# Содержание

[Содержание 2](#_Toc229829816)

[Введение 3](#_Toc229829817)

[Факторы влияющие на состояние здоровья подростка 4](#_Toc229829818)

[Здоровье подрастающего поколения 5](#_Toc229829819)

[Подростковая наркомания и алкоголизм. 6](#_Toc229829820)

[Исследование старшего подросткового возраста-адресата профилактики наркомании и алкоголизма. 6](#_Toc229829821)

[О проблеме 6](#_Toc229829822)

[Старший подростковый возраст психология личности 7](#_Toc229829823)

[Факторы риска алкоголизации и наркотизации подростков. 10](#_Toc229829824)

[Профилактика 10](#_Toc229829825)

[Проблемы профилактики 12](#_Toc229829826)

[Психологическое состояние человека подверженный влиянию наркотического средства 15](#_Toc229829827)

[Классификация стадий и форм подросткового алкоголизма и наркомании 17](#_Toc229829828)

[Психические заболевания которым подвержено подрастающее поколение 18](#_Toc229829829)

[Самые распространенные психические заболевания 18](#_Toc229829830)

[Профилактика и лечение психических заболеваний 21](#_Toc229829831)

[Проблема низкой физической активности молодежи 22](#_Toc229829832)

[Причины и статистика физической активности подростков 22](#_Toc229829833)

[Основные направления совершенствования процесса физического воспитания в образовательных учреждениях Российской Федерации 23](#_Toc229829834)

[Заключение 27](#_Toc229829835)

[Список литературы 28](#_Toc229829836)

# Введение

Тенденция состояния здоровья подрастающего поколения.

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья детей, подростков, молодежи. В начале третьего тысячелетия человеческое общество столкнулось с рядом глобальных проблем, обусловленных изменением ритма и образа жизни современного человека, информационными и психо-эмоциональными перегрузками, разрушением гармонической связи человека с Природой, нарастанием экологической загрязненности, изменением характера питания и т.д. Анализ состояния здоровья населения России по данным официальной статистики и результатам эпидемиологических исследований, показывает, что оно намного хуже, чем в большинстве индустриально развитых стран, и следует ожидать его дальнейшего ухудшения, если существенно не будут изменены в благоприятном направлении условия, влияющие на здоровье. Здоровье будущего поколения в наших руках, если мы не воспитаем в наших детях культуру здорового образа жизни то это может губительно повлиять на нашу нацию и на здоровье последующих поколений. Наше физическое состояние непосредственно влияет на состояние наших будущих или уже рожденных детей. Это очень глобальная проблема которая зарагивает общекультурные ценности и нормы, она на столько большая что имеет огромное множество проблем которые нам с вами предстоят решить. В своем реферате я затронула только часть проблемы валеологического воспитания подростков их культуры, а в частности такие общеизвестные проблемы как: наркомания, детский и подростковый алкоголизм, психические заболевания подростков и низкая физическая активность. На основании многочисленных источников можно выявить пути возможной профилактики и предупреждения этих проблем.

# Факторы влияющие на состояние здоровья подростка

На состояние здоровья детей оказывают существенное влияние такие факторы как неблагоприятные социальные и экологические условия. Резко отрицательная экологическая обстановка в районах проживания и обучения детей и подростков существенно повышает их заболеваемость и снижает потенциальные возможности образовательного процесса.

Одновременно с негативным воздействием экологических и экономических кризисов на подрастающее население страны оказывают неблагоприятное воздействие множество факторов риска, имеющих место в общеобразовательных учреждениях, которые приводят к дальнейшему ухудшению здоровья детей и подростков от первого к последнему году обучения.

Здоровье детского населения представляет собой интегральный параметр, результирующий влияние генетических задатков, социальных, культурных, экологических, медицинских и других факторов, то есть является комплексным результатом сложного взаимодействия человека с природой и обществом.

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

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

Организация правильного здорового питания детей и подростков имеет не только медицинское значение как фактор сохранения здоровья конкретного ребенка и его последующего развития, но и большое социальное значение как фактор, определяющий здоровье будущих поколений.

Значение питания в детском и подростковом возрасте обусловлено основными факторами, определяющими различие зрелого и детского организма, а именно - ростом и развитием. Детский организм отличается от взрослого бурным ростом и развитием, формированием органов и систем. Этими физиологическими особенностями определяются потребности детей и подростков в пищевых веществах и энергии. В свою очередь, высокие потребности в пищевых веществах и энергии на единицу массы тела детей вызывают необходимость правильного подбора пищевых продуктов и их соотношения, способов кулинарной обработки и других особенностей организации питания, обеспечивающего организм пищевыми веществами и энергией.

Рост - это увеличение физических размеров тела или его частей, связанное с увеличением размера или количества клеток. Под развитием понимают приобретение и совершенствование функций, связанных с дифференциацией и созреванием органов и систем. Рост и развитие детерминированы как внутренними факторами (генетическими, гормональными), так и факторами окружающей среды. В практической медицине под ростом детей подразумевают увеличение длины и массы тела. Так как измерение массы тела проще и доступнее, то задержка массы тела является индикатором задержки роста, хотя не всегда одновременно наблюдается действительная задержка роста тела в длину.

# Здоровье подрастающего поколения

Фундамент здоровья молодежи формируется в детском и подростковом возрасте. Статистические данные свидетельствуют, что уровень заболеваемости подростков традиционно выше, чем всего населения. Самыми распространенными являются болезни органов дыхания. В структуре первичной заболеваемости подростков они занимают около половины всех случаев. На втором месте – травмы и отравления, на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки. Состояние здоровья молодых людей определяет множество факторов – как объективных: экология, здравоохранение, качество условий жизни, так и субъективных. Считается, что в молодом возрасте решающее значение имеют субъективные причины. А это - осознание ценности здорового образа жизни, занятия физической культурой и спортом, отсутствие таких привычек, как злоупотребление алкоголем и табакокурение.

Несмотря на очевидность вреда курения, судя по данным опроса учащейся молодежи, проведенного Комистатом в 2007 году (опрошено 960 подростков 15-17 лет), ежедневно курят 34 % опрошенных юношей. Регулярными курильщицами являются 22 % девушек. Каждый восьмой юноша и каждая двадцатая девушка отметили, что несколько раз в неделю или даже ежедневно употребляют пиво. Физкультуре и спорту уделяют внимание менее половины опрошенных подростков (45 %). Отвечая на вопрос о том, что сдерживает их от занятий физкультурой и спортом, 24 % ссылались на отсутствие свободного времени, 16 % - на большую нагрузку в учебном заведении, 15 % - на лень, а 10 % ответили, что никак не могут организоваться.Следствием пренебрежения физкультурой и высоких учебных нагрузок являются многие нарушения здоровья. В 2007 году в республике профилактические осмотры школьников 15-17 лет выявили понижение остроты зрения у 26% обследованных подростков, нарушение осанки – у 23%. Диагноз «сколиоз» был поставлен 5 % школьникам 15-17 лет.Результаты социологического исследования, проведенного Комистатом в 2008 году среди жителей республики (опрошено 2250 человек, среди них 122 – в возрасте 15-17 лет) показали, что в течение прошлого года ни разу не болели только 27 % опрошенных подростков. Несколько раз в году проблемы со здоровьем возникали у 43 % из них. Характеризуя состояние своего здоровья, 60 % подростков оценили его, как хорошее. Каждый третий ответил, что довольно часто болеет или чувствует себя нездоровым, а 5 % опрошенных указали на плохое состояние своего здоровье. Результаты проведенного опроса показали, что в минувшем году подростки имели проблемы со здоровьем чаще, чем респонденты в других возрастных группах (18-50 лет). Показатели заболеваемости населения превысили подростковые только у лиц старше 50 лет.По данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека только на 15 % зависит от медицины. Поэтому каждый должен ощущать потребность быть здоровым и правильно относиться к своему здоровью. Прививать эту культуру необходимо с детства. Только тогда мы будем иметь здоровую молодежь, способную активно работать, созидая национальное богатство.

