**Содержание**

**Введение**………………………………………………………….2

**Глава 1.** **Характеристика образа жизни и здоровья современных студентов**.

* 1. Анализ состояния здоровья студенческой молодежи……………………………………………………………………5
	2. Условия и образ жизни студенческой молодежи и его особенности…………………………………………………………….....14
	3. Роль вузов в сохранении и поддержании здоровья студентов…………………………………………………...….....25

**Глава 2.** **Отечественный и зарубежный опыт социальных институтов в сохранении и укреплении здоровья студентов**.

2.1. Концептуальные подходы в формировании, сохранении и укреплении здоровья студенческой молодежи в современных условиях……………………………………………………………………….....35

2.2. Отечественные модели и стратегии укрепления здоровья студенческой молодежи……………………………………………………..….45

**Заключение**……………………………………...…………….55

**Литература**……………...………………………..……………59

**Введение**

Студенчество в современной России – количественная группа в социальной структуре населения и наиболее активная часть молодежи. В социально – экономическом плане студенчество следует рассматривать, в первую очередь, как резерв корпуса специалистов, работников умственного труда большинства профессий. В течение последнего десятилетия наблюдается рост контингента студентов вузов, происходящий опережающими темпами в сравнении со структурой системы профессионального образования. Этот рост был вызван развитием высшей школы в сторону расширения возможностей для удовлетворения права на получение высшего образования и заинтересованностью вузов в увеличении объема платных образовательных услуг ввиду недостаточности бюджетного финансирования.

Студенты – это наиболее динамичная общественная группа, находящаяся в периоде формирования социальной и физиологической зрелости, хорошо адаптирующаяся к комплексу факторов социального и природного окружения и вместе с тем, в силу ряда причин, подверженный высокому риску нарушений в состоянии здоровья. Проблема здоровья студентов становится все более актуальной в связи с трудностями социально-экономического характера, переживаемыми в настоящее время Россией. Социальная защищенность студентов невелика, между тем как специфика возраста и учебного труда требует наличия адекватных социальных гарантий (медицинского обслуживания, полноценного питания, материального, спортивно-оздоровительного обеспечения и др.). Ослабленное чаще всего еще до ВУЗа состояние организма и психики, экологические проблемы, недостаточное питание, гиподинамия, невысокий в целом уровень валеологической культуры обуславливает то, что более половины студентов нездоровы, многие из них находятся в преморбидных (предболезненных) состояниях.

 Важность изучения внедрения здоровьесберегающих технологий в высшей школе обусловлена тем, что одной из основных проблем студенческой молодежи является средний уровень успеваемости в связи с высоким процентом заболеваемости. Как известно, здоровье подрастающего поколения формируется под влиянием биологических и социальных факторов. От нормального физического развития, функционирования органов и систем студентов зависит способность их организма сохранять устойчивость к экзогенным факторам, адаптироваться к меняющимся условиям внешней среды. Растущий поток информации, потребность более глубоких знаний от специалистов требует и будет требовать все больше усилий от студентов. В связи с этим перед высшей школой возникает ряд задач по решению вопросов рационального сочетания труда и отдыха студентов, необходимости совершенствования методики преподавания.

Большой интерес представляет вопрос соотношения физического развития и успеваемости. Однако ясности в этом вопросе до сих пор нет. Многие авторы находят связь между нарушением геодинамики студентов и ухудшением успеваемости. На успеваемость могут сказываться и другие недостатки физического развития. Так, Б.Г. Ананеьв и его исследования показали, что психические особенности неуспевающих студентов возникают на фоне нарушений центральной нервной системы и ослабленного соматического статуса. Другие же авторы связывают успеваемость студентов в основном с индивидуальными особенностями высшей нервной деятельности студентов[[1]](#footnote-1). В.Г. Бауэр указывает на то, что физическая культура и спорт не просто основные элементы развития, социально значимые конструкты[[2]](#footnote-2). М.Я. Виленский утверждает, что повышение воспитательно-образовательного потенциала физической культуры непосредственно влияет на формирование личности специалистов всех профилей[[3]](#footnote-3). По мнению Э.М. Козина, при рассмотрении будущей профессиональной деятельности человека обязательно необходимо учитывать его состояние здоровья[[4]](#footnote-4). Параллельно этой проблемой занимались такие авторы, как: Н.В. Тверская[[5]](#footnote-5), А.Ю. Петров[[6]](#footnote-6), Т.М. Резер[[7]](#footnote-7), В.И. Бондин[[8]](#footnote-8). Анализ научной литературы, посвященной проблеме здоровья студенческой молодежи, показывает, что за последние годы она стала еще более актуальной. В работах отмечается, что количество студентов специальной медицинской группы увеличилось с 10 до 20 - 25%, в некоторых вузах достигает 40%. За время обучения в вузе здоровье студентов не улучшается, ряд авторов отмечают его ухудшение. Ко второму курсу количество случаев заболеваний увеличивается на 23%, а к четвертому - на 43%. Четверть студентов переходит в более низкую медицинскую группу.

 Целью данной курсовой работы является изучение внедрения здоровьесберегающих технологий в студенческой среде. Задачами курсовой работы выступают: анализ состояния здоровья студенческой молодежи; описать условия и образ жизни студенческой молодежи и его особенности; определить роль вузов в сохранении и поддержании здоровья студентов; обозначить концептуальные подходы в формировании, сохранении и укреплении здоровья студенческой молодежи в современных условиях; рассмотреть отечественные модели и стратегии укрепления здоровья студенческой молодежи.

 Объектом данной курсовой работы являются студенты вузов, а предметом – внедрение здоровьесберегающих технологий в студенческой среде.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования: анализ философской, психолого-педагогической, медицинской и методической литературы, учебных и образовательных программ профессиональных образовательных учреждений и стандартов с целью определения исходных положений, понятийного аппарата и основных направлений курсовой работы.

 Работа состоит из двух глав, пяти параграфов, введения, заключения.

**Глава 1**

**1.1. Анализ состояния здоровья студенческой молодежи**

Здоровье - величайшая социальная ценность. Хорошее здоровье - основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент самореализации личности. Понятие "здоровье" сформулировано достаточно давно. Согласно определению ВОЗ принято считать, что здоровье это отсутствие болезней в сочетании с состоянием полного физического, психического и социального благополучия. За прошедшие годы понятие "здоровье" неоднократно дополнялось и уточнялось, по мнению ряда авторов, несмотря на существование более 300 различных вариантов, с методологической позиции приведенное выше считается лучшим на сегодняшний момент. Многие авторы связывают здоровье со способностью к адаптации организма в изменяющихся условиях среды. При этом условно выделяют три группы факторов, влияющих на человека: а) социальные, б) гигиенические, в) психологические. Уровень здоровья определяется способностью организма адаптироваться к ним. Тогда, по В.П. Казначееву, «здоровье» - процесс сохранения и развития физиологических, биологических и психических функций, оптимальной трудовой и социальной активности, максимальной продолжительности активной творческой жизни».[[9]](#footnote-9) Такой подход позволяет учесть влияние двух видов факторов: усиливающих естественный отбор и противодействующих ему. В результате каждая из популяций приобретает свою характерную структуру здоровья, определяемую степенью её адаптации к условиям среды.[[10]](#footnote-10)

Отсутствие специальной статистики не позволяет в полной мере представить состояние здоровья студенческой моло­дежи, однако данные, относящиеся к подростковому возрас­ту, и результаты анализа заболеваемости обратившихся за медицинской помощью студентов дают основание считать положение в этой сфере весьма серьезным. Общая заболеваемость подростков и студентов в 2003 г. выросла на 7,4% по сравнению с 2000 г.: впервые установленный диагноз имеют более половины (65%). Ведущее место по распростра­ненности среди подростков занимают болезни органов дыхания (33,9%), на втором месте - болезни нервной системы (15,9%), на третьем - бо­лезни органов пищеварения (7,9%), что соответствует ситуации по стране в целом[[11]](#footnote-11).

В 2004 г. на 7,1% по сравнению с 2003 г. увеличилась заболевае­мость с впервые в жизни установленным диагнозом - болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм; на 88,5% увеличилось число болезней мочеполовой системы; на 6,3% - число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; на 39,4% - число врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений; на 30,8% - некоторых инфек­ционных и паразитарных болезней; на 76,9% - новообразований. Про­должается рост числа заболеваний органов пищеварения (на 65,6%), в т. ч. гастритов и дуоденитов (на 45,6%).

В студенческой среде все более проявляется склонность к девиантным формам поведения, что нередко приводит к проблемам нарко­логического характера. За последние три года увеличилось число несо­вершеннолетних наркоманов и токсикоманов. За этот же период коли­чество злоупотребляющих алкоголем подростков возросло в 2 раза, злоупотребляющих наркотическими веществами - в 3,7 раза, токсиче­скими - в 9,1 раза.

