто просто хотел бы обучать и воспитывать детей. Соответственно, и требования к таким специалистам включают необходимость заботы о здоровье своих воспитанников, требования не допускать, чтобы получение образования сопровождалось утратой их здоровья.

К сожалению, пока отсутствует федеральная стратегия охраны здоровья населения, в первую очередь — детского. Соответственно, не прописано и разделение задач, направлений основной деятельности, полномочий, ответственности между ведомствами здравоохранения, образования и семьями учащихся. Все это не позволяет рассчитывать на устранение воздействия негативных факторов обучения на здоровье школьников.

Обобщая обзор причин неблагополучия здоровья учащихся, непосредственно связанных с работой школы, всей системы нашего образования, мы солидаризуемся с выводами большинства ведущих отечественных специалистов в области здоровья учащихся (М.М. Безруких, Л.В. Баль, А.Г. Ильин, Л.М. Кузнецова, В.Р. Куч-мл, М.И. Степанова, А.Г. Сухарев, Л.М. Сухарева, Л.Ф. Тихомирова и др.) о том, что в числе важнейших причин неблагополучия здоровья учащихся необходимо назвать следующие:

1. стрессогенные (дидактогенные) технологии проведения урока и оценивания знаний учащихся;
2. недостаток физической активности учащихся, приводящий к гиподинамии и другим нарушениям здоровья школьников;
3. перегруженность учебных программ фактологической информацией и чрезмерная интенсификация образовательного процесса, вызывающие у учащихся переутомление и дистресс;
4. неправильная организация питания учащихся в школе (в частности, необеспеченность детей горячим питанием); невозможность (неспособность) многих учителей в условиях современной организации образовательного процесса реализовать индивидуальный подход к школьникам в процессе учебно-воспитательной работы, с учетом психологических, физиологических особенностей и состояния здоровья.

Таким образом, каждому учителю, директору школы необходимо учитывать, что присутствующий на уроке в обычной школе ребенок, как правило, не здоров. Игнорировать этот факт, проводя занятия так, как если бы никто из школьников не имел проблем со здоровьем, — неправильная и непрофессиональная позиция педагога. Оценка состояния, которое нередко мешает рабочему настрою ребенка, его психофизиологическому самочувствию, а также затрудняет учителю проведение урока, относится к профессиональной компетенции учителя. Задача состоит не в том, чтобы ставить медицинский диагноз (это при необходимости сделает врач), а в том, чтобы понять состояние ребенка, причины его возникновения, что позволит выстроить эффективную педагогическую тактику: при необходимости снизить учебную нагрузку, оказать психологическую поддержку, успокоить, переключить внимание и т.п. Только так можно помочь ребенку справиться со своими психологическими проблемами на уроке, не допустить или устранить напряжение механизмов адаптации, проявляющиеся в дезадаптационных состояниях.

**3. Пути приобщения подростка к здоровому образу жизни**

*Быть здоровым, молодым и красивым – это талант! И он есть у каждого, кто понял, что сохранение здоровья – дело рук самого человека.*

**Ф.Л. Доленко**

Среди многочисленных факторов, оказывающих воздействие на здоровье современного человека, все больше становится таких, которые угрожают здоровью или даже жизни. В России в год погибает по «неестественным» причинам около 35 тысяч человек, т.е. возрастает уровень агрессивности окружающей среды, как природной, так и социальной. Анализируя возможности охраны здоровья учащихся и педагогов от этих воздействии, следует отметить, что принятое их обозначение как «внешкольных» нередко приводит к недооценке их роли.

Многие педагоги считают, что поскольку эти опасности угрожают ребенку преимущественно за пределами школы, то и беспокоиться об этом должно государство, родители подростков.

Однако важнейшая задача школы – помочь подростку самому грамотно заботится о себе и своем здоровье не только в школе, но и после уроков, обращаясь при необходимости за помощью к специалистам. Решение этих вопросов также нуждается в эффективности здоровье сберегающих образовательных технологии.

Что такое здоровье сберегающие технологии (ЗОТ)? Это –

* системно организованная совокупность программ, приемов, методов организации образовательного процесса, не наносящего ущерба здоровью его участников;
* качественная характеристика педагогических технологии по критерию их воздействия на здоровье учащегося и педагогов;
* технологическая основа здоровье сберегающей технологии.

Здоровье сберегающие технологии в школе – системно организованная деятельность, направленная на педагогов, медиков и других специалистов школы, защиту здоровья учащихся и своего собственного от неблагоприятного воздействия факторов, связанных с образовательным процессом и пребыванием в школе.