# Подростковая наркомания и алкоголизм.

## Исследование старшего подросткового возраста-адресата профилактики наркомании и алкоголизма.

## О проблеме

Проблема пьянства среди молодежи уже много лет является актуальной

для нашей страны. В последнее время наметились малоутешительные тенденции перетекания проблем алкоголизма в проблемы наркотизации не только среди взрослых, но и среди молодежи, и даже школьников. «В середине 80-х годов в СССР насчитывалось 46 тысяч наркоманов. Сегодня на основе анализа следственной практики и результатов социальных исследований специалисты по незаконному обороту наркотиков делают вывод о наличии 3 миллионов россиян, употребляющих наркотики. По другим данным, общее число наркоманов в России в настоящее время приближается к миллиону

Основной акцент должен ставиться на меры первичной, превентивной профилактики, направленной на сохранение и развитие условий, способствующих сохранению физического, личностного и социального здоровья, и на предупреждение неблагоприятного воздействия на него факторов социальной и природной сферы. Первичная профилактика является массовой и наиболее эффективной. Она основывается на комплексном системном исследовании влияния условий и факторов социальной и природной среды на здоровье населения. К мероприятиям первичной профилактики относятся меры защиты, которые могут воздействовать либо на пути неблагоприятного влияния наркопровоцирующих факторов, либо на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам. [12].

Вторичная профилактика - предотвращение рецидивов после лечения ранних форм алкоголизма и наркомании. Третичная профилактика - реабилитация в тяжелых случаях неоднократных рецидивов и безуспешного лечения[3, 12, 15,13].

Необходимость первичной профилактики признается сегодня и врачами, и педагогами, и общественностью.

Однако организация и реализация различных форм профилактики химических зависимостей сталкиваются с целым рядом трудностей.

Будучи явлением комплексным, включающим в себя социальный, меди-

цинский, психологический компоненты, молодежная наркомания оказалась в

положении дитяти, которое «без глаз» при семи няньках. «Имена» этих «нянек» известны: здравоохранение, образование, правоохранительные органы, учреждения социальной защиты населения, служба занятости населения, семья. Однако несогласованность их усилий, а зачастую и узковедомственные интересы и озабоченность честью мундира или просто неосведомленность приводят к их полной беспомощности в борьбе против распространяющейся молодежной наркомании и алкоголизма. Таким образом, одна из важнейших проблем профилактики молодежной наркомании — консолидация усилий учреждений и ведомств, так или иначе имеющих к ней отношения.

С другой стороны, «трудно ловить черную кошку в черной комнате», как это ни парадоксально, но сегодня население чрезвычайно слабо осведомлено о молодежной наркомании и той угрозе, которую она представляет для страны и для каждого из нас. Однако простого информирования населения недостаточно. Необходимо всесторонне осмыслить, понять и изучить молодежную наркоманию с позиции научного подхода.

## Старший подростковый возраст психология личности

Старший подростковый возраст – возраст кризисный, а, следовательно, особенно уязвимый. В этот период происходят значительные перемены не только на физиологическом уровне, но и в душевной организации взрослеющего человека.

Старший подростковый возраст исследуется и характеризуется в аспекте двух периодов социализации человека. Во-первых, как граница детства, во-вторых, как граница взросления с радикальными переменами социальных ролей; поэтому период старшего подросткового возраста можно определить как период взросления.

Возрастная стратификация содержит систему связанных с возрастом социально-психологических ожиданий и санкций. «Юность» означает фазу перехода от зависимого детства к самостоятельной и ответственной взрослости, что предполагает, с одной стороны, завершение физического, в частности полового созревания, а с другой - достижение социальной зрелости. Завершение как Достижение.

Старший подростковый возраст является сенситивным для формирования ценностных ориентаций как устойчивого образования личности, способствующего становлению мировоззрения и отношения к окружающей действительности. Различия, как правило, находят свое отражение в представлениях молодых людей о том мире, в котором они живут, об их жизненной перспективе, способах ее реализации, целях и ценностях, все это вносит заметные изменения в их психологические характеристики, и даже затрагивает психофизиологические характеристики.

В последнее время изменились нормы и ценности (не только социально-экономические, но и психологические), модели поведения, которые должны теперь осваивать молодые люди. Основным новообразованием в старшем подростковом возрасте традиционно считается жизненное и профессиональное самоопределение, осознание своего места в будущем.Оптимальным для благополучного развития личности является удовлетворенность настоящим и в то же время устремленность в будущее.

Развитие личности в условиях природного и предметного мира происходит через межличностные отношения, поэтому личность воспитателя, преподавателя выступает значимой фигурой процесса воспитания, реализующей принципы гуманистических межличностных отношений: уважение, терпимость, милосердие, внимание и доброта.

Чем резче различия между миром детства и миром взрослости и чем важнее разделяющие их границы, тем ярче проявляются напряженность и конфликтность.

Поскольку подростки отмечают социальную реакцию на изменение их физического облика (одобрение, восхищение или отвращение, насмешку или презрение), они включают его в представление о себе. Многие кризисы и конфликты в этот период связаны с неадекватным, неловким или оскорбительным отношением к ним взрослых людей.

Ощущение личностной идентичности предполагает среди прочего чувство стабильности и неизменности во времени, снижает тревогу перед различного рода неопределенностью. Роль воспитателя – способствовать интеграции новых устойчивых ощущений идентичности.

Физические изменения, таким образом, оказывают влияние на самооценку и чувство собственной значимости. Поскольку диапазон нормальной изменчивости остается неизвестным, это может вызвать беспокойство и привести к острым конфликтным ситуациям, агрессивному или депрессивному поведению, поведенческим девиациям и даже к хроническим неврозам.

Подростки отличаются стремлением к физической и сексуальной активности и высокой оценке своего физического развития, началом развития способности к интроспекции (самонаблюдению). В круг предметов мысленного рассмотрения включаются собственные мысли, чувства и поступки. Здесь очень важно отметить развитие способности к различению противоречий между мыслями, словами и поступками, а также к использованию своих мыслительных процессов для создания идеалов и ценностей.

Развитие личности в условиях природного и предметного мира происходит через межличностные отношения, в частности, для подростков наиболее значимой становится сфера общения со сверстниками. Для них становится важным:

1. Умение познакомиться с понравившимся человеком.
2. Свободно чувствовать себя в компании, разделяя нормы и интересы значимой для него группы.
3. Ощущать, что при этом он не теряет индивидуальность, может высказать свои мысли и выразить чувства.