Основным критерием здоровья человека считается работоспособность кардиореспираторной системы. На протяжении длительного времени при определении резервов здоровья приоритетным считался "функциональный" подход, основанный на определении МПК. Широкое использование такого подхода, особенно в массовом тестировании, затруднено. Поэтому особую актуальность количественная оценка здоровья при массовых обследованиях населения приобрела в последние 20 - 30 лет, когда ученые начали использовать математические зависимости отдельных быстро измеряемых показателей и общего состояния здоровья. Академик Н.М.Амосов сформулировал, что понятие "количество здоровья" можно определить как сумму "резервных мощностей" основных функциональных систем. В свою очередь, эти резервные мощности следует выразить через "коэффициент резерва", как максимальное количество функции, соотнесенное к её нормальному уровню покоя. [[12]](#footnote-12)

В ряде публикаций предлагается рассчитывать "индексы физического состояния", "уровни здоровья", "соматическое здоровье", которые позволяют оценивать состояние здоровья человека в целом. По Р.М. Баевскому, все болезни человека происходят из-за состояния организма, находящегося между нормой и патологией. Отмечается, что в этом угрожающем состоянии находятся сейчас от 50 до 80% работающих и служащих, что не позволяет им эффективно трудиться.[[13]](#footnote-13) Состояние предболезни или нездоровья, по образному выражению В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко, характеризуется тем, что - "я еще не болен, но уже не здоров". [[14]](#footnote-14)

Одним из важнейших результатов научных исследований явилось обоснование "безопасного уровня здоровья", который связывают с диагностической моделью энергопотенциала биосистемы[[15]](#footnote-15). Установлено, что «при пятибалльной оценке уровню "выше среднего" соответствует 3,65% лиц, имеющих хронические заболевания, а "высокому" уровню практически полное отсутствие болезней». [[16]](#footnote-16)

По мнению Э.М. Козина, при рассмотрении будущей профессиональной деятельности человека обязательно необходимо учитывать его состояние здоровья. Коэффициент полезного действия использования здоровья в США (имеется в виду социальная деятельность) составляет примерно 20%. В России сегодня такая достаточность здоровья соответствует работающим в 3 - 5% случаев[[17]](#footnote-17). При этом отмечается, что речь в данном случае должна идти не просто о достаточности здоровья с точки зрения долгожительства и больничных листов, а о его эффективности, когда врожденные качества индивида (гуманитарные, математические и др.) соответствуют тому предложению, которое позволяет существенно или полностью восстановить трату физического, биологического, психологического здоровья, использованного для выполнения трудовой или социальной деятельности.

Первые шаги к будущему профессионализму работника начинаются с его обучения профессии. Подчеркивая связь здоровья и будущей профессиональной деятельности, Б.Г. Акчурин отмечает, что физическое здоровье отражает такую степень физического развития студента, его двигательных навыков и умений, которая позволяет наиболее полно реализовывать свои творческие возможности[[18]](#footnote-18). Физическое здоровье является не просто желательным качеством будущего специалиста, а необходимым элементом его личностной структуры, необходимым условием построения и развития общественных отношений. Классическое и достаточно емкое определение здоровья как физического, психического и социального благополучия нуждается в коррекции, когда речь заходит о здоровье профессиональном. На первый план в трактовке здоровья в этом случае выходят показатели (элементы) психофизического сопряжения, обеспечивающие взаимодействие биологической составляющей и социально-технической среды. При этом одни авторы обращают внимание на то, что здоровье является "наиболее важным" из аспектов профессионализма, другие, что оно отражается в "психофизической готовности специалиста" и состоит из следующих компонентов: достаточной профессиональной работоспособности; наличия необходимых резервов физических и функциональных возможностей организма для своевременной адаптации к быстро меняющимся условиям производственной и внешней среды, объему и интенсивности труда; способности к полному восстановлению в заданном лимите времени; присутствия мотивации в достижении цели.

По мнению аналитиков, состояние здоровья российских граждан уже представляет реальную угрозу национальной безопасности. Если не принять мер по изменению ситуации, она может стать тяжким бременем для страны. В действиях государства в качестве первоочередных мероприятий предполагается создание общероссийской системы мониторинга, оценки и прогнозирования состояния здоровья населения, а также физического развития детей, подростков, молодежи. По-видимому, речь должна идти об управлении показателями, отражающими состояние здоровья студенческой молодежи в процессе физического воспитания. Количество здоровья при этом должно соответствовать требованиям профессии. За последние 10 - 15 лет в ряде высших учебных заведений разработаны "паспорта профессиональной психофизической готовности будущих специалистов", "паспорта здоровья" и другие нормативные показатели, позволяющие повышать резервы здоровья учащейся молодежи. Все вышесказанное только подтверждает, что специалисты в области физического воспитания достаточно давно работают над этой проблемой, но единой системы оценки и управления резервными возможностями организма будущих специалистов до сих пор не найдено.

В настоящее время за основной источник изучения здоровья студентов принимаются данные о заболеваемости, основанные на учете обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Однако использование этих данных имеет серьезные недостатки. Во-первых, при ориентации на данные обращаемости студентов за медицинской помощью исключается возможность персонального изучения здоровья в пределах одного лечебного учреждения, так как в крупных городах амбулаторное обслуживание больного может производиться в разных учреждениях: как по месту жительства, так и по месту учебы. Это создает значительные трудности при сборе медико-социальной информации. Во-вторых, показатели обращаемости студентов за медицинской помощью зависят от ее доступности. Чем дальше от лечебных учреждений проживает данная группа населения, тем меньше обращаемость, а, следовательно, и ниже уровень выявленной заболеваемости. Более того, от истинных показателей в данном случае отличаются не только размеры, но и структура выявленной заболеваемости. Удаленность медицинских учреждений особенно снижает показатели обращаемости в случае заболеваний, не приводящих к временной нетрудоспособности. При существующей системе учета заболеваемости ее низкие уровни свидетельствуют скорее о недостатках и неполноте информационного обеспечения, чем об истинных величинах заболеваемости. Очень часто одному студенту заводятся несколько амбулаторных карт в разных поликлиниках, лечебных учреждениях по месту жительства, здравпункте учебного заведения и по этой причине статистика заболеваемости студенчества не всегда достоверна.

 Заболеваемость (нозология) студентов по данным обращаемости за медицинской помощью регистрируется в медицинских документах (историях болезни, картах амбулаторного больного, диспансерных картах и др.). дополнительными источниками информации о заболеваемости могут служить комплексные ( иногда их называют углубленными) медицинские осмотры студентов, опрос с акцентом на социологические методы анализа образа жизни и здоровья, а также методы непосредственного наблюдения за студентами (в том числе самонаблюдения) с фиксированием по стандартной программе вопросов, имеющих отношение к здоровью индивида. Заболеваемость студентов может быть положена в основу трехгрупповой классификации их здоровья: первая группа (здоровые): а) не болели в период наблюдения острыми и хроническими заболеваниями, при осмотре в состоянии здоровья не выявлено отклонений от нормы; б) редко болели острыми респираторными и другими заболеваниями (не более 3 раз в течение года); при осмотре в состоянии здоровья не выявлено отклонений от нормы. Вторая группа(практически здоровые): а) часто болели простудными и другими острыми заболеваниями, при осмотре в состоянии здоровья не выявлено отклонений от нормы; б) установлены различные функциональные отклонения, предвестники болезни, состояния после перенесенных заболеваний и травм; в) имеются заболевания, характеризующиеся потерей значимости при достижении определенного возраста, наличием длительного межприступного периода и т.д. Третья группа (больные) - имеются длительно протекающие хронические заболевания различной степени компенсации: а) компенсированное состояние; б) субкомпенсированное состояние; в) декомпенсированное состояние в) имеют место физические недостатки и отдаленные последствия болезней и травм.[[19]](#footnote-19)

Возможна и более дробная классификация с выделение пяти групп здоровья студентов. Первая группа – здоровые студенты, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья (не болеющие за период наблюдения, а также имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и не требующие коррекции). Вторая группа – «угрожаемые» студенты, с риском развития хронической патологии и склонные к повышенной заболеваемости. Это лица с наличием функциональных отклонений, часто болеющие или перенесшие одно тяжелое заболевание с неблагополучным течением реабилитационного периода. В третью, четвертую и пятую группы включаются больные студенты с хронической патологией в состоянии компенсации, субкомпенсациии и декомпенсации, соответственно. Однако в практической работе эти классификации не получили большого распространения из-за ликвидации в России в начале 90-х годов прошлого столетия метода всеобщей диспансеризации населения.