Главная цель использования здоровье сберегающих технологии – здоровье школьников, но без заботы о здоровье учителя это цель трудно достижимая. Дело не только в том, что нездоровый учитель не может обеспечить тот уровень внимания к учащемуся, который необходим для эффективной заботы о его здоровье, но и в воспитательном воздействии педагога. Полноценное воспитание - это и формирование культуры здоровья, в том числе личным примером. Поэтому очень важно отметить неразрывную связь здоровья ребенка и здоровья учителя.

Отношение педагогов к факторам, негативно воздействующим на здоровье своих учеников, но не связанных напрямую с работой школы, может проявиться в трех различных формах:

* Безразличное отношение, игнорирование их воздействий по принципу «это от меня не зависти» что неизбежно ведет к резкому возрастанию риска для здоровья и жизни ребенка.
* Гиперопекающее (тревожно-патерналистическое) отношение, при котором во всех проявлениях окружающего мира видится угроза, а ученик воспринимается как совершенно беззащитное существо. В стремлении уберечь ребенка от любых опасностей такие учителя, врачи и родители переусердствуют, не заботясь о развитии его собственных сил организма, формируя и у ребенка такое же тревожно-недоверчивое отношение к миру.
* Конструктивное отношение, учитывающее собственные силы ребенка, отвечающее известному положению: «Измени то, что можешь, и измени свое отношение к тому, что изменить не в силах».

Это гибкое сочетание двух тактик адаптации – приспособления и приспосабливания. Именно такое отношение можно рассматривать, как оптимальное, воспитывая его проявление и у педагогов, и у родителей.

Безусловно, подростковый возраст – важный этап индивидуального развития, на который распространяются все общие правила и закономерности, характерные для растущего организма. Вместе с тем в нем много своеобразного отличительного, свойственного только данному возрастному периоду.

Подготовка подростков к жизни и труду – одна из главных целей физического воспитания. Подросток, который ведет здоровый образ жизни и сам получает огромное моральное удовлетворение.

Вступая в контакт с подростком, педагог должен учитывать его возраст, психику, индивидуальные способности и интересы, взаимоотношения с родителями, старшими и товарищами. Чем больше нравственный опыт подростка, тем строже нужно относиться к нему. Нравственная деятельность преподавателя при этом направлена на просвещение подростков, организацию их жизненного опыта и нравственного самовоспитания, стимуляцию положительных и торможение на отрицательных поступков. Именно этим целям служат средства и методы нравственного воспитания подростков. Первые помогают педагогу решать нравственные задачи воспитания подростков. К ним относятся все виды труда, учеба, общественная работа, а также игра, чтение книг, посещение кино и театров, художественная самодеятельность и техническое творчество, физическая культура и спорт.

Наиболее ценное средство воспитания подростков – подвижная игра, где не такие жесткие правила, как в спортивных играх, и в которой можно участвовать, не имея предварительной подготовки. Она помогает формировать личность и характер молодого человека.

Чтение, коллекционирование, занятия спортом, просмотры кинофильмов и спектаклей и т.п. формируют духовный мир подростка. Эта сторона нравственного воспитания ни в коем случае не должна быть пущена на самотек и проходить стихийно.

Типичная ошибка, когда, уповая на то или иное средство воспитания, педагоги считают. Что оно автоматически формирует черты характера. Ни одно средство воспитания само по себе не может содействовать воспитанию нравственности подростка. Так физическая культура и спорт становятся подлинными источниками воздействия только тогда, когда они осуществляются не ради личных, корыстных интересов, а направлены на всеобщее благо.

Подросток растет в коллективе и не может, относится безразлично к мнению друзей. Общественное мнение коллектива – эффективное средство коррекции поведения подростка.

Велика сила человеческого слова. Но регулятором поведения подростков оно становится только тогда. Когда направлено на чувства и волю. Когда педагог знает, чем они живут и что их волнует. Морализирование, чтение нотации, обращение к одному лишь сознанию молодого человека, как правило, воспитательного эффекта не дает.

Воодушевленность, заинтересованность педагога моментально передаются подросткам, заставляя серьезно относится к сказанному. Равнодушный же тон беседы делают ее совершенно бесполезной. Безразличие, неуважение к педагогу вызывает не только его равнодушный, но и назидательный тон, а также речевые штампы, затасканные фразы. Улыбки появляются на лицах подростков, когда тренер оправдывает их ожидания и вместо «чемпион» говорит «золотой парень», прибавляет эпитет «мужественный», бокс называет «спортом смелых».