Формирование самосознания, чувство взрослости вызывают у подростков новые потребности в общении с товарищами, в установлении интимно-личных отношений с ними, строящихся на основе определенных морально этических норм. Общение подростков является своеобразной формой воспроизведения взаимоотношений, существующих в обществе взрослых людей, ориентации в нормах этих отношений и их освоения. Ведущий для подростковой стадии тип деятельности, отвечающий новообразованиям подростничества, предполагает, что в данной деятельности взаимоотношения самих детей и взрослых должны быть весьма разнообразными и развернутыми (и, следовательно, поддающимися регуляции и контролю) и иметь за собой вполне осязаемо-значимую объективную цель.

Старший подростковый возраст характеризуется также выраженной эмоциональной неустойчивостью, резкими колебаниями настроения, быстрыми переходами от экзальтации к субдепрессивным состояниям. Бурные аффективные вспышки в старшем подростковом возрасте нередко сменяются подчеркнутым внешним спокойствием, ироническим отношением к окружающим. Склонность к самоанализу, рефлексии нередко способствует легкости возникновения депрессивных состояний (вплоть до суицидального поведения). Целеустремленность и настойчивость у старшеклассников сочетаются с импульсивностью и неустойчивостью, повышенная самоуверенность и безапелляционность в суждениях сменяются легкой ранимостью и неуверенностью в себе; потребность в общении – желанием уединиться, развязность соседствует с застенчивостью; романтизм, мечтательность, возвышенность чувств нередко уживаются с сухим рационализмом и циничностью; искренняя нежность, ласковость могут быстро сменяться черствостью, отчужденностью, враждебностью и даже жестокостью.

В этот период формируется осознанное отношение к своим потребностями способностям, влечениям и мотивам поведения, переживаниям и мыслям. Самосознание выражается также в эмоционально–смысловой оценке своих субъективных возможностей, которая, в свою очередь, выступает в качестве обоснования целесообразности действий и поступков.

Внимание к внешности. Сравнивая себя с «эталоном», подростки находят «недостатки» в своей внешности, что вызывает беспокойство и неуверенность в себе, доходящие до дисморфомании и дисморфофобии.

Внимание к внутреннему миру. Формирование абстрактного мышления сопровождается у подростка потребностью в отвлеченных рассуждениях о себе,о своем месте среди людей, о смысле жизни. При этом вместе с чувством наслаждения появляются смутное беспокойство, тревога.

Нерешенные по различным причинам задачи взросления, оказывают влияние на дальнейшее влияние личности блокируют возможности самораскрытия и личностного роста. Как каким образом, помочь подростку поставить перед собой эти задачи, как показать, что «решение существует», как включить подростка в осознанный процесс поиска решений. Сегодня этим в нашей стране специально и целенаправленно не занимается никто. Конечно, задачи взросления могут решаться стихийно, чаще всего так и происходит, либо не решаться вовсе. К сожалению, такой путь, способствует преобразованию разрешимых в подростковом возрасте задач в неразрешимые проблемы всей дальнейшей жизни. Многие комплексы неполноценности, переживаемые взрослыми есть не что иное, как нерешенные в детстве задачи взросления.[1]

## Факторы риска алкоголизации и наркотизации подростков.

## Профилактика

Профилактику заболеваний принято разделять на первичную, вторичную и третичную. Первичная направлена на предупреждение болезней, вторичная подразумевает способы сдерживания темпа их развития и предупреждение осложнений, а третичная представляет собой комплекс реабилитационных воздействий на больных. В применении к подростковой наркологии эта классификация может быть расшифрована следующим образом. Первичная профилактика (далее ПП) - предотвращение аддитивного поведения подростков. Вторичная - предотвращение рецидивов после лечения ранних форм алкоголизма и наркомании. Третичная - реабилитация в тяжких случаях неоднократных рецидивов и безуспешного лечения [2 с.53].

Условно можно выделить четыре основные группы факторов, способствующих развитию отклоняющегося поведения в целом и алкоголизации и наркотизации в частности [3, 4, 5, 6].

1. Нравственная незрелость личности: отрицательное отношение к обучению, отсутствие социально одобряемой активности и социально значимых установок; узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов; неопределенность в вопросах профессиональной ориентации, отсутствие установки на трудовую деятельность, дефицит мотивации достижений, уход от ответственных ситуаций и решений; утрата “перспективы жизни”, видения путей развития своей личности; терпимость к пьянству, наркотикам.
2. Нарушенная социальная микросреда: неполная семья; сильная занятость родителей; отсутствие братьев и сестер; искаженные семейные отношения, приводящие к неправильному освоению социальных ролей, неправильное воспитание; раннее (12-13 лет) начало самостоятельной жизни и преждевременное освобождение от опеки родителей; легкий и неконтролируемый доступ к деньгам и непонимание того, как они достаются; алкоголизм или наркомания у кого-либо из близких родственников или близких людей; низкий образовательный уровень родителей.
3. Индивидуально-биологические особенности личности: наследственная отягощенность в отношении психологических заболеваний и алкоголизма, тяжелые соматические заболевания и нейроинфекции в раннем детстве; органические поражения мозга, умственное недоразвитие и психологический инфантилизм.
4. Индивидуально-психологические особенности и нервнопсихические аномалии личности: низкая устойчивость к эмоциональным нагрузкам, повышенная тревожность, импульсивность, склонность к рискованному поведению, недостаточная социальная адаптация, особенно в сложных условиях, различной выраженности акцентуации характера, преимущественно конформного, гипертимного, неустойчивого типов, неврозы и психопатии.

В настоящее время существует ряд подходов к диагностике повышенного риска алкоголизма и наркомании у подростков, коррекции их поведения, эмоциональных нарушений. Согласно наркологическому подходу, основными признаками риска считаются злоупотребление чаем, кофе, табаком, алкоголем, наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями. При педагогическом подходе признаками риска считаются вредные привычки педагогическая запущенность, воспитание в социально неблагополучных семьях. Правоохранительный подход в качестве основных признаков риска рассматривает определенные формы девиантного поведения: азартные игры, самовольные уходы из семьи, уклонение от учебы и работы, участие в асоциальных подростковых группах. Психиатрический подход основное значение придает психическим нарушениям: неврозам, психопатиям, депрессиям, органической мозговой патологии.

Коррекционная работа с подростками, входящими в группу повышенного риска заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, при указанных подходах сводится к постановке на учет в наркологических диспансерах, в милиции, в инспекции по делам несовершеннолетних и беседам врачей, педагогов, наркологов с детьми и их родителями о вреде наркотиков, о негативных последствиях их употребления, а в некоторых случаях - к фармакотерапии [7, с.66].

Формы и средства традиционной первичной профилактики - лекции, беседы, психотерапевтические приемы, т.е. воспитательные, а не лечебные действия. Основное содержание - разъяснение вреда, наносимого здоровью злоупотреблением психоактивных веществ. Ожидаемый результат – регуляция поведения подростков посредством сообщения специально подобранной информации.