 По данным статистики в последние годы происходит резкое ухудшение здоровья людей, в том числе и в детском и молодом возрасте: рост смертности в младенчестве, увеличение хронических заболеваний в молодом возрасте, сокращение числа здоровых выпускников по окончании школы. В целом по России, уровень общей и первичной заболеваемости обследованных в 1998 – 2003 гг. студентов имеет тенденцию к увеличению.[[20]](#footnote-20)

Здоровье имеет и экономическую составляющую, которая особенно актуальна в настоящее время, поэтому создание условий для занятий физической культурой должно стать задачей и производственной. В работе Г.Л. Апанасенко[[21]](#footnote-21) отмечается, что на 1000 человек, занимающихся физической культурой и спортом, приходится 318 дней нетрудоспособности, а не занимающихся 731 день. Изучение зависимости дней, пропущенных по нетрудоспособности, и количества часов, затрачиваемых на занятия физической культурой, позволило обосновать экономически оправданные для здоровья работников объемы средств физической культуры. Установлено, что безупречный уровень здоровья способны поддерживать люди, имеющие двигательную активность не менее 6 ч в неделю. С увеличением продолжительности занятий на 1 ч в неделю заболеваемость снижается на 0,44 дня в год. Минимальный показатель 6,02 дня зафиксирован при объеме нагрузки 7-8 ч в неделю. Именно на такой объем занятий и следует ориентировать будущих специалистов.

Стоит отметить и тот факт, что общая сравнительно высокая удовлетворен­ность студентов своим здоровьем в каждом третьем случае не соответствует объективным показателям (частоте пере­несенных острых заболеваний) и комплексу фиксируемых индикаторов самочувствия. В целом лишь четверть студен­тов считает свое здоровье хорошим. Наиболее распространенными признаками отклонений в самочувствии студентов являются психосоматические симптомы: усталость в течение дня, сонливость, раздражи­тельность и головные боли, невозможность сосредоточить­ся на занятиях, которые нарушают повседневную учебную деятельность значительной части студентов университета, насчитывающей от четверти до почти половины их кон­тингента.

Значительная неоднородность по отдельным парамет­рам самочувствия обнаруживается в связи с социально-демографическими и социально-экономическими призна­ками, среди которых особенно заметно влияние тендерного и экономико-стратификационного. Она также заметна в разрезе основных учебных подразделений и факультетов.

Таким образом, общая отрицательная динамика здоровья студен­тов за годы обучения в вузе выражается в том, что от первого курса к выпускному существенно увеличивается интенсивность ссылок на негативные симптомы. Ежегод­ный темп подобной динамики в среднем по всему кон­тингенту студентов дневной формы обучения достигает 10%. На отдельных факультетах за время обучения в пол­тора раза увеличивается доля студентов, ссылающихся на установленные им диагнозы хронических заболеваний.

**1.2. Условия и образ жизни студенческой молодежи и его особенности**

Образ жизни и ценностное отношение студенческой молодежи к общественному и личному здоровью - важные компоненты общей и профессиональной культуры буду­щих специалистов, технической, политической и культур­ной элиты региона, лидеров общественного мнения. Де­формации в образе жизни, культуре и здоровье опасны для физического, интеллектуального и нравственного потен­циала будущей интеллигенции, и с этой точки зрения студенты оказываются в поле зрения руководства вуза и на­учно-педагогической общественности, становятся предме­том новых исследований и целевых программ, разрабаты­ваемых и осуществляемых в вузе.

 Проблемы условий жизни студентов на сего­дняшний день волнуют большинство исследовате­лей из разных областей науки. Говоря об условиях жизни студентов нужно упомянуть такие критерии, как: условия проживания в общежитии, питание, распорядок дня, рабочая обстановка в аудиториях, работа медпункта. Исследование условий жизни студентов в общежитии Сыктывкарского государственного университета показало, что двери в комнатах студентов не изолируют шума, оконные рамы держатся на гвоздях, пропуская холод. В общежитии существуют так называемые комнаты повышенного комфорта, но и там условия проживания оставляют желать лучшего. Несмотря на то, что двухъярусные кровати новые, они все прогибаются, а матрацы выдаются старые. В соответствии с санитарно – гигиеническими требованиями к условиям труда, свет электролампочки не должен слепить глаза: он должен падать сверху или слева, чтобы рабочее место освещалось хорошо, так как правильное освещение рабочего места уменьшает утомление зрительных центров и способствует концентрации внимания на работе. В комнатах общежития это не всегда удается соблюдать, так как розетки расположены, обычно, без учета этих требований. Рациональное питание обеспечивает правильный рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, вы­сокой работоспособности и продлению жизни. Прием пищи должен состоять из смешанных продуктов, являющихся источниками белков, жиров и углеводов, витаминов и минераль­ных веществ. Питание должно быть разнообразным и обеспечивать потребности в белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах, пищевых волокнах. Многие из этих веществ незаменимы, посколь­ку не образуются в организме, а поступают только с пищей. В то же время, студенты часто просто пренебрегают этими правилами или просто не знают о них. В столовой студенческого общежития №1 СыктГУ цены на весь ассортимент очень высокие, не соответствуют стипендии студентов, а талоны на бесплатное питание, которые выдаются самым нуждающимся студентам не возрастают в сумме. Плиты на кухне общежития также работают по расписанию, которое не всем студентам удобно, поэтому молодежь вынуждена перекусывать бутербродами или супами быстрого приготовления.

Рациональный режим труда и отдыха - необходимый эле­мент здорового образа жизни любого человека. При правильном и строго соблю­даемом режиме вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здо­ровья. Студент должен правильно чередовать труд и отдых. После занятий в университете и обеда, 1,5-2 часа необходимо потратить на отдых. Отдых после работы вовсе не означает состояния полного покоя. Лишь при очень большом утомлении может идти речь о пассивном отдыхе. Необходимо, чтобы характер отдыха был противоположен характеру работы человека («контрастный» принцип построения отдыха). Вечернюю работу желательно проводить в период с 17 до 23 часов. Во время работы через каждые 50 минут сосредоточенного труда рекомендуется отдыхать 10 минут (сделать легкую гимнастику, проветрить комнату, пройтись по коридору, не мешая работать другим). Но это тоже очень трудно осуществить, так как многие студенты учатся во вторую смену, то основная активность организма приходится на вечернее и даже ночное время. Им трудно планировать свой день. Другие же, кто учатся в первую смену, зачастую, приходя с учебы ложатся спать, а ночью им трудно уснуть, а утром чувствуют себя «разбитыми». Отсюда плохое самочувствие и низкий уровень успеваемости. Обстановку в университетских аудиториях тоже трудно назвать рабочей: плохая проветриваемость, неудобные стулья и столы, плохое освещение и шумоизоляция.

Еще одной проблемой является работа медпункта СыктГУ. Они проводят примитивные профилактические мероприятия (плакаты), но вот студенты не всегда могут элементарно попасть на прием к терапевту, потому что он работает с утра, когда многие студенты учатся в это время.

Противоречия в образе жизни и социальных нормах сту­дентов вуза в значительной степени связаны с со­циальным составом контингента студентов, с обликом тех групп и слоев регионального и городского сообщества, из которых рекрутируется студенчество. Эти слои привносят в студенческую среду свои смыслы и цели, ценности, соци­ально-культурные нормы. В отдельных учебных подразделе­ниях университета достигают опасных концентраций потен­циальные девиации, в том числе социально-правовые, про­тиворечащие содержанию профессионального образования. Целый ряд специальных учебных дисциплин, изучаемых в обязательном порядке студентами вуза (валеология, право и др.), оказывается пока не в состоянии преодолеть устойчивость негативных норм. В студенческой среде преобладает удовлетворенность собственным здоровьем. Эта удовлетворенность свойст­венна приблизительно двум третям студенчества и выража­ется в индивидуальном причислении себя в целом к числу здоровых людей (самоидентификации с общепринятыми признаками здорового человека). Относительно постоян­ная обеспокоенность собственным здоровьем присуща лишь пятой части студентов. Для значительной части студентов характерна неясность перспектив профессиональной работы и осознание
того, что получаемая специальность не обеспечит в ближайшем будущем основы их достаточного благосостояния. С этим тесно связаны повышенная тревожность, как одна из черт социально-психологического фона в студенческой
среде, а также противоречивая мотивация в сфере учебы,
выражающаяся в неустойчивом интересе к учебе, в воспри­ятии качества обучения, в сомнениях по поводу выбранной специальности. Все это плохо отражается на социальном самочувствии и образе жизни студенчества, на эффективности образовательного процесса и общей результативности вуза. В структуре студенчества отражается устойчивость гендерных стереотипов в выборе профессии, закрепляющая, социально-профессиональные барьеры и роли мужчин и женщин в экономике и, в частности, в сфере умственного труда. Другим важным признаком студенчества становится распространенность постоянной или временной работы, совмещаемой с учебой на дневном отделении. Такое совмещение объективно во многих
случаях ведет к снижению индивидуальной напряженности
учебных занятий, ухудшению успеваемости многих студентов и их здоровья.