Положительные привычки – одно из условии счастливой жизни человека. Поступок, требовавший раньше раздумий, иногда самоприказа, став привычкой, совершается без колебании и волевых усилии. Отрицательные привычки губительны для человека, приносят несчастье его близким и окружающим.

Воспитание положительных привычек у подростка начинается с приучения его к дисциплине и строгому порядку. Помогут в этом занятия физкультурой и спортом. Ведь педагогически правильно организованная спортивная деятельность – школа нравственного опыта юных.

Организация нравственного опыта путем планомерного и регулярного выполнения определенных действии, совершения тех или иных поступков, позволяющая закалять волю, формировать положительные привычки и навыки, является эффективным способом воспитания и приобщения подростка к здоровому образу жизни.

Так в 1992 году вышел совместный приказ двух министерств, который часто называют «революционным» и согласно которому значительно улучшилась система диагностики состояния здоровья школьников. В 1995 году была введена специальность «Валеология», после чего в школах появились соответствующие специалисты, на которых была возложена ответственность за работу по сохранению и укреплению здоровья учащихся. В 2000 году приказом № 241 Министерство здравоохранения утвердило «Медицинскую карту ребенка» для образовательного учреждения. Год спустя вышел приказ № 371 «О штатных нормативных медицинского персонала…», согласно которому одна ставка школьного врача рассчитана на 1200 учащихся, а ставка медсестры – на 500.

В рамках Федеральной целевой программы «Дети России» с 2003 года введена в действие программа «Здоровый ребенок». В 2002 году появился совместный приказ Министерства образования и Министерства здравоохранения № 176/2017 «О мерах по улучшению охраны здоровья детей в Российской Федерации», в котором был намечен ряд конкретных мер по активизации работы школ по охране и укреплению здоровья учащихся, зафиксирована персональная ответственность директора школы за результаты этой работы.

По мнению ряда авторитетных ученых (Ю.Т. Лисицын, В.П. Петленко и д.р.), доля экологических факторов составляет 154 – 20% среди всех факторов, определяющих здоровье человека. В атмосфере крупных городов кислорода остается в 5 -10 раз меньше, чем за городом. Особо актуальны эти проблемы для нашей страны, до 70% территории которой стало зоной экологического неблагополучия или даже бедствия.

Подростковый организм реагирует на экологическую дисгармонию особенно остро. Невозможно полностью уберечься от неблагоприятного для здоровья воздействия загрязненного воздуха, воды, радиоактивных излучении, растительной пищи, впитывающей яды из земли. Остается по мере возможностей нейтрализовать эти воздействия, и помогать организму бороться с их последствиями (активизировать саногенные процессы).

Поэтому задача школы по защите здоровья подростков от неблагоприятных экологических факторов и приобщению их к здоровому образу жизни включает:

* Информационно-просветительскую работу с подростками – повышение уровня их грамотности в вопросах защиты от вредных для здоровья факторов природной среды (на уроках биологии, экологии, валеологии путем интеграции этих вопросов в предметное содержание других курсов);
* Воспитательную работу по формированию экологической культуры подростков (работа на пришкольном участке, озеленение и уборка территории, во время турпоходов, специальных акции по защите природы и т.д.);
* Повышение уровня адаптационных возможностей, «наращивание» защитных ресурсов организма, позволяющих противостоять патогенным воздействиям (витаминопрофилактика, прием антиоксидантов, закаливание и т.д.);
* Создание в образовательном учреждении условии, хотя бы частично нейтрализующих патогенное воздействие факторов окружающей среды (дополнительная очистка воды для пищеблока, очистка воздуха в классных помещениях, грамотное озеленение территории и помещения школы).

Эта работа составляет единое целое с санитарно-гигиеническими мероприятиями.

По уровню травматизма населения наша страна намного опережает все развитые страны. Но и без чрезвычайных ситуации, техногенные причины ухудшения здоровья – в числе важнейших (дырявые и ржавые трубопроводы, пройдя по которым питьевая вода обогащается ядовитыми «включениями»).

По эти вопросам о здоровье, а также о здоровом образе жизни подросткам в школе должны рассказывать и обучать как преподаватели ОБЖ, валеологии, так и руководители образовательных учреждении.

Общее положение в стране не может прямо или косвенно не отразиться на гражданах, а тем более на подростках. Куда более существенно. Что это создает у подростков предпосылки чувства обиженности, обделенности, что сказывается на их здоровье (состояние фрустрации, депрессии, неврозы) и способствует проявлению зависимости и уныния, которые даже церковь относит к числу самых разрушительных.