Другим фактором ПП или ее информационным каналом является антинаркотическая пропаганда, осуществляемая средствами массовой информации (СМИ). Предоставляемые СМИ сведения теряют преимущества санитарного просвещения, адресуемого непосредственно подросткам, и, по существу, сводятся к попыткам манипулирования массовым сознанием в условиях искусственного дефицита информации, навязывания готовых рецептов поведения и использования приемов запугивания в качестве главного средства воздействия - в духе классического социального и педагогического авторитаризма.

Санитарное просвещение посредством лекций и бесед с подростками и антинаркотическая пропаганда в СМИ имеют единый психологический механизм воздействия. Это - деструктивное влияние на самопроизвольно формирующиеся в рамках традиции потребления или спонтанно социальные установки (аттитюды) по отношению к алкоголю и наркотикам.

Причина низкой эффективности деструктивных методов ПП - в самой сути акцентированного медико-биологического подхода к пониманию здоровья. Отсюда основной упор делается на вред алкоголя и наркотиков для физического здоровья людей.

## Проблемы профилактики

Личность - понятие динамичное и многомерное. Как отдельные проявления личности, так и целостные могут оказывать различное влияние на свою собственную структуру, способствовать либо развитию (личностному росту), либо деградации и саморазрушению.

В подростковом возрасте возможны резкие и не всегда прогнозируемые проявления саморазрушительного поведения. К сожалению, внешняя, скорее демонстративная поведенческая доминанта, не снижает реальной опасности рискованных и разрушительных последствий для экспериментирующего над собой подростка. При этом предупреждения взрослых, чужой опыт, возможные телесные повреждения или увечья, более того, даже перспектива смерти не являются для него барьером на пути принятия «своих» решений. Последствия таких решений при определенных обстоятельствах могут трансформироваться в условия аномального развития молодого человека. И тогда влечение к употреблению наркотиков становится не только признаком личностно психологического неблагополучия, но и явным показателем сложившегося саморазрушающего поведения и развития. Причинами саморазрушающего, аномального, деструктивного развития, как правило, являются:

1. неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения актуальных жизненно важных потребностей;
2. несформированность и неэффективность способов психологической защиты подростка, позволяющей ему справляться с эмоциональным напряжением;
3. наличие психотравмирующей ситуации, из которой подросток не находит конструктивного решения.

Некоторые авторы понимают стремление к саморазрушающему поведению подростка как эквивалент его депрессивных состояний. Действительно, объективные (социальные) и субъективные (психологические) факторы, действующиена растущий организм, так или иначе вводят подростка если не в депрессивное, то, во всяком случае, субдепрессивное состояние. Однако образ героя, с которым подросток хочет идентифицировать себя, человек, на которого он стремится быть похожим в своем идеальном «Я», совсем не похож на депрессивного и тревожного, а наоборот, целеустремленный, общительный, активный и независимый. В результате подросток, находясь объективно в реальных переживаниях в депрессивном состоянии, а в идеальных представлениях совсем наоборот, естественно, будет стремиться избавиться от гнетущего несоответствия чувств и мыслей, и именно это позволит ему легко пойти на эксперимент, обещающий избавление от «страданий» и тревог за счет «модного и престижного лекарства».

Особого внимания заслуживает анализ причин, по которым некоторые старшеклассники, находясь объективно в равных условиях, все же сохраняют нркоустойчивость, тогда как другие начинают употреблять наркотические вещества. Анализ литературы и наша практическая работа позволили выявить следующие особенности старшеклассников, определяющие склонность к наркотизации.

Во-первых, подростки отличаются: психологическими особенностями в переживаниях, а также способах разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, поведением в условиях конфликтных взаимоотношений. Подростки, способные к конструктивному поведению в конфликтных ситуациях с взрослыми или сверстниками, значительно устойчивее в отношении наркотиков, нежели их «неконструктивные» ровесники.

Во-вторых, подростки различаются фактором стрессоустойчивости. Дети, обладающие индивидуальной внутрипсихологической способностью или умением преодолевать стрессовые ситуации, трансформировать их в различного рода поисковую активность, показали значительно большую устойчивость к наркотикам, чем дети, не умеющие этого делать. Мы убедились, что стрессоустойчивость, как личностное качество, может быть сформирована психологическими средствами и служить целям наркопрофилактики.

Понятие наркоустойчивости тесно связано с понятием психологической устойчивости личности. Особенности переживаний жизненных трудностей и напряжений в среде подростков и молодежи индивидуально проявляются как способ отношения к тупиковым, трудно разрешимым или вообще неразрешимым проблемам. По мнению М. Селигмана, важнейшим фактором, определяющим психологическую устойчивость личности, является уровень оптимизма (пессимизма). Согласно М.Селигману, этот уровень выражается в оценке субъектом своих успехов и неудач. Выделяются три параметра, характеризующие эту оценку.

1. Представление о постоянстве или временности успехов и неудач.
2. Представление об их ситуативности или всеобщности.
3. Приписывание их себе или окружению.

Психологическая устойчивость – это целостная характеристика личности, обеспечивающая ее устойчивость к фрустрирующему и стрессогенному воздействию трудных ситуаций. Она вырабатывается и формируется одновременно с развитием личности и зависит от типа нервной системы человека, опыта личности, приобретенного в той среде, где она развивалась, от выработанных ранее навыков поведения и действия, а также от уровня развития основных познавательных структур личности.

Устойчивость к стрессу понимается по–разному.

1. Как способность выдерживать интенсивные или необычные стимулы, представляющие собой сигнал опасности и ведущие к изменениям в поведении.
2. Как способность выдерживать чрезмерное возбуждение и эмоциональное напряжение, возникающее под действием стрессов.
3. Как способность выдерживать без помех для деятельности высокий уровень активации.

Решающее значение в развитии психологической устойчивости принадлежит познавательному отношению к трудной ситуации.

С психологической точки зрения, ситуация представляет собой систему отношений человека с окружающим миром, значимую с точки зрения жизни, развития и деятельности данной личности. О проблемной ситуации можно говорить лишь в том случае, когда система отношений личности с ее окружением характеризуется неуравновешенностью, либо несоответствием между стремлениями, ценностями, целями и возможностями их реализации, либо качествами личности. Среди таких ситуаций можно выделить несколько групп.

1. Трудные жизненные ситуации (болезнь, опасность инвалидности или смерти).
2. Трудные ситуации, связанные с выполнением какой–либо задачи (затруднения, противодействие, помехи, неудачи).
3. Трудные ситуации, связанные с социальным взаимодействием (ситуации «публичного поведения», оценки и критика, конфликты и давление).

Первоначальные эпизоды, связанные с введением в организм наркотика, не осознаются молодыми людьми в полной мере. Способность к аналитическому мышлению у большинства наркоманов нарушена, и они не в состоянии уяснить, что эти новые впечатления не являются нормальными. Единственной шкалой оценки нового состояния становятся нормы нового сознания. На их основании состояние измененного сознания воспринимается как объективное и нормальное, и оно не беспокоит человека, находящегося под действием наркотика. Их больше беспокоят те, кто этого состояния не понимает. Это состояние похоже на состояние экстаза у примитивных племен. Экстаз, встречающийся в некоторых религиях, также может трактоваться некоторыми врачами как ненормальное явление, хотя для исповедующих эти религии такое состояние является высшим. Переживание альтернативных состояний сознания приводит к тому, что объективное восприятие мира в себе и вокруг себя становится относительным.