Досуг большинства студентов недоста­точно насыщен развивающими и творческими видами дея­тельности. Преобладающая ориентация на эпизодические, развлекательные, пассивные, зрительские виды досуга, организуемые в городской инфраструктуре досуга и в уни­верситете (КВН, фестивали художественной самодеятель­ности, дискотеки и т. п.) не составляют основы для систе­матического и творческого участия большинства студентов в культурной жизни университета и города. Некоторые ви­ды студенческого досуга соприкасаются с опасными тече­ниями в молодежной псевдокультуре*,* пропагандирующей индивидуализм, алкоголь, свободу секса и ле­жащей, по сути, в русле интересов алкогольного бизнеса и индустрии развлечений.

 В отношении связи между учебой студента, с одной стороны, и здоровьем, с другой стороны, давно бытуют противоречивые стереотипы. Один из наиболее ранних стереотипов, следующий известной песенке вагантов, ри­сует облик юного «мученика науки», безнадежно теряю­щего свое здоровье в многотрудных попытках осилить великое наследие античных мудрецов. Близки к нему и анек­дотические образы «студента-очкарика», далеко не бога­тырского телосложения, и «худосочной институтки»[[22]](#footnote-22). В противовес этим стереотипам в советский период в кинематографе и литературе, да и в повседневной жизни настойчиво формировались иные, памятные многим об­разы. Бодрый закаленный парень, оказавшийся на студен­ческой скамье после службы в армии. Девушка - «комсо­молка, студентка, спортсменка и просто красавица». Им обоим не чужды одновременно и сложные науки, и обще­ственная работа, и спорт, и нелегкий физический труд в легендарных студенческих стройотрядах. Со­циологические анализы соотношения учебы и состояния здоровья в жизни современных российских студентов позволяет утверждать, что связь ме­жду характером учебной деятельности и здоровьем сущест­вует, но она оказывается гораздо более сложной и не укла­дывается в приведенные выше стереотипы.

 Успеваемость и самооценка здоровьяоказываются взаи­мосвязанными, и это проявляется, в первую очередь, в на­личии корреляции между показателями успеваемости, с одной стороны, и индивидуальной удовлетворенностью здоровьем, с другой. Очевидно что, студенты с более высокой успеваемостью обладают и более высокой самооценкой здоровья. Так, среди тех, у кого в учебе преобладают отличные оценки, наверняка, вполне удовлетворены сво­им здоровьем. Среди «хорошистов» такая удовле­творенность своим здоровьем проявляется в меньшей степени. Напряженность учебного процесса в университете, очевидно, связана с образом жизни и здоровьем студентов. Разумеется, индивидуальные параметры напряженности крайне разнообразны, связаны с физическими, личност­ными и социально-экономическими характеристиками. Но одним из общих оснований оценки напряженности явля­ются относительные показатели равномерности распреде­ления учебной нагрузки в ряду с другими видами жизнедеятельности и, в частности, соотношение времени учебы и отдыха в общем бюджете времени студентов.

 Реальное распределе­ние учебной нагрузки обусловлено двумя группами факто­ров[[23]](#footnote-23). С одной стороны, это внешниефакторы: временная, техническая и нормативная организация образовательного процесса, планирование учебной аудиторной и самостоя­тельной работы студентов и их внеучебной, досуговой дея­тельности. Внешние факторы, разумеется, связаны с теми формальными рамками, которые налагаются учебным пла­ном и графиком учебного процесса, особыми требования­ми преподавателей и техническими условиями (например, доступностью литературы, лабораторий и пр.). С другой стороны, на распределение времени и видов деятельности студентов оказывают влияние внутренниефакторы. Среди них важная роль принадлежит индивиду­альной учебной мотивации и характеру ценностных ориен­тации студентов. Если в системе ценностных ориентации будущая профессия и подготовка к ней занимают второ­степенное, место (а данные исследования подтверждают, что это характерно для значительной части студентов), то это лишь усиливает сложности, порождаемые внешними факторами. К числу внутренних факторов также относятся эмоционально-волевые характеристики личности и навыки самоорганизации, индивидуальная техническая и бытовая обеспеченность, обусловленная социо-экономическим статусом студента и его участием в разнообразных (позитив­ных или негативных) социальных связях и т. п.

Общая картина учебной деятельности с точки зрения распределения нагрузок и наличия времени для восста­новления и отдыха вытекает из обобщенных ответов на вопрос «Насколько напряженной оказывается учеба для вас лично?». Несомненно, что наиболее оптимальной является такая ситуация, при которой учебная деятельность студента име­ет систематический характер и сочетается с достаточными возможностями (экономическими, временными, физическими, социальными и др.)

Исследуя образ жизни студенческой молодежи необходимо упомянуть и о таких банальных, но очень важных вещах, как табакокурение, алкоголизация и наркомания. Вданной курсовой работе эта проблема рассматривается, главным образом, с точки зрения социальных факторов этих губительных процессов. Курение охватывает около 35% студентов любого, даже медицинского университета, причем, в среднем каждый третий студент и каждая седь­мая студентка курят ежедневно не менее 10 сигарет. Табач­ные биографии более чем каждого второго курильщика на­чинались еще в средней школе, а средний возраст начала курения составляет 15-16 лет. После поступления в вуз доля курильщиков заметно возрастает: если среди мужчин-курильщиков лишь каждый десятый пристрастил­ся к табаку в вузе, то среди женщин - почти каж­дая пятая[[24]](#footnote-24). Значит, в вузе имеются для этого усло­вия и нет реального противодействия. Каждые четыре из десяти курильщиков страдают от кашля, что вдвое превышает показатели, свойственные не­курящим. Они также заметно чаще болеют, но одновремен­но и чаще уповают на самолечение, вдвое чаще проявляют невежественность по поводу правильного режима питания и пренебрегают регулярным и полноценным питанием, хотя уровень материального благосостояния курильщиков оказы­вается в среднем не ниже фоновых значений по всему мас­сиву студентов вуза. Распространенность курения среди студентов оказывает­ся статистически прямо связанной с их учебной успеваемо­стью: чем ниже успеваемость, тем выше доля курильщиков.

 Алкоголизация достигает сегодня в среде российской молодежи такой степени массовости, что в качестве откло­нениятеперь следует признать отказ от алкоголя, трезвость. С точки зрения целейвуза как образователь­ной системы и одного из региональных очагов культуры не может не вызывать беспокойства то, что лояльность к ал­коголю статистически сочетается с отсутствием интереса к учебе, беспечным отношением к собственному здоровью, приниженной ценностью жизни (когда речь заходит об иных более модныхдевиациях - наркотиках или суициде). Студенчество и алкоголь - традиционная тема. На нее дав­но уже обращено пристальное внимание отечественных ис­следователей поведения молодежи и отклоняющегося по­ведения. В виде традицииалкоголь укоренялся на протяжении десятилетий в вузовской и академической среде, как и во всем российском обществе. Широко разделяемым было его публичное употребление в разнообразных ситуациях - на профессорских приемах, юбилейных банкетах и товарище­ских ужинах по поводу окончания обучения или защиты диссертаций. Публичный, характер некоторых традиций означал легитимизацию «культурного употребления» ал­коголя. Немаловажно и то, что «культурному употреблению» и, таким образом, традиционной алкоголизации подыгрывают местные производители пива и водки. Некоторые из них выступают в роли спонсоров престижных образовательных учреждений. И таким путем становятся «добрым другом» студенческой молодежи.

Наркомания, являясь медицинским диагнозом, одно­временно оказывается и усиливающимся фактором нега­тивных социальных, культурных и экономических измене­ний в молодежной и студенческой среде, а потому заслу­живает самого пристального внимания и грамотного, решительного и настойчивого действия.Особый статус проблемы наркомании,на фоне других вредных привычек, рассмотренных выше, не подлежит со­мнению, хотя часто не вполне осознается даже теми, кто по должности своей, профессионально занимается ее решени­ем. Весьма привычным является выделение медицинского и социального аспектов проблемы. С медицинскойточки зрения специалисты обычно характеризуют морфологию наркомании как заболевание, как психофизиологическую патологию. С социальнойточки зрения в наркомании отме­чают ее социальную обусловленность, т.е. всегда сопутст­вующие ей признаки социального отчуждения, изолиро­ванности, разрыва связей в обществе, личностного кризиса. И это совершенно справедливо.