Все это можно предотвратить, заблаговременно сформировав у подростка иерархию ценностей, в которой материальные блага не занимали бы блага главенствующее положение. Поэтому вопросы медико-психологической профилактики и воспитания культуры здоровья тесно переплетаются со многими разделами курсов граждановедения, правоведения, школьной экономики, что подтверждает целесообразность проведения интегрированных занятии и в тоже время приобщения подростков к здоровому образу жизни. Также занимаясь формированием иерархии ценностей личности, повышая субъективную ценность здоровья, нельзя не касаться вопросов смысла и целей жизни, способов, которыми эти цели достигаются.

Проблема выбора средств для достижения целей – междисциплинарная и в первую очередь воспитательная. Важно, чтобы подростки понимали, что даже при скромном бюджете семьи расходы на укрепление здоровья, на профилактику заболеваний, ведения здорового образа жизни, должны быть приоритетными. Кто-то из мудрых сказал, что человека гораздо лучше характеризует не то, как он зарабатывает деньги, а то, как он их тратит. Заработанные преступным путем состояния не приносят радости, а сеют вокруг страх, горе, разочарование и смерть. Будучи правильно усвоена подростками такая позиция позволит им избежать стремления обрести «начальный капитал» любыми средствами. Эти воспитательные задачи можно решить и в рамках формирования культуры здоровья, используя естественный для каждого подростка интерес к своему здоровью.

Помочь подросткам развиваться в контексте настоящей культуры, в том числе коммуникативной, уберечь их личность, психику от деформации и разрушения можно, если заменить существующий приоритет обучения подростков приоритетом их воспитания в процессе получения образования, причем построенных на современных психолого-педагогических технологиях, альтернативных морализаторству. Одним из элементов такого преобразования школы может стать введение учебно-развивающего курса культуры и психологии здоровья.

Большой вред подростку наносит ситуация, когда он по нескольку часов подряд бездумно внимает сменяющим друг друга на экране программам. Один из самых психотравматических факторов влияние телевизионных просмотров на психическое и физическое здоровье подростков – содержание того, что они смотрят. Таким образом, время нахождения перед экраном и содержание просматриваемых программ – это критерии, по которым следует оценивать величину риска неблагоприятного воздействия телепросмотров на психическое здоровье. На физическое здоровье влияют также условия просмотра – поза, расстояние от экрана и продолжительность самого просмотра. Подросткам надо помогать отличать фильмы и передачи высокого качества от «телемукулатуры», делать выбор в пользу первых, воспитывать у них хороший художественный вкус. Специалисты рекомендуют родителям подростков не только ограничивать просмотр телепередач и время, проведенное за компьютером, но и следить за содержанием того, что их чадо видит на экране.

Несмотря на то, что большинство специалистов придерживаются определения здоровья, данного ВОЗ, говоря о здоровье, часто имеют в виду его физическую составляющую, забывая о социально-психологической и духовно-нравственной составляющей этого понятия.

К сожалению, в настоящее время еще не разработана комплексная система оценки уровня здоровья подростка, охватывающая все его составляющие. Для решения этой задачи необходима согласованная работа медиков, физиологов, психологов, социологов, педагогов, не ангажированных представителей церкви.

По данным многих социологических опросов, именно ближайшее окружение подростка: его друзья, приятели, соседи – обычно составляют референтную группу более значимую для него, чем родители и педагоги, и оказывающую сильное влияние на формирование личности, установок, принятие тех или иных решении, выбор форм проведения досуга, формирование привычек, в том числе вредных. Только установление доверительных взаимоотношении в семье позволяет родителям быть в курсе дел своего ребенка и реально влиять на его решение, предупреждать совершение ошибок.

Школе не всегда удается значимо повлиять на образ жизни своих воспитанников. Во многом это обусловлено ее неспособностью воспринять новые реалии жизни. За период смены одного поколения другим (20-25 лет) жизнь человека разительно переменилась, и рекомендации педагогов, психологов, гигиенистов советской поры в наше время все чаще «дают сбой». Почти наполовину здоровье подростка зависит от образа его жизни, поэтому различные факторы, характеризующие жизнь учащегося вне школы, воздействия, которым он подвергается, должны фиксироваться и учитываться школой для получения объективных результатов мониторинга и для повышения эффективности работы с подростками и их родителями. Особую важность приобретает эта информация, если подросток попадает в группу риска, если имеющиеся у него отклонения находятся в прямой зависимости от образа жизни. Поэтому в карте индивидуальных показателей учащегося (КИПУ) должны быть соответствующие графы, которые следует учитывать при разработке психолого-педагогического и валеологического сопровождения подростка.