## Психологическое состояние человека подверженный влиянию наркотического средства

Существует целый ряд патологических явлений, увиденных и описанных наркоманами в состоянии измененного сознания. Наиболее часто встречающиеся явления – это повышенная потребность поделиться своим духовным состоянием, беспричинный смех, внезапные выкрики, нелогичные и бессвязные высказывания, галлюцинации, не узнавание знакомых лиц и объектов, состояния похожие на лунатизм, ощущение существования вне собственного тела, акты насилия. Воспоминания о пережитой эйфории и связанных с ней впечатлениях через несколько дней или недель – затруднены и туманны. Однако остается желание пережить и почувствовать все это еще раз. Скорее всего, психическая зависимость или стремление к повторению наркотического переживания в значительной мере формируются в подсознании.

Известно, что наркоманов можно встретить среди любых типов личности и, что потребность в изменениях состояния сознания является характерной для рода человеческого вообще, но ведь не все же принимают наркотики, а тем более становятся наркоманами. Что толкает некоторых людей в кризисных ситуациях к наркотику? Наши исследования позволяют утверждать, что существуют психологические факторы, определяющие характер индивидуальной реакции на действие и выбор наркотика.

Некоторые специалисты, пытаясь определить «донаркотическую» личность наркомана, на первое место ставят импульсивный характер. Они относят наркоманию к импульсивным неврозам, в состояние, предшествующее наркомании, считают основным, решающим фактором, инициирующим ее возникновение». В поисках этиологических факторов наркомании меньшее значение нужно придавать не химическим эффектам наркотика, а больше обращать внимание на символическое значение, которое наркотик имеет для пациента. С этой точки зрения наркомания является своеобразным выражением неупорядоченности личности и неприспособленности ее к окружающему миру.

Специалисты, говоря о «донаркотической» личности наркомана, выделяют следующие черты личности молодых людей, которые могут, хотя и не обязательно, стать причиной наркомании: эмоциональная незрелость, неполноценная психосексуальная организация, садистские и мазохистские проявления, агрессивность и нетерпимость, слабые адаптационные способности, склонность к регрессивному поведению, неспособность к межличностному общению с партнером и т.д.

Личность многолетнего наркомана отличается физическим разрушением и духовным вырождением. Наркоманы являются рабами одних и тех же нравов и навыков, и живут весьма примитивной жизнью.

На поздних этапах развития наркомании индивидуальны отличия между личностями наркоманов стираются и они все становятся одинаковыми. Разные наркоманы похожи как в плане внешнего вида, так и в образе мышления, выражения мыслей и в отношении к жизни. Это было одной из причин того, что наркоманов пытались отнести к единой категории личности и подходить к ним в терапевтическом плане универсально, что, конечно же, приводило к неудаче в лечении.

Последние данные психоаналитических исследований подтверждают аналогию между наркоманией и маниакально-депрессивными психическими болезнями. Часто у наркоманов наблюдается двоякая реакция: период абстиненции сопровождается депрессией, а введение наркотика в организм вызывает маниакальное состояние. Наркотики также могут принимать личности, характеризующиеся нарциссизмом, с целью освободиться от состояния депрессии.

«Преднаркотическую личность наркомана можно анализировать, когда он находится под действием наркотика или во время перерыва в его применении. Первый вариант ситуации мы можем определить как химически вызванную патологию. Отравление наркотиком всегда является разновидностью токсического невроза или психоза. Имеются многочисленные свидетельства наркоманов, описывающих свои впечатления и ощущения под действиемнаркотиков. Не вызывает сомнения факт, что очень часто, несмотря на неблагоприятный начальный опыт, тяга к повторному приему наркотика весьма сильна.

Когда человек постоянно, в течение долгого времени переживает измененное состояние сознания, то это поначалу приводит к незначительным изменениям личности. Например, в психоделическом состоянии измененного сознания нормальное осознание собственного «Я» замещается восприятием отражения личности, находящегося по ту сторону сознания.

Первичное «Я» охватывает все аспекты личности, позже доходит до отмежевания его от внешнего мира. Осознание «Я» взрослого человека является только призрачным следом куда более широкого чувства, охватывающего Вселенную и имеющего неразрывную связь с внешним миром» (З. Фрейд, 1930). В психоделическом состоянии сознания ощущение собственного «Я»,так ярко описанное Фрейдом, повторяется. В «космическом» состоянии сознания личность переживает существование за пределами собственного тела.

## Классификация стадий и форм подросткового алкоголизма и наркомании

Существует медицинская классификация стадий развития алкоголизма и наркомании. Она основана на анализе проявления различных форм зависимости -социальной, психологической и физической.

О социальной зависимости говорят тогда, когда человек еще не начал употребление психоактивных веществ, но вращается в среде употребляющих, принимает их стиль поведения, отношение к алкоголю и наркотикам и внешние атрибуты группы. Он внутренне готов сам начать употребление. Часто к такой группе можно принадлежать, только исповедуя ее принципы и подчиняясь ее правилам. Желание не быть отторгнутым может быть столь сильным, что заслоняет привычные представления, изменяет поведение. Неотъемлемое условие этой стадии заболевания - наличие группы (которая может формироваться даже вокруг одного употребляющего наркотики). Единственным способом предотвращения дальнейшего развития заболевания является своевременное выявление и разрушение группы. Необходимо работать с лидерами группы, препятствовать вовлечению в нее новых членов, пусть даже путем изоляции лидеров. На этом этапе остановить развитие заболевания проще всего. Упустить этот момент - значит затруднить дальнейший контакт с членами группы, для которых развитие заболевания может перейти на следующую стадию.

После начала употребления наркотиков у подростка психическая зависимость формируется гораздо раньше, чем после употребления алкоголя. Она проявляется в том, что человек стремится вновь вернуть состояние, которое он испытывал, находясь в наркотическом опьянении. Он стремится или получить приятные ощущения от приема наркотиков, которые могут быть очень сильны, или, находясь под воздействием наркотиков, отвлечься от неприятных переживаний и отрицательных эмоций. В первом случае человек, будучи лишен возможности принимать наркотики, воспринимает действительность «серой», недостаточно динамичной и живой, во втором - оказывается подавлен проблемами, от которых он пытался уйти, прибегая к употреблению наркотиков. В зависимости от вида наркотика его воздействие на человека может проявляться по-разному. Стремление избежать психологического и эмоционального дискомфорта столь сильно, что человек не в силах отказаться от дальнейшего употребления. На этой стадии заболевания ему уже необходима помощь специалистов-психологов и врачей, которая может быть эффективной только при поддержке близких людей, особенно родителей.

При более продолжительном употреблении психоактивных веществ формируется физическая зависимость, которая проявляется вследствие включения наркотиков или алкоголя в процессы обмена веществ. В этом случае при прекращении приема наблюдается состояние физического дискомфорта различной степени тяжести - от легкого недомогания до тяжелых проявлений абстинентного синдрома. Конкретные его симптомы зависят от вида наркотика и от особенностей организма человека. Такому больному необходима серьезная медицинская помощь для того, чтобы выдержать состояние абстиненции.