Еще одной медицинской проблемой является недостаточная информированность студентов о своем здоровье, медицинских услугах и их предоставлении. С учетом того, что в системе ценностей современной молодежи здоровье стоит отнюдь не на первом месте, этот вопрос тем более важен: «ведь на индивидуальном уровне, отчасти из-за дефицита точной информации, например о доступных медицинских услугах, забота о собственном здо­ровье все чаще откладываетсяво времени, заболевание пе­реходит в острую или хроническую стадию, потенциал ме­дицинских учреждений остается неиспользованным, а чело­век и общество теряют еще одну частичку своего здоровья»[[25]](#footnote-25). Профилактическая функция информации о медицин­ских услугах оказывается нереализованной, не включенной в общее информационное пространство современного сту­дента - на серверы огромных компьютерных сетей, в об­щие информационные блоки факультетов, общежитий, центров досуга и спорта. С точки зрения концепции социального маркетинга можно сделать общий вывод о том, что в системе охраны здоровья населения, и в частности охраны здоровья сту­дентов как особой социальной группы, недостаточно реализовано. К тому же, в студенческом возрасте возникает сравнительно мало поводов обращаться за медицинской помощью, и, кроме того, родители нередко опекают своих детей-студентов. В отношении большинства студентов к современной медицине обнаруживаются противоречия, коренящиеся, с одной стороны, в стереотипном восприятии недостатков системы охраны здоровья и, с другой стороны, в недоста­точном благосостоянии и неразвитости собственного цен­ностного отношения к здоровью.

Таким образом, в отношении условий и образа жизнистуденче­ства следует выделить такие важные проблемы, как: недостаточная сформированность в университетской среде позитивных социальных стереотипов, относящихся к таким понятиям, как ценность здоровья, здоровый человек, здоровый образ жизни, риски в сфере здоровья и жизни; весьма широкая распространенность ложных стерео­типов в отношении социально обусловленных вредных привычек, главным признаком которых является индиви­дуальная и массовая лояльность к ним; слабая личная информированность о состоянии здо­ровья, некритическое восприятие негативных симптомов и ситуаций риска для здоровья, опасно широкое распростра­нение и дальнейшая экспансия вредных привычек и соци­альнообусловленных заболеваний; недостаточная общая активность использования воз­можностей творческих, развивающих и коллективных форм досуга, создаваемых в университете и в местном сообществе; проявляющиеся в студенческой среде признаки со­циальной дезадаптации, ослабления ценностного отноше­ния к здоровью, включенности в негативные, асоциальные связи и виды жизнедеятельности.

**1.3. Роль вузов в сохранении и поддержании здоровья студентов**

Проблема укрепления здоровья студентов, основного резерва кадров российского здравоохранения, носит стратегический характер для государства и общества. Задачей любого вуза является подготовка физически здоровых специалистов, способных долго сохранять работоспособность и творческую активность. Хорошее здоровье в совокупности с социальной зрелостью являются необходимыми условиями получения высшего профессионального образования, так как овладение науками сегодня требует от студентов вузов больших умственных, физических и психоэмоциональных затрат. К сожалению, состояние здоровья российского студенчества нельзя признать удовлетворительным. Без сомнения, являясь частью общества, студенты в полной мере испытывают воздействие различных неблагоприятных факторов, связанных с современной ситуацией в стране. Это и экономические трудности, усугубленные повышенными запросами, характерными для этого возраста, и связанные с ними ухудшение качества питания, условий жизни, необходимость дополнительного заработка. Необходимо признать, что студенты испытывают в современных условиях и влияние высочайшей интенсификации учебного процесса. При этом рост учебных нагрузок происходит на фоне девальвации значения физической культуры в жизни человека и свертывания профилактического направления в здравоохранении. Немаловажно, что, поступая в вуз, многие студенты вынуждены покидать прокреативную (родительскую) среду, начинают жить в общежитии, что радикально изменяет образ его жизни, требует приспособления к новым условиям жизни, что очень часто негативно сказывается на состоянии физического и психического здоровья.

Профилактических программ в сфере здоровья, реализуемых в российских вузах и описанных в литературе, сравнительно немного. Тем не менее, их анализ позволяет с достаточной полнотой судить как о содержании и направленности профилактической деятельности в студенческой среде, так и теоретических основаниях этой деятельности. В большинстве высших учебных заведений страны такие программы основываются лишь на формировании здорового образа жизни среди студенчества и реализуются путем преподавания дисциплин, предусмотренных государственным образовательным стандартом: основы медицинских знаний и профилактика болезней, валеология, здоровый образ жизни (ЗОЖ), безопасность жизнедеятельности, различные курсы по выбору. Большая работа по формированию здорового образа жизни среди студенчества проводится в рамках специальных программ профилактики, функционирования центров психологического консультирования и центров здоровья. Эффективность гигиенического воспитания повышается при создании в высших учебных заведениях оздоровительных центров, которые могут включать в себя кабинет здорового образа жизни, комнату психологической разгрузки, спорткомплекс, телефон доверия. Гигиеническое воспитание высших учебных заведениях, проводимое специалистами вузов, должно осуществляться во взаимодействии со специализированными учреждениями гигиенического воспитания, лечебно-профилактическими учреждениями (поликлиники, лечебно-физкультурные и наркологические учреждения).

С целью формирования сознательного отношения студентов к просвещению в сфере здоровья, активизации субъективных факторов сохранения и укрепления здоровья, таких как организованность и самодисциплина, в Волгограде методом опроса было проведено социологическое исследование, охватившее 250 студентов в возрасте 19 – 22 лет[[26]](#footnote-26). Данные исследования показали «перекормленность» молодежи словесными пропагандистскими конструкциями, обнажили острое противоречие между уровнями образованности и воспитанности молодежи. Прочность положительных привычек, стереотипов здорового образа жизни, способность к противостоянию негативным влияниям находились в прямой зависимости от активности жизненной позиции, вовлеченности в труд и характера отношений в родительской семье. В Волгоградской области широко используются такие методы медико-социальной работы с молодежью, как тематические радио - телепередачи, тренинги, а также семинары и конференции, проводимые совместно с администрацией области и специалистами — медиками, психологами, работниками сферы физической культуры и спорта, молодежных и профсоюзных организаций

Управление охраной здоровья студентов - задача всего коллектива высшего образовательного заведения, в реализации, которой принимают участие многие под­разделения и структуры вуза (от ученого совета до куратора студенче­ской группы, от проректора по воспитательной работе до коменданта общежития). Для принятия научно обоснованного решения в области управления охраной здоровья студентов требуются данные медико-со­циального, экономического, правового и иного характера. Следует также учитывать факторы, определяющие формы и мето­ды управления охраной здоровья студентов в целом и на отдельных факультетах в частности: социальные факторы (социальная направленность внутривузовских и внутрифакультетских решений и действий); уровень социально-экономического положения каждого студента; реализация принципов социальной справедливости и доступ­ность для всех студентов, преподавателей и сотрудников дости­жений науки и практики в области охраны здоровья населения; уровень научного обеспечения проблем управления охраной здоровья студенческой молодежи; адаптация международного опыта в области медико-социального обеспечения студентов РФ в целом[[27]](#footnote-27). Важная теоретическая проблема медико-социального обеспечения студентов - определение правильного соотношения внутренних и внешних связей системы управления охраной их здоровья. Комплексная система охраны здоровья студентов состоит из структурных (соответствующие структурные подразделения медико-социального обеспечения университета) и функциональных (вузовские ЛПУ) элементов. Все элементы системы управления охраной здоровья студентов должны быть взаимосвязаны между собой. Для нормального функционирования факультетов и института кураторов по управлению охраной здоровья студентов необходимо, чтобы между ними был налажен постоянный обмен информацией. Основные задачи процесса управления охраной здоровья студентов вуза - это[[28]](#footnote-28): 1) усиление мер первичной и вторичной профилактики наиболее распространенных заболеваний, устранение условий и факторов (факторы риска), которые способствуют появлению или развитию этих заболеваний; улучшение окружающей среды, условий труда и быта, проведение санитарно-оздоровительных мероприятий, укрепление здоровья отдельных групп студентов (студенты-инвалиды, студенты-сироты); развитие активного отдыха и массовой физической культуры, обеспечение рационального питания студентов; активизация работы по воспитанию и привитию культуры здоровья; 2) развитие и совершенствование диспансеризации как конкретного направления в процессе управления охраной здоровья студентов; 3) обеспечение прочной научной базы совершенствования профилактики заболеваний путем существенного повышения качества научных исследований по проблемам здоровья студентов и внедрения результатов исследований в процесс управления охраной здоровья студентов вуза. Осуществление профилактических мероприятий можно обеспечить в полной мере, только превратив профилактику в инструмент целенаправленной деятельности всего коллектива вуза, с поддержкой региона и государства.