Многообразие «внешкольных» факторов, угрожающих здоровью и личностному развитию подростка может создать ощущение безысходности, уныния. Но нужно стремиться не «нагнетать отчаяние», а помочь в мобилизации им противостоять этой волне воздействий, создающих реальную угрозу генофонду нации, нашему будущему. Сил у общества и системы образования достаточно – надо только уметь собрать их воедино и грамотно распорядиться. А главное вести - здоровый образ жизни всему обществу, тогда и подросткам будет на кого равняться.

**Заключение**

Я провел исследовательскую работу о здоровом образе жизни, как условие полноценного развитие подростка.

И пришел к выводу, что необходимо разработать программу о приобщении подростка к здоровому образу жизни, т.е. определить требования общества о том, что подросток должен беречь, ценить и укреплять свое здоровье.

А это значит, что если мы будем изучать проблемы здоровья подростков, изучать опыт работы с ними и разрабатывать новые пути и методы приобщения подростков к здоровому образу жизни, то мы будем определять последовательность работы о здоровом образе жизни, как условие полноценного развития подростка.

Для этого надо четко представлять себе на научном уровне состояние здоровья современных подростков, а также воздействия на них социальных, биологических, физических и химических факторов.

Требуется «педагогика оздоровления», в основе оздоровления которой лежат представления о здоровом ребенке, который является практически достижимой нормой детского развития и рассматривается в качестве целостного телесно-духовного организма.

Сейчас уже речь идет о здоровье ни одного подростка, не отдельных граждан, а мира в целом, который не может считать себя в безопасности, пока не будет решена эта новая для нас и действительно сложная проблема.

Да, здоровый образ жизни не занимает пока первое место в иерархии потребностей и ценностей человека в нашем обществе. Но если мы будем личным примером демонстрировать здоровый образ жизни, тио только в этом случае можно надеяться, что будущие поколения будут более здоровы и развиты не только личностно, интеллектуально, духовно, но и физически.

Ну, а свою исследовательскую работу я закончу стихотворением Зинаиды Юрчиковой, которое называется «Пройдя сквозь ад, останься человеком»:

*Пройдя сквозь ад, останься человеком*

*И не утрать душевной доброты.*

*Не прикрывайся временем да веком*

*И светлые не загуби мечты.*

*Все вытерпи потери и разлуки,*

*Утраченную веру обрети,*

*Преодолей боль тела, сердца муки.*

*Идти по жизни надо, не ползти.*

*Когда вокруг слезы душу омывают*

*Ты слабости минутной не стыдись,*

*На свете судьбы разные бывают…*

*Твоя из трудных. Побеждай! Борись!*

*Неси ты гордо имя человека!*

*Не разучись надеяться, любить.*

*Живи мечтою будущего века*

*И верь, тогда ты сможешь победить!*

**Литература**

1. Антропова М.В. Режим дня, работоспособность и состояние здоровья школьников. – М., 1974.
2. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни. – М., 1997.
3. Бальсевич В.К., Запорожанов В.А. Физическая активность человека. – Киев: Здоровье, - 1987.
4. Вайнбаум Я.С. Гигиена физического воспитания. – М., Просвещение, 1986.
5. Волков В.М. Тренеру о подростке. М., «Физкультура и спорт», 1973.
6. Гигиена детей и подростков./Под ред. Г.И. Сердюковской и А.Г. Сухарева. – М., Медицина, 1986.
7. Государственный образовательный стандарт «Безопасность жизнедеятельности» высшего педагогического образования (ГОС ВПО). – М., 2000.
8. Дорожнова К.П. Роли социальных и биологических факторов в развитии ребенка. – М.: Медицина, 1983.
9. Дразунов Т.В. Проблема конфликта в подростковом возрасте//Вопросы психологии. – 1972. - №2
10. Если хочешь быть здоров: Сборник/ Сост. А.А. Исаев. – М.: Физкультура и спорт, 1988.
11. Здоровый образ жизни – залог здоровья./Сост. Профессор Ф.Г. Мурзакаев. Уфа: Башк. кн. изд-во, 1987.
12. Иванченко В.А. Секреты вашей бодрости. – М.. 1988.
13. Ильющенков В.В., Берсенева Т.А. Здоровье и образование. – СПЕ., 1993.
14. Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья: Введение в общую и прикладную валеологию. – М., 2000.
15. Калинова Г.С., Мячкова А.Н. Учебная нагрузка и здоровье школьников//Человек. Культура. Здоровье, - М.:
16. Ковалев А.Г. Психология личности. – М.. 1970.
17. Коваленко В.И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. 1-4 классы. М.: «ВАКО», 2004.
18. Коростелев Н.Б. От А до Я. – 2-е изд. перераб. и доп. М.: Медицина, 1987.
19. Коростелев Н.Б. Воспитание здорового школьника. – М., 1986.
20. Кучма В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетии. – М.. 2001.
21. Лаптев А.П. Береги здоровье смолоду. – М.: Медицина, 1988.
22. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. – М.. 1964.
23. Макарова О. Вместе – здорово// Молодежная газета. – 2005. - № 32 (9676).
24. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведении. – М.: Изд. центр «Академия», 2001.
25. Методические рекомендации: Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения/Под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М., 2002.
26. Рояк А.А. Психологический конфликт и особенности индивидуального развития личности ребенка. М., - 1988.
27. Семейное воспитание. Краткий словарь/Сост. Н.В. Гребенщиков, Л.В. Ковинько. – М., 1990.
28. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. – М.: АРКТИ, 2003.
29. Савченко Т. Кросс нации – забег к здоровью// Молодежная газета. – 2005. - №37 (9691)
30. Советский энциклопедический словарь. – М., 1980.
31. Станкин М.И. Спорт и воспитание подростка. – М.: Физкультура и спорт, 1983.
32. Ушакова Т. Мы – за здоровый образ жизни.// Молодежная газета. – 2005. - № 38 (9694)
33. Формирование здорового образа жизни российских подростков. – М., 2002.

**Приложение 1**

**Мы – за здоровый образ жизни**

Спортивный праздник «Первокурсник-2005», проводимый в рамках общеколледжной акции «Мы - за здоровый образ жизни», посвященный Году профилактики наркомании, алкоголизма и табакокурения, собрал всех студентов нового набора 16 сентября на стадион Уфимского торгово-экономического колледжа.

Праздник открылся показательным выступлением гостей: ушу-клуба «НИБИ» (руководитель А.Афанасьев) и тхэквондо (М.Мансуров). Было где проявить силу, ловкость и умения первокурснику! Если такие виды соревнований, как волейбол и перетягивание каната, требовали сплоченности действий коллектива, то легкая атлетика, шахматы, настольный теннис выявили победителя в личном первенстве.

Праздник спорта не оставил равнодушным ни одного студента, тому свидетельство звучные названия команд, яркие эмблемы, боевые речевки и девизы.

Открывая праздник, директор колледжа Т.Якимова отметила: «...Уверена, этот праздник выявит такие истинные ценности наших студентов, как благородство, справедливость, великодушие в достижении поставленных целей и победных вершин. Только уважая достоинства других, можно стать настоящим победителем».

С середины стадиона взлетали в небо разноцветные шары - это сигнал о начале большого спортивного праздника студентов колледжа, где нет и не может быть места вредным привычкам. Эстафету акции подхватили и продолжили тематическую неделю внеклассные мероприятия: экскурсии в музей Уфимского государственного медицинского университета, вольерное хозяйство лесопарка, в этнографический музей; просмотр фильмов; классные часы «Алкоголь и потомство», «Право на жизнь», «Сигарета и женщина», устные журналы «Есть о чем подумать», «Вредные привычки - угроза жизни». Заключительным мероприятием недели стало ток-шоу «Мы - за здоровый образ жизни», в котором приняли участие специалисты из Республиканского центра социально-психологической помощи семье, детям, молодежи и ОВД г. Уфы, Из 100 опрошенных первокурсников и второкурсников колледжа оказалось, что 65 процентов ребят и девчат курят сигареты и 35 процентов не курят. На вопрос о стаже курения 55 процентов ответили, что курят уже три года, 25 процентов - пять лет, пять процентов - 6-7 лет и два процента - 8 лет. Получается, что дети начинают курить с 8-9 лет. Что удивительно, по данным опроса, 50 процентов родителей знают о том, что их несовершеннолетний сын или дочь курят, 18 процентов догадываются и 22 процента ничего не знают. 43 процента опрошенных курят «за компанию», 23 процента для того, чтобы снять напряжение, 7 процентов от скуки, 18 процентов для интереса и 2 процента - просто так. Часто употребляют алкоголь 87 процентов девушек и парней, редко - 10 процентов и никогда - всего лишь 3 процента. Причем 80 процентов предпочитают пиво, 15 процентов вино и пять процентов - разные напитки.