Как правило, формирование психофизиологической зависимости происходит в следующей последовательности:

* I этап - эксперимент
* II этап – периодическое потребление
* III этап – регулярное употребление
* IV этап – навязчивая идея
* V этап – психофизиологическая зависимость.

В зависимости от стадии заболевания изменяется и частота употребления наркотиков и алкоголя - от проб через эпизодическое употребление к систематическому. Однако систематическое употребление не обязательно связано с наличием физической зависимости, а может начаться и значительно раньше. [8,9, 10, 11, 15]

# Психические заболевания которым подвержено подрастающее поколение

## Самые распространенные психические заболевания

Семиотика - систематическое описание признаков, феноменов психических заболеваний, является важнейшей составной частью общей психопатологии, поскольку именно в семиотике отражаются наиболее специфические особенности данной группы заболеваний. Семиотика психических расстройств детского и подросткового возраста разработана значительно меньше, чем семиотика психических заболеваний взрослых, описание которой содержится в многочисленных книгах и статьях о психиатрии.

1. Синдром ухода и бродяжничества

Данный синдром, весьма разнородный по генезу, но довольно однообразный по внешним проявлениям, выражается в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертате, преимущественно у мальчиков. По данным , он встречается у 0,5% школьников 10—11 лет.

Как показывают работы ряда авторов Лапидес М. И., 1964; Коссова Е. А., 1971; Иванова Ф. И., 1972; Каспарова С. А., 1974; Большаков А. Г., 1981; Stutte Н., 1960, формирование данного синдрома психопатологически различно и отчетливо зависит от особенностей личности, ситуационных факторов и нозологической принадлежности синдрома. Особое значение имеют личностные особенности. Так, у детей и подростков с преобладанием астенических, эмоционально-лабильных, сенситивных черт характера первые уходы связаны либо со сверхценными переживаниями обиды, ущемленного самолюбия, представляя собой реакцию пассивного протеста, либо со страхом перед наказанием или тревогой по поводу какого-либо проступка. При психическом инфантилизме с эмоционально-волевой незрелостью наблюдаются преимущественно уходы из школы и прогулы, обусловленные боязнью трудностей, связанных с учебой. При преобладании аффективно-возбудимых и гипертимных черт характера у подростков уходы связаны с реакциями эмансипации. У подростков с шизоидными чертами в основе мотивации уходов лежит стремление избежать общения с людьми. Первые уходы и побеги у подростков с истероидными чертами связаны с осознаваемым или неосознанным стремлением привлечь к себе внимание, вызвать жалость и сочувствие, добиться удовлетворения желаний. Перечисленные варианты начальных уходов и побегов можно отнести к группе реактивных.

1. Синдромы патологического фантазирования

Синдромы патологического фантазирования — разнородная в психопатологическом отношении и отличающаяся разнообразием форм группа состояний, тесно связанных с болезненно измененным творческим воображением (фантазированием) ребенка или подростка. Эта группа синдромов выделена и описана в основном советскими психиатрами и психологами.

Патологическое фантазирование свойственно преимущественно детям дошкольного и школьного возраста, а также младшим подросткам (13—14 лет).

В отличие от подвижных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка патологические фантазии стойкие, косные, нередко оторваны от реальности, причудливы по содержанию, часто сопровождаются нарушениями поведения и явлениями дезадаптации.

Данные ряда советских психиатров, упоминавшихся выше, и наш собственный клинический опыт свидетельствуют о том, что разным периодам детского и подросткового возраста свойственны различные синдромы патологического фантазирования. Это связано с возрастной эволюцией воображения от его ранних форм, проявляющихся в игровой деятельности, через преимущественно образное воображение к отвлеченным, словесно-логическим формам воображения.

Наиболее ранней формой патологического фантазирования является описанное впервые Т. П. Симеон игровое перевоплощение, которое представляет собой рудиментарное проявление деперсонализации. Ребенок на время, иногда надолго (от нескольких дней до недель), перевоплощается в животное (волк, заяц, лошадь, собака), персонаж из сказки, выдуманное фантастическое существо, неодушевленный объект. Поведение ребенка имитирует облик и действия данного объекта. Мальчик 5 лет, перевоплощаясь в паровоз, мог часами изображать движение паровоза по рельсам, крутил руками, как колесами, двигался по одной линии, наклонив голову и корпус вперед, гудел, делал остановки, чтобы «загрузиться углем и водой». Ребенка было трудно отвлечь от этой «игры», переключить на что-либо другое. Прием пищи, необходимые режимные моменты он выполнял поспешно и механически, тут же возвращаясь к «игре в паровоз». Особая охваченность «игрой> свидетельствовала о лежащих в ее основе механизмах сверхценности.

1. Синдром гиперактивности

индром гиперактивности стал систематически изучаться с 50-х годов XX столетия. Это сочетание общего двигательного беспокойства, неусидчивости, обилия лишних движений, недостаточной целенаправленности и импульсивности поступков, повышенной аффективной возбудимости, эмоциональной лабильности, нарушений концентрации внимания. Кроме того, характерны нарушения школьной адаптации, связанные как с перечисленными нарушениями поведения и внимания, так ис частыми трудностями в усвоении школьных навыков (чтения, письма, счета). Нередки также расстройства засыпания.

Синдром встречается в возрасте от 1,5 до 15 лет, наиболее интенсивно проявляясь в конце дошкольного и в младшем школьном возрасте. У детей старше 9—10 лет проявления синдрома, прежде всего моторная возбудимость и двигательная расторможенность, постепенно сглаживаются, полностью исчезая после 14—15 лет.

Синдром гиперактивности нозологически малоспецифичен. Наиболее часто он встречается при отдаленных последствиях ранних органических поражений головного мозга. В зарубежной, особенно англо-американской, литературе его часто отождествляют с так называемыми синдромами минимального мозгового повреждения и минимальной мозговой дисфункции.

1. Гебефренический (гебефренный) синдром выделен К. Kahlbaum и Е. Нескеr. В развернутом виде он типичен для старшего подросткового и юношеского возраста. Для него характерно немотивированное двигательное возбуждение с дурашливостью, гримасничаньем, клоунизмом, нелепыми выходками, неадекватным смехом. Больной кривляется, прыгает по кроватям, кувыркается, нелепо хохочет, обнажается, может внезапно ударить или обнять. Одновременно наблюдается речевое возбуждение, также вычурное, с манерностью интонации и произношения (больные своеобразно растягивают слова, произносят их сквозь зубы, говорят необычно высоким, пискливым голосом и т. п.), употреблением исковерканных слов, неологизмов. Нередко отмечается сексуальное возбуждение, сопровождающееся нескрываемым онанизмом. Двигательное и речевое возбуждение протекает на фоне «пустого», монотонного эйфорического настроения. Часто имеется разорванность мышления с речевой разорванностью. Гебефренное возбуждение, которое проявляется бессмысленным кривляньем, гримасами, кувырканьем, бросанием на пол вещей, плоскими шутками, негативизмом, во многом напоминает кататоническое возбуждение у подростков (см. часть первую). Кроме того, гебефренные расстройства часто сочетаются с кататоническим возбуждением и ступором (стереотипии, эхолалии, вербигерации, импульсивные поступки, мутизм, негативизм и т. п.). В связи с этим такие состояния определяют как гебефрено-кататонический синдром.