В настоящее время повсеместно идет самостоятельная проработка организационных и экономических основ создания службы семейной медицины в России. В Белгородском государственном университете одними из первых среди российских вузов забили тревогу о здоровье молодого поколения[[29]](#footnote-29). Реанимировав санаторий-профилакторий и организовав на его площадях Центр семейной медицины(ЦСМ)*,* в университете увеличили объем оказываемой медицинской помощи студентам, сотрудникам, преподавателям и членам их семей. Используя новейшие технологии управления и организации оказания медико-санитарных услуг, в университете разработали и предлагают новые прогрессивные механизмы управления охраной здоровья студентов.

В структуру ЦСМ включены отделения врачей общей (семейной) практики; социально-психологической помощи; физиотерапевтическое; лабораторное; стоматологическое; отделение клинической нейровер-тебрологии; санаторий-профилакторий с дневным стационаром; столовая лечебно-диетического питания с фитобаром; медико-юридический кабинет; администрации. Основные направления работы ЦСМ и его подразделений: проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию студентов и населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний; осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска. Организация и проведение диспансеризации; осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья студентов, сотрудников и членов их семей, проведение врачебного обследования и необходимых оздоровительных мероприятий; своевременная диагностика, оказание срочной помощи при неотложных состояниях и острых заболеваниях. Внебольничная диагностика распространенных заболеваний; своевременная госпитализация больных в установленном порядке. Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики Центра семейной медицины; проведение медицинской экспертизы в установленном порядке. Оказание консультативной помощи студенческой семье по вопросам: вскармливания, воспитания детей, их подготовки к посещению детских дошкольных учреждений, обучению в школе, профориентации. Иммунопрофилактики; планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных и медико-сексуальных аспектов семейной жизни. Ведение утвержденных форм учетной и отчетной медицинской документации. Проведение научных исследований по вопросам охраны здоровья студентов, семейной медицины и в смежных областях. Проведение врачебных обследований; составление планов семейного, функционального, инструментального, лабораторного, социального, психологического обследования. Клиническая оценка результатов анализов крови, мочи, мокроты, ликвора, желудочного сока, дуоденального содержимого и т. п., а также результатов лучевых, электрофизиологических, ультразвуковых и других распространенных в клинической практике диагностических методов исследования. Формулирование в своих заключениях диагностических решений (клинический и предварительный диагноз) в соответствии с требованиями МКБ-10. Применение принципов и методов профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний, а также реабилитация пациентов.

Врач Центра семейной медицины может проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия в объеме квалифицированной терапевтической помощи при лечении распространенных у взрослых и детей заболеваний органов дыхания, кровообращения, пи­щеварения, печени и желчных путей, мочевой системы, системы крове­творения, эндокринной системы и нарушения обмена веществ, ревма­тических болезней и т. д.

В отделении врачей общей (семейной) практикиоказывают экс­тренную медицинскую помощь студентам, сотрудникам, преподавате­лям и членам их семей (угрожающие жизни состояния, несчастные случаи; при необходимости и по показаниям обеспечивается транспор­тировка больных в другое лечебно-профилактическое учреждение для оказания специализированной медицинской помощи); осуществляют амбулаторный прием больных и посещают больных на дому; проводят профилактическую работу со студентами, сотрудниками, преподавате­лями и членами их семей (вакцинопрофилактика, мероприятия по ук­реплению здоровья, внедрение программы здорового образа жизни студента).

Специалисты отделения осуществляют лечение больных в дневном стационаре и в стационаре на дому; направляют пациентов на консуль­тации к узким специалистам и на плановую госпитализацию по показа- ниям; проводят экспертизу временной нетрудоспособности и направля­ют на медико-социальную экспертизу; проводят обязательные предва­рительные и периодические медицинские осмотры работников и води­телей транспортных средств. Задачи работников санатория-профилактория с дневным стацио­наром *-* оздоровление и лечение студентов, преподавателей, сотрудни­ков и членов их семей, а также всех остальных граждан как без отрыва от производственной и учебной деятельности, так и в период отпусков и каникул; разработка и предоставление рационального необходимого лечебно-диетического питания; обеспечение полноты и непрерывности лечебно-оздоровительного процесса, высокой эффективности и преем­ственности в работе с учреждениями здравоохранения.

В отделении социально-психологической помощипроводятся диаг­ностика разных сторон личности студентов, детей, подростков и взрос­лых, диагностика нарушений семейной системы и их связи с парамет­рами развития студента; изучаются психологические особенности личности учащихся, абитуриентов и студентов с целью определения их профессиональной пригодности к определенным профессиям, с после­дующим формулированием обоснованных рекомендаций по выбору профессии; разрабатываются индивидуальные психокоррекционные программы, направленные на разрешение проблем личности студентов и других пациентов всех возрастов. В отделении проходят консультации для родителей и кураторов по проблемам развивающейся личности студента; осуществляются диаг­ностика и социально-психологическая помощь в кризисных состояниях студентам, а также ветеранам вуза и людям пожилого возраста; прово­дятся индивидуальные и групповые социально-психологические кон­сультации и тренинги со студентами вуза по различным психологическим проблемам. Здесь оказывают психологическую и психотерапевтическую помощь студентам, преподавателям и другим категориям граждан в решении проблем профессионального и личностного самоопределения и самореализации, групповую психотерапевтическую помощь, а также проводят тренинги личностного роста для преподавателей, студентов и других категорий граждан.

Специалисты отделения обеспечивают социальную защиту прав студентов и других категорий граждан в вопросах охраны здоровья, оказывают медико-социальную помощь; организуют социально-гигие­нический мониторинг, а также проводят комплексную оценку социаль­ного статуса студента; разрабатывают комплексные программы медико-социальной помощи студентам.

В физиотерапевтическом отделениипроводят физиотерапевтиче­ские процедуры; лечебную физкультуру и массаж; дыхательную гимна­стику; мануальную терапию; назначают лечебные и общеукрепляющие фитококтейли. В лабораторном отделениипроводятся клинические, биохимиче­ские, бактериологические исследования; рентгенологическое стацио­нарное обследование и рентгенологическое обследование на дому. В стоматологическом отделенииоказывают стоматологическую, в том числе неотложную помощь; проводят профилактическую санацию полости рта, зубопротезирование. В отделении клинической нейровер-тебрологиипроводятся функ­циональная диагностика (ЭКГ, ФКГ, функциональные пробы, реография и др.); ультразвуковая и тепловизорная диагностика; стационарное ле­чение; профилактическая санация позвоночника; лечение заболеваний позвоночника. В столовой лечебно-диетического питанияс фитобаром предостав­ляется лечебно-диетическое питание; преподается культура лечебного диетического питания и питания вообще. Специалисты медико-юридического кабинетапредоставляют сле­дующие услуги: ведение программы поддержки здоровья студентов вуза; заключение индивидуальных, семейных и, накопительных договоров на медицинское обслуживание студентов; защиту прав потребителей ме­дицинских услуг; защиту прав медицинских работников.

Крайне важны разработка и внедрение программ охраны здоровья и диспансеризации студентов, в том числе с выявленной хронической патологией, в медицинских и в специальных ведомственных амбулаторно-поликлинических учреждениях (например, Центр семейной медици­ны Белгородского государственного университета). При разработке этих программ необходимо учитывать региональные особенности структуры заболеваемости[[30]](#footnote-30).

Для оценки динамики состояния здоровья студентов университета на этапах разработки и внедрения программ по охране здоровья целе­сообразно внедрение автоматизированных мониторинговых систем, которые должны учитывать первоначальные данные состояния здоровья и использовать единые принципы и методы сбора и обработки получае­мой информации.

Таким образом, выяснилось, что одну из важнейших ролей в системе сохранения и укрепления здоровья студентов играют вузы, которые в свою очередь, в связи с отсутствием в России единой программы внедрения здоровьесберегающих технологий, часто заменяют их на профилактические меры. Главный недостаток профилактических программ – использование однотипных методов профилактики – информационной деятельности, различных акций, средств физической культуры и спорта. А основная проблема в сфере реализации профилактических программ – недостаточное внимание к эмпирической и теоретической основе разработки профилактических программ и последующей оценке их эффективности.

Итак, характеризуя образ жизни и здоровье современных студентов нужно отметить, что в студенческой среде преобладает удовлетворенность собственным здоровьем. Каждый студент имеет реальную возможность выбора значимых для него форм жизнедеятельности, типов поведения. Анализ фактических материалов о жизнедеятельности студентов свидетельствует о ее неупорядоченности и хаотичной организации. Студенты мало уделяют внимания таким факторам, как медицинская активность населения, закаливание, сексуальная культура, несмотря на то, что последний фактор должен быть очень важным и значимым для молодежи. Руководство вузов все чаще обращают внимание на проблему укрепления и сохранения здоровья студентов.