Вот такие результаты социологического опроса на ток-шоу «Употребление психоактивных веществ: мифы и реальность» огласили третьекурсницы факультета «Гостиничный сервис» Ксения Яхненко и Карина Батырши-на. Результаты, конечно, ужасающие. Молодые люди пьют пиво почти каждый день, выкуривают по две пачки сигарет в день и при этом они не считают себя курильщиками и алкоголиками...

Ведущие ток-шоу Гузель Минниханова, преподаватель экологии, природопользования и безопасности жизнедеятельности, и студентка Ксения Яхненко своими острыми вопросами смогли увлечь как студентов, так и приглашенных гостей. А на вопросы ребят отвечали врач-психиатр, психотерапевт, заведующая отделением Республиканской психиатрической больницы Зинаида Березина, врач-нарколог подросткового наркологического кабинета Кировского района Уфы Ольга Бармина, педагог-психолог Республиканского центра социально-психологической помощи семье, детям, молодежи Алена Захаркина и представитель УВД г. Уфы Галина Султанова. Студенты смело задавали вопросы: кого считать курильщиками, алкоголиками и наркоманами, в чем разница между зависимостью и здоровым независимым человеком, и если это болезнь, возможно ли полное излечение? Специалисты приводили конкретные примеры, как курение, алкоголь и наркотики разрушают организм человека, влияют на психику и даже генный набор. Ведь не зря в народе говорят, что дед пропивает печенку внука. В зале никто не остался равнодушным. Ребята рассказывали про свои вредные привычки, о том, как страдают их друзья, которые увлекаются насваем и наркотиками.

Участникам ток-шоу удалось все человеческие привычки объединить в две категории: полезные и вредные. К первой относятся режим дня, физкультура, гигиена. Они дарят здоровье и настроение. Вредные же, к которым относится и курение, разрушают организм, потому что в его работу вмешиваются чужеродные вещества, так называемые ксенобиотики. Конечный итог пристрастия - заболевания: алкоголизм, наркомания, токсикомания. Не забыли ребята узнать у специалистов о пассивных курильщиках. Оказывается, пассивное курение так же опасно. Ольга Бармина подчеркнула, если взять за 100 процентов общий вред, который содержится в дыме сигареты, то 50 процентов достается тому, кто находится рядом. Поэтому есть большой резон дружить с полезными привычками, никогда не горевать и не уходить в депрессию.

По словам директора колледжа Татьяны Якимовой, подобные мероприятия у них проводятся часто. Ребятам интересно анализировать свой образ жизни, свои привычки и слабости. И неудивительно, что после такого бурного обсуждения некоторые студенты совсем бросают курить, а кто-то начинает меньше курить, полностью отказывается от спиртных напитков. Они начинают понимать, что, только бросив свои вредные пристрастия, у них появляется шанс в будущем иметь здоровых детей.

**Приложение 2**

**Вместе – здорово**

8 августа в детском оздоровительном центре «Звездочка» Уфимского района в рамках республиканского молодежного лагеря начались две смены: V профильная смена пропагандистов здорового образа жизни «Вместе - здорово» и профильная культурно-лингвистическая смена «Диалог культур».

Республиканский молодежный лагерь «Вместе - здорово» представляют 130 ребят из 26 районов и городов в возрасте от 12 до 16 лет. Нужно отметить, что этот лагерь собирается ежегодно на протяжении уже пяти лет. Что касается самого движения, то оно имеет свои филиалы в 42 городах и районах республики. В течение года активисты на местах агитируют сверстников примкнуть к людям, которые выбрали для себя здоровое будущее. Летом же волонтеры собираются вместе для проведения занятий, тренингов, которые способствуют формированию лидерских качеств, направленных на пропаганду здорового образа жизни. С ребятами работают их старшие товарищи - кураторы, верно преданные делу построения здорового будущего. Несмотря на столь серьезные задачи, не забывают организаторы и об отдыхе молодых активистов, за который отвечают вожатые Республиканского центра подготовки вожатых «Перспектива» имени Екатерины Поспеловой, который функционирует на базе БГПУ.