## Профилактика и лечение психических заболеваний

Методы профилактики и контроля психических заболеваний предполагают действия во многих направлениях и требуют участия официальных лиц и граждан на национальном, региональном и местном уровнях. На национальном уровне усилия должны быть направлены на улучшение условий в психиатрических лечебницах и клиниках, создание новых больниц и центров общественного здоровья, подготовку персонала (психиатров, психиатрических медсестер, социальных работников, клинических психологов), проведение исследований по профилактике и лечению психических заболеваний, просвещение населения с целью стирания клейма, связанного с психическими заболеваниями. В последние годы люди все больше осознают, что эмоциональные расстройства можно вылечить или предупредить с помощью специальных мер. Это меняющееся отношение находит отражение не только в газетах и других периодических изданиях, но и в принятии широкомасштабных программ психической гигиены все большим числом сообществ, общественных организаций, религиозных общин и т.д.

Для укрепления психического здоровья населения необходимо осуществление следующих основных мер: 1) инструктаж родителей и воспитателей, направленный на раннее распознание и понимание личностных расстройств у детей; 2) разработка программ психического здоровья для школ, на предприятий, городов и регионов; 3) создание детских клиник для оказания помощи детям с эмоциональными расстройствами и их родителям; 4) ознакомление всех, кто имеет отношение к воспитанию детей, образованию или оказанию социальной, медицинской и юридической помощи, с концепциями и принципами психологии и психогигиены и их практическим применением; 5) координация всех общественных сил, связанных с охраной здоровья детей и юношества, для того, чтобы начать новую главу в истории психиатрии, связанную с предупреждением психических заболеваний. Поскольку эмоциональные расстройства и в значительной мере психические заболевания связаны с тяжелыми переживаниями в детстве (жестоким обращением, социальным стрессом, физическим и психическим угнетением и т.п.), успех или неудача профилактических усилий зависят в конечном счете от ближайшего окружения детей, т.е. эмоционального климата в доме, семье, обществе. [17]

# Проблема низкой физической активности молодежи

## Причины и статистика физической активности подростков

Физическая активность детей и подростков. Понятие “физическая активность” трактуется как деятельность индивида, направленная на достижение физического совершенства, и характеризуется конкретными качественными и количественными показателями. Физическая активность в большей степени отражает социально мотивированное отношение человека к физической культуре. Физическая активность должна рассматриваться как главная сфера формирования физической культуры личности. Социальный аспект проблемы формирования физической активности школьников связан с тем, что воздействие природных факторов на развитие физического потенциала подростков имеет объективный характер, но его специфика состоит в том, что оно может усиливаться или ослабевать в зависимости от активности самого человека.

Установлено, что в целом для девочек и девушек характерен более низкий уровень физической активности, чем для мальчиков и юношей того же возраста. Так, 64,8, 65,0% и 67,3% девочек и девушек 11, 13 и 15 лет соответственно занимаются физическими упражнениями недостаточно часто. Это не позволяет добиться развивающего (тренирующего) эффекта занятий физическими упражнениями. Процентное отношение мальчиков и юношей соответствующего возраста, которые занимаются физическим упражнениями недостаточно часто, составляет 44,7, 44,6 и 53,9%.

Невысокий уровень здоровья школьников обязывает сегодня считать внедрение здоровьесберегающих психолого-педагогических технологий одним из стратегических направлений системы образования. В последнее десятилетие жизнь детей, и в особенности старших школьников, значительно усложнилась. Увлечённость общества инновационными учебными заведениями, своеобразная «мода на образованность» приводит к психофизическим перегрузкам учащихся, что сказывается и на общем состоянии здоровья, и на формировании личности в целом, поскольку эти процессы являются взаимосвязанными. Большой объём информации, который требуется освоить, приводит к значительному снижению физической активности. Имеются данные о том, что на школьный период приходится наибольший рост невротических реакций и неврозов, что связывают с увеличением удельного веса неврогенных факторов: повышенные эмоционально-коммуникативные нагрузки, нервное перенапряжение, постоянное психическое утомление учащихся старших классов на фоне выраженной у них гиподинамии. Закономерным итогом становится разбалансировка внутренних сил организма, нарушение деятельности высших нервных центров.

## Основные направления совершенствования процесса физического воспитания в образовательных учреждениях Российской Федерации

Система физического воспитания, объединяемая Министерством образования, включает в себя: 65,7 тысяч образовательных учреждений общего образования, в которых занимаются физической культурой более 18 млн. школьников (95.8%); 3872 образовательных учреждений начального профессионального образования - около 1.5 млн. учащихся (93.5%); 2713 образовательных учреждений в среднем профессиональном образовании - около 1.4 млн. студентов (81,9 %); 622 учреждений высшего профессионального образования - около 1.5 млн. студентов (59.4 %.). В настоящее время в стране функционирует 158 врачебно-физкультурных диспансеров и 200 центров медицинской профилактики. Кроме этого, кабинеты (центры) спортивной медицины имеются и при отдельных спортивных объединениях и организациях. Физическая культура в образовательных учреждениях представлена как образовательная область, как учебная дисциплина и важнейший базовый компонент формирования целостного развития личности учащихся. Она направлена на обеспечение необходимого уровня развития жизненно важных двигательных навыков и физических качеств и создает предпосылки для многообразных проявлений творческой активности. Являясь обязательным элементом образования, физическая культура способствует гармонизации телесного и духовного единства учащихся, формированию у них таких общечеловеческих ценностей, как здоровье, физическое и психическое благополучие.

Одним из важнейших признаков является непрерывность и преемственность физического воспитания различных возрастных групп учащейся молодежи на всех ступенях образования.Непрерывность и преемственность физического воспитания учащейся молодежи в системе образования обеспечиваются:

* единой законодательной нормативно-правовой базой в области физической культуры, спорта и образования;
* совокупностью преемственных примерных учебных программ различных уровней образования по физической культуре;
* систематическим использованием средств физической культуры в режиме учебного и внеучебного времени;
* сочетанием различных форм занятий физическими упражнениями, спортом и туризмом в течение учебной недели;
* системой гигиенического обучения и воспитания учащейся молодежи, формирования навыков здорового образа жизни;
* обязательностью требований по контролю динамики физической подготовленности учащейся молодежи в образовательных учреждениях.

Учебный процесс по физическому воспитанию в образовательных учреждениях дополняется внеучебными формами занятий физической культурой в спортивных клубах и коллективах физической культуры. В настоящее время во внеучебных занятиях участвуют более 5 млн. учащихся, что составляет 18,6% от контингента обучающихся в системе образования.