**Глава 2**

**2.1. Концептуальные подходы в формировании, сохранении и укреплении здоровья студенческой молодежи в современных условиях**

Проблема внедрения здоровьесберегающих технологий в студенческой среде интересовала отечественных и зарубежных исследователей давно. Разработано множество теорий и концепций, предполагающих ее решение. Так в 1963г. И.Розенстоком и Дж. Кирстчем была разработана теория убеждений о здоровье[[31]](#footnote-31). На первоначальном этапе ее целью было объяснить, почему так трудно мотивировать людей к выполнению действий, направленных на предотвращение заболеваний. Позже она стала использоваться для объяснения поведения в сфере здоровья. Согласно теории, на вероятность реализации определенного поведения в сфере здоровья влияет осознаваемая угроза заболевания. На осознаваемую угрозу заболевания, в свою очередь, влияют четыре группы факторов: состояние готовности к изменению своего поведения, степень убежденности в способности определенных действий снизить угрозу, демографические и социально-психологические перемены, а также факторы, которые являются пусковыми для целенаправленного действия. Состояние готовности к изменению своего поведения складывается из двух компонентов: опасений по отношению к определенному состоянию в сфере здоровья (субъективная оценка индивидом вероятности, например, заразиться каким-либо заболеванием) и осознаваемой серьезности этого состояния (оценка неблагоприятных последствий состояния: смерть, боль, инвалидность и т.п.). Степень убежденности в способности определенных действий снизить угрозу также включает в себя два компонента: воспринимаемые выгоды и воспринимаемые барьеры для этих действий в сфере здоровья. Под воспринимаемыми выгодами понимается субъективная оценка индивидом эффективности рекомендуемых действий в сфере здоровья, т.е. оценка вероятности снижения угрозы для здоровья в случае выполнения этих действий. Воспринимаемые барьеры включают в себя финансовые и временные затраты, побочные эффекты и другие негативные последствия, к которым могут приводить рекомендуемые действия. На состояние готовности к изменению своего поведения и на степень убежденности в способности конкретных действий снизить угрозу влияют демографические, социальные и психологические переменные. Под пусковыми механизмами к действию понимаются внутренние (например, ослабление здоровья с возрастом) и внешние (например, история из газетных или телевизионных новостей либо заболевший друг) факторы, способствующие пониманию индивидом того, что опасность угрожает не всем людям вообще, а лично ему. Сегодня накоплен значительный объем эмпирических данных относительно применимости модели убеждений о здоровье к различным видам поведения в сфере здоровья. Тем не менее, теория убеждений о здоровье сегодня подвергается критике за то, что в ней рассматриваются только личностные факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья, и не затрагиваются характеристики социального окружения.

 Теория разумного действия. Авторами являются И. Айзен и М. Фишбейн[[32]](#footnote-32). Теория разумного действия при объяснении поведения в сфере здоровья также постулирует ведущее значение личностных факторов. Однако с позиций этой теории социальному окружению придается большее значение, чем в модели убеждений о здоровье. В основе теории лежит предположение, что поведение в сфере здоровья зависит от намерений личности действовать определенным образом. Намерения, в свою очередь, формируются двумя факторами: установками по отношению к реализации конкретного вида поведения и усвоенными личностью (т.е. субъективными) социальными нормами. Установки по отношению к реализации поведения включают в себя предположения о том, к каким результатам приведет выполнение конкретных действий, а также предположения о ценности этих результатов. Субъективные нормы складываются на основе представлений о том, поддержат ли вид поведения окружающие, а также из мотивации вести себя так, как этого хотят окружающие. Как на установки по отношению к реализации поведения, так и на субъективные нормы оказывают влияние социально-демографические характеристики, личностные особенности, опыт, культура и т.д. Предполагается, что индивид будет проявлять благоприятное для здоровья поведение в том случае, если оно с большой вероятностью приведет к позитивным результатам, а также будет одобрено членами референтной социальной группы. Теория разумного действия успешно применялась для предсказания и объяснения самых различных видов поведения в сфере здоровья. Среди них курение, употребление алкогольных напитков, использование средств контрацепции, прохождение обследования на рак груди, обращение за помощью в медицинские учреждения, выполнение физических упражнений, использование мотоциклетных шлемов и автомобильных ремней безопасности, применение средств защиты от повреждающего воздействия солнечных лучей, грудное вскармливание, предотвращение ВИЧ-инфекции и заболеваний, передаваемых половым путем. Теория разумного действия была положена в основу целого ряда программ вмешательства. Недостатком теории разумного действия является то, что она объясняет только те виды поведения, в основе которых лежит личностная мотивация, воля человека. Однако в сфере здоровья существует множество видов поведения, которые формируются не столько волевой активностью, сколько генетическими и физиологическими факторами. Так, генетические факторы могут лежать в основе переедания, а физическая зависимость — в основе употребления алкоголя и наркотиков. Влияние этих факторов на поведение человека в сфере здоровья было учтено в теории планируемого поведения.

 Теория планируемого поведения[[33]](#footnote-33). Представляет собой модифицированный и расширенный вариант теории разумного действия. Теория была создана в 1985 г. И. Айзеном — одним из авторов теории разумного действия. Помимо установок по отношению к реализации поведения и субъективных норм, им был выделен еще один фактор, определяющий поведение в сфере здоровья, — воспринимаемый контроль над поведением. Необходимость введения этого фактора была вызвана предположением, что поведение одновременно определяется мотивацией (намерение) и способностью (контроль поведения). Согласно теории, в случае, когда воспринимаемый контроль над поведением высок, человек будет тратить больше усилий на реализацию соответствующего вида поведения. Воспринимаемый контроль над поведением, наряду с установками по отношению к реализации определенного вида поведения и субъективными нормами, влияет на намерение действовать определенным образом. Относительный вес каждого из этих трех факторов в формировании намерения различен для разных видов поведения в сфере здоровья и для разных групп населения. Воспринимаемый контроль обусловлен контролирующими установками и воспринимаемой силой. Контролирующие установки — это установки относительно наличия или отсутствия: 1) барьеров, препятствующих реализации определенного вида поведения; 2) факторов, способствующих реализации этого вида поведения. Воспринимаемая сила — влияние каждого из этих барьеров или факторов на прекращение определенного вида поведения или на формирование нового вида поведения в сфере здоровья. Таким образом, человек, у которого ярко выражены контролирующие установки на то, что существуют факторы, содействующие поведению, имеет высокий уровень воспринимаемого контроля над поведением. Напротив, человек, у которого ярко выражены контролирующие установки на то, что существуют факторы, препятствующие поведению, будет иметь низкий уровень воспринимаемого контроля. В течение последних лет теория планируемого поведения была использована для объяснения формирования следующих видов поведения в сфере здоровья: выполнение физических упражнений; курение; употребление наркотиков; предотвращение ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем; прохождение профилактических медицинских осмотров; обследование на рак молочной железы; соблюдение правил гигиены полости рта. Проведенные в рамках верификации модели исследования показали, что воспринимаемый контроль определяет как намерение, так и поведение в сфере здоровья.

 Теория устрашения[[34]](#footnote-34). Создана в 1992 г. К. Витте. Согласно теории, страх является одним из существенных факторов, мотивирующих человека к изменению своего поведения на более безопасное для здоровья. Важным для обеспечения изменения поведения в желательном направлении является то, что сообщение, направленное на стимулирование реакции страха у индивида, должно содержать не только устрашающую информацию, но и вариант решения проблемы. Только в этом случае индивид выберет стратегию контроля угрозы и изменит свое поведение на менее опасное для здоровья. Если же сообщение будет содержать только устрашающую информацию, индивид, скорее всего, выберет стратегию контроля чувства страха. В этом случае он будет использовать одну из малоадаптивных форм поведения: отрицание (например, «Я не подвержен риску заражения СПИДом, это меня не касается»), сопротивление (например, «Они просто манипулируют мной, я буду их игнорировать») или избегание (например, «Это слишком страшно. Я не буду думать об этом»).

 Теория стадий изменения поведения (Транстеоретическая модель)[[35]](#footnote-35). Была разработана в 1980-х гг. для описания тех стадий, которые проходят люди в изменении своего поведения в сторону более благоприятного для здоровья. Авторами являются Дж.О. Прочаска и С.С. Ди Клементе. При разработке своей модели авторы использовали уже имеющиеся теоретические модели, описывающие поведение в сфере здоровья. Теория выделяет шесть основных стадий, через которые проходят индивиды в процессе изменения своего поведения: стадия, предшествующая размышлениям об изменении поведения; стадия размышлений об изменении поведения; стадия подготовки к изменениям; стадия действия; стадия поддержания изменений; завершающая стадия. На первой стадии человек еще не думает об изменении поведения. Это может быть связано как с недостатком информации о том, что поведение, которого он придерживается, приносит здоровью вред, так и с отсутствием мотивации к изменению поведения либо с сопротивлением превентивным вмешательствам. Вторая стадия, размышления об изменении поведения, предполагает, что человек начинает задумываться о необходимости изменить свое поведение. На этой стадии он оценивает преимущества и недостачи изменения поведения. Здесь действуют механизмы, описанные в модели убеждений о здоровье. Как только человек принимает решение изменить свое поведение в течение 30 ближайших дней, он переходит на стадию подготовки к изменениям. На этой стадии он собирает информацию, необходимую для того, чтобы изменить поведение, и составляет план действий. На стадии действия человек изменяет свое поведение в сфере здоровья на более безопасное. На стадии поддержания изменений новое поведение становится частью образа жизни. Стадия завершения предполагает, что изменения поведения закрепились и возврат к старому паттерну поведения уже никогда не произойдет. Помимо стадий изменения поведения, авторы теории ввели в модель понятия баланса принятия решений, самоэффективности, а также описали процессы, сопровождающие изменение. Баланс принятия решений отражает процесс оценки индивидом всех «за» (выгоды) и «против» (затраты) изменения. Самоэффективность определяется двумя параметрами: 1) зависящим от ситуации убеждением людей в том, что они смогут справиться с обстоятельствами, в которых их здоровье подвергается высокому риску, и больше не возвращаться к вредному для здоровья или рискованному поведению; 2) искушением— интенсивностью побуждений практиковать определенное привычное поведение в трудной ситуации. Выделяется три типа трудных ситуаций: негативное эмоциональное состояние, позитивные социальные ситуации и страстное желание. Изменение поведения по мере того как человек проходит стадии изменения сопровождается целым рядом скрытых и явных видов активности. Наибольшее подтверждение в исследованиях получило существование таких процессов, как повышение уровня осознания проблемы, сильное подкрепление, изменение самооценки, переоценка окружающей среды, самоосвобождение, установление отношений с теми, кто оказывает поддержку, создание противоположных условий, управление подкреплением, контроль стимулов, социальное раскрепощение. Повышение уровня осознания проблемы предполагает сообщение и обучение использованию новых фактов, идей и советов, которые поддерживают изменения поведения в сфере здоровья. Сильное подкрепление означает переживание негативных эмоций (страх, беспокойство) при реализации поведения, связанного с высоким уровнем риска для здоровья. Изменение самооценки — это осознание того, что необходимое изменение поведения является важной частью самоидентичности. Переоценка окружающей среды связана с осознанием негативного влияния опасного для здоровья и, соответственно, позитивного влияния благоприятного для здоровья поведения на субъективно значимое социальное и физическое окружение. Самоосвобождение предполагает принятие твердого решения о необходимости изменения поведения. Под установлением отношений с теми, кто оказывает поддержку, понимается поиск и использование социальной поддержки для изменения поведения в сфере здоровья. Создание противоположных условий определяется как замещение опасных для здоровья убеждений и видов поведения убеждениями и поведением, благоприятными для здоровья. Управление подкреплением означает предоставление «наград» за позитивные изменения поведения и получение «наказания» за негативные виды поведения. Контроль стимулов описывается как удаление сигналов и напоминаний, предрасполагающих к проявлению вредного для здоровья поведения, и введение сигналов и напоминаний, предрасполагающих к проявлению благоприятного для здоровья поведения. Социальное раскрепощение — это осознание того, что социальные нормы изменяются в направлении поддержки благоприятных для здоровья поведенческих изменений. Немало исследований было направлено на проверку предположения, что процессы, описывающие изменение поведения в сфере здоровья, характерны для различных видов этою поведения. Результаты демонстрируют, что десять описанных процессов сопровождают изменение поведения в таких сферах, как табакокурение, диета, употребление кокаина, выполнение физических упражнений, использование презервативов и защита от воздействия прямых солнечных лучей. Однако структура этих процессов различна для разных видов поведения. Изменение некоторых видов поведения в сфере здоровья, например прохождение профилактических медицинских осмотров на наличие рака груди, характеризуется меньшим количеством процессов. Теория стадий изменения поведения широко применяется при разработке вмешательств, направленных на изменение таких видов поведения в сфере здоровья, как курение, диета и выполнение физических упражнений. В последнее время теория используется для воздействия на прохождение профилактических медицинских осмотров на наличие рака груди, употребление алкоголя, использование презервативов, предоставление органов донорами. Она является основой для превентивных вмешательств в различном социальном окружении: в учреждениях первой медицинской помощи, на дому, в церквях, школах, общностях. В одних случаях применение модели было эффективным, в других — нет. Транстеоретическая модель сформировала в профессиональном кругу понимание того, что все население можно разделить на группы по признаку стадий изменения поведения, на которой находится каждая из них. При работе с каждой такой группой должны использоваться разные методы воздействия. При этом вмешательства не должны заканчиваться на стадии изменения, поскольку необходимо предпринимать специальные усилия, направленные на закрепление новой модели поведения. Важным следствием принятия модели стало понимание того, что процесс изменения поведения не обязательно должен быть кратковременным — он может длиться годы.

 Теория, описывающая процесс принятия мер предосторожности[[36]](#footnote-36). Была предложена Н.Д. Вейнстейн и П.Н. Сандман. Некоторые аспекты теории обсуждались уже в 1988 г., а полный вариант был опубликован в 1992 г. Цель модели — объяснить, как человек принимает решение относительно сохранения и укрепления своего здоровья и как он переводит это решение в действие. Поэтому центральным в теории является психическое состояние индивида, а не внешние по от ношению к индивиду факторы, такие как актуальное или прошлое поведение. Выделяется семь стадий, которые проходит человек на пути от осознания к действию. На первой стадии— отсутствия осознания проблемы — проблема не осознается. На второй стадии — отсутствия мнения, что проблема касается человека лично — люди уже что-то знают о проблеме. Третья стадия — принятие решения — характеризуется тем, что люди рассматривают проблему как касающуюся их лично и выбирают вариант поведения. Они решают, стоит или не стоит предпринимать действия, направленные на решение проблемы. Если они решили ничего не делать, они переходят на четвертую стадию — решения не действовать, и процесс принятия мер предосторожности заканчивается. Если же они решили предпринять определенные действия, то переходят на пятую стадию— решения действовать. На шестой стадии — действия — люди предпринимают определенные действия, направленные на решение проблемы. Седьмая стадия — поддержания поведения — характеризуется тем, что человек продолжает вести себя так, чтобы не быть подверженным влиянию определенных факторов риска. Теория предполагает, что люди последовательно переходят с одной стадии на другую и не могут пропускать стадии. Однако возможен переход с более поздних стадий на более ранние. Исключение здесь представляют первая и вторая стадии, на которые невозможно перейти со стадий три — семь. Для того чтобы стимулировать переход с первой стадии на вторую, можно использовать распространение сообщений об угрозе и об эффективных предосторожностях в средствах массовой информации. Переходу со второй на третью стадию способствует общение со значимыми другими и личное столкновение с угрозой для здоровья. Важными для перехода с третьей на четвертую или на пятую стадии являются убеждения о вероятности и опасности угрозы, о личной подверженности угрозе, об эффективности и трудностях принятия мер предосторожности, а также поведение и рекомендации других людей, воспринимаемые социальные нормы, страх и беспокойство. Для перехода с шестой стадии на седьмую необходимы время, усилия, ресурсы, детализированная информация о том, как нужно действовать, напоминания и другие стимулы к действию, поддержка при выполнении действий. Теория является относительно новой. Ее применили пока только к некоторым видам связанного со здоровьем поведения, в частности, для превенции остеопороза, медицинским обследованиям на рак груди, вакцинации против гепатита В, тестирования уровня радиоактивного газа радона в доме.

Таким образом, существующие теории и концепции, рассматривают влияние определенных факторов на здоровье человека. Некоторые из них применяются в российской системе высшего образования для поддержания и развития здоровья студентов. Но есть некоторые проблемы, связанные с внедрением той или иной теории. Первая из них – нерешенный вопрос о соответствии описанных теоретических моделей социокультурным характеристикам российской молодежи. Вторая – ориентация российских специалистов при разработке и реализации программ на специфику целевого контингента, то есть студенчества. Авторы программ стремятся учесть особенности студенчества чаще всего на интуитивном уровне. Это приводит к отсутствию определенных целей и задач воздействия и к планированию исходя из доступных методов реализации