В смене «Диалог культур» принимают участие 50 человек, 15 из которых - это гости республики, приехавшие из Альменевского района Курганской области. Их руководитель Камилла Хамзина часто приезжает в Башкортостан. Вместе с детьми они изучают историю и культуру башкирского народа. Организаторы очень внимательно отнеслись к проведению отдыха гостей. Руководитель смены «Диалог культур» Зиля Калкаманова заверила:

- Мы сделаем все возможное, чтобы дети набрались хороших впечатлений. Подготовлена интересная программа, связанная с фольклором и обычаями башкирского народа. Еще их ждет экскурсионная поездка в столицу Башкортостана, в с. Кляшево и Кара-Якупово Чишминского района.

9 августа состоялось торжественное открытие заезда, которое посетили гости из Уфы: председатель Государственного комитета Республики Башкортостан по молодежной политике Юлай Ильясов, специалисты аппарата Правительства Республики Башкортостан Райля Вахитова и Елена Бакиева. На торжественном открытии собрались участники смен, гости, вожатые и работники лагеря. Гости выступили с приветственной речью, в которой пожелали ребятам веселого отдыха, непременно набраться здоровья и впечатлений и подарили смене «Диалог культур» книги на башкирском языке.

Прозвучал гимн республиканского молодежного движения, был поднят флаг, чем и завершилась официальная церемония. Дальше всех присутствующих ждал концерт, организованный силами ребят. Несмотря на то, что в лагере они собрались лишь день назад, таланты были выявлены и грамотно скомпонованы в концертную программу - постарались вожатые. Да и сами они не остались в стороне, выступив с несколькими СТЭМами. Национальный колорит продемонстрировали второй и третий отряды, исполнив башкирские танцы. Кстати, многие отряды представили на суд зрителей именно танцевальные номера. Выступили и гости из Кургана, порадовавшие игрой на башкирских национальных инструментах - курае и кубызе.

Открытие состоялось. Ребят ждал ужин, после которого они поспешили на праздничную дискотеку. Кстати, в лагере у отдыхающих не будет свободной минутки - очень плотная и насыщенная программа. Молодые инициативные вожатые полны энергии и готовы помочь своим подопечным подружиться, активно отдохнуть и получить позитивные впечатления.

**Приложение 3**

**«Кросс нации» - забег к здоровью**

18 сентября в Уфе состоялся спортивный праздник Всероссийского дня бега, посвященный борьбе с наркоманией.\_ В это хмурое и дождливое утро 18 сентября, взглянув в окно, честно говоря, подумал, что кросс «смоет» дождем. Мероприятие отменят - участники разойдутся по домам. Однако еще задолго до места старта понял, что сильно ошибался. Участники кросса стали встречаться уже на подходе к «истокам» проспекта Салавата Юлаева. Главная транспортная артерия столицы в тот день была перекрыта, а удивленные водители разъезжались по сторонам, вспоминая окружные пути.

Добравшись до места, поймал себя на мысли, что никогда в жизни не видел такого огромного скопления людей в одном месте (позже уточнил у организаторов, что в кроссе приняло участие более 20 тысяч человек). Глядел с моста на волновавшееся внизу людское море: собрались и стар и млад, многие пришли целыми семьями, явно не рассчитывая на победу. Самому захотелось скинуть кожанку, бросить зонт и рвануть со старта вместе со всеми.

Однако довольно лирики, обо всем по порядку. 18 сентября в Уфе состоялся спортивный праздник Всероссийского дня бега, посвященный борьбе с наркоманией. В этих стартах должно было участвовать, по оценкам организаторов, до полумиллиона человек - жителей нашей страны. Не располагая данными по России в целом, повторю, что в Уфе собралось более 20 тысяч. Уфимцы, стерлитамакцы, октябрьцы... Должным образом было организовано и само проведение кросса. Проспект Салавата походил на шоу-площадку: был раскрашен флагами, играла музыка... Приветствуя бегунов, перед основной колонной пронесся отряд уфимских байкеров на своих стальных конях.

Итак, старт... Хотя для большинства бегунов девизом соревнований был «Главное - не победа, а участие», нельзя не отметить и чемпионов. Ими в различных номинациях оказались: Эдуард Кожевников (г. Челябинск), Татьяна Теспенко (Челябинская область) (VIP-забег).

В самом массовом забеге на три километра победителями стали Глеб Шарипов, Гузель Ибатуллина, Евгения Халиуллина, Эльдар Ахтамьянов (5 километров), Григорий Андреев (участник олимпийского марафона в Афинах), у женщин две чемпионки нога в ногу пробежали - Эльза Киреева и Регина Рахимкулова (10 километров).

Одним словом, праздник удался. Победителям он принес славу и заслуженные награды, участникам - заряд бодрости и хорошего настроения.