С 1993 года Министерством образования Российской Федерации совместно с Госкомспортом России, Минздравом России и РАО проделана определенная работа по формированию нормативно-правового, кадрового и учебно-методического обеспечения процесса физического воспитания в системе образования:

* в Основы законодательства Российской Федерации о физической культуре и спорте от 27.04.1993 г. и в Федеральный закон "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" от 29.04.1999 г. включены положения по развитию физической культуры и спорта в образовательных учреждениях;
* в Национальную доктрину образования в Российской Федерации от 04.10.2000 г. включены вопросы формирования здорового образа жизни, физического развития и воспитания учащейся молодежи;
* в региональные законы в области физической культуры в большинстве субъектов Российской Федерации включены положения о физическом воспитании учащейся молодежи;
* в типовые положения об образовательных учреждениях включены вопросы организации процесса физического воспитания учащихся и студентов;
* в государственные образовательные стандарты включены требования к минимуму содержания и уровню подготовки выпускников по физической культуре;
* издан приказ Минобразования России от 01.12.99 №1025 "Об организации процесса физического воспитания в образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования";
* издан приказ Минздрава России от 20.08.2001 №337 "О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физической культуры";
* разработано и издается новое поколение учебной и учебно-методической литературы по физической культуре для учащихся, студентов и преподавателей;
* утверждены перечни учебного спортивного оборудования по физической культуре для общеобразовательных учреждений России;
* формируется система текущего и итогового тестирования физической подготовленности учащихся и выпускников образовательных учреждений.

В системе физического воспитания учащейся молодежи работают 124,2 тыс. специалистов физической культуры. Средняя обеспеченность кадрами в расчете на одного специалиста в дошкольном образовании составляет 336 детей; в общеобразовательных учреждениях – 229 учащихся; в начальном профессиональном образовании – 312 учащихся, в среднем профессиональном образовании – 226 студентов; высшем профессиональном образовании – 197 студентов.

Подготовка кадров по физической культуре для системы физического воспитания учащейся молодежи осуществляется по одному направлению и семи специальностям в 216 образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования, подведомственных Минобразованию России и Госкомспорту России.

В последние годы открыты четыре новые специальности: 2307 "Туризм", 0317 "Педагогика дополнительного образования" с квалификацией "Педагог дополнительного образования в области физкультурно-оздоровительной деятельности" - в среднем профессиональном образовании, 022500 "Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)" - в высшем профессиональном образовании, 0323 "Адаптивная физическая культура" – в среднем профессиональном образовании, 022400 "Рекреация и спортивно-оздоровительный туризм" – в высшем профессиональном образовании.

Для специальности "Адаптивная физическая культура" открыты новые должности для преподавания физического воспитания в образовательных учреждениях. Кроме этого, открыта подготовка кадров в вузах физической культуры по специальностям: 031100 "Педагогика и методика дошкольного образования", 031200 "Педагогика и методика начального образования".

Вместе с тем, в последние годы в системе образования наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья и физической подготовленности учащейся молодежи России. По данным научных исследований, лишь около 10% молодежи можно считать здоровыми, около 40% детей страдают хроническими заболеваниями. Резко прогрессируют болезни сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем, которые во многом обусловлены недостаточной двигательной активностью в сочетании с неблагоприятными экологическими условиями и питанием.

Более 30% юношей по состоянию здоровья не могут быть призваны в армию. За последние двенадцать лет количество граждан, годных к военной службе, сократилось почти на треть (с 92,7% до 67%). В то же время количество граждан, ограниченно годных и временно не годных к военной службе, возросло почти в 5 раз (с 4,5% до 22,3% и с 2,1% до 10,3% соответственно). Более 40% призывников не могут выполнить самые низкие нормативы по физической подготовке.

За последние два года в 2,4 раза увеличилось количество граждан, освобожденных от призыва на военную службу, в связи с диагностированием у них алкоголизма и наркомании.

Стратегия обеспечения здоровья детей, подростков и молодежи путем лечения и медикаментозной профилактики заболеваний является пассивной, не в полной мере отвечающей современным представлениям о повышении и сохранении высокого уровня здоровья.

Несмотря на количественный рост кадров в области физической культуры, спорта и туризма, органы управления образованием субъектов Российской Федерации отмечают недостаток специалистов для работы с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, организаторов в сфере оздоровительной работы и туризма. Не хватает также учителей физической культуры для общеобразовательных школах и, особенно, сельских и малокомплектных школ.

Прогнозируемые изменения потребности в специалистах физической культуры, связанные с демографическими процессами, выдвигают острую проблему долгосрочного планирования подготовки кадров по физической культуре в высших и средних специальных учебных заведениях.

Основными задачами физического воспитания учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе являются: повышение физической и умственной работоспособности, освоение и развитие основных двигательных умений и навыков, воспитание правильной осанки и ее коррекция. [18]

# Заключение

В народе говорят: «Здоровому все здорово!» Об этой простой и мудрой истине следует помнить всегда, а не только в те моменты, когда в организме начинаются сбои и мы вынуждены обращаться к врачам, требуя от них подчас невозможного. Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить каждого от всех болезней. Сегодня каждый человек должен понимать, что его здоровье и жизнь, в первую очередь, зависят от него самого. Прежде всего, речь идет о формировании у человека здорового образа жизни, опирающийся на сознательное и ответственное отношение к своему здоровью, не сводящееся к борьбе с болезнями. Здоровый образ жизни - это знание правил санитарии, гигиены жилищ и экологии, строгое соблюдение гигиены тела, приобщение к физкультуре и спорту, гигиена физического и умственного труда, гигиена личной жизни.

И мы должны воспитать в наших детях культуру здорового образа жизни. Здоровье будущих поколений в наших руках и если мы не примем соответствующие меры по улучшению качества нации, то последствия могут быть плачевными.

Здоровы образ жизни - это четкие знания о вредных факторах и привычках (курение, алкоголь, наркотики) и сознательное негативное отношение к ним. Словом, главная цель- добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья.

# Список литературы

1. http://window.edu.ru/window\_catalog/pdf2txt?p\_id=27758&p\_page=4

2. Романова О.Л. Первичная профилактика наркологических заболеваний у детей// Вопросы наркологии. 1993. N3. С.53-59.

3. Братусь В.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1984.

4. Гульдан В.В., Романова О.Л., Сиденко О.К. Представления школьников о

наркомании и токсикомании//Социологические исследования. 1989. №3. С.66-71.

5. Гурски С. Внимание - наркомания! М.: Медицина, 1988.

6. Лешнер А. Наркомания - заболевание мозга//Глобальные вопросы. 1997.Т.2. №3. Июнь.

7. Курек Н.С. Медико-психологический подход к диагностике повышенного риска заболевания наркоманией у подростков и коррекция их эмоциональных нарушений//Вопросы наркологии. 1993. №1. С.66-71.

8. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании. Самара, 1997.

9.Братусь В.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1984.

10. Берн Э. Трансактный анализ в группе. М.: Лабиринт, 1994.

11. Латышев Г.В., Бережная М.А., Речнов Д.Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании: Методические рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов. М.: Медицина. 1991.

12. Копыт Н.Я., Сидоров П.И. Профилактика алкоголизма. М.: Медицина, 1986.

13. Пятницкая И.Н. Наркомании. М.: Медицина, 1997.

14. Научная статья Ф. Ямбиков "Профилактика наркомании в подростковой среде"

15. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991.

16. http://psihicheskiezabolevanija.ru/

17. http://www.bigpi.biysk.ru/encicl/articles/39/1003905/1003905A.htm

18. http://stat.edu.ru/CD/section4/s4a1.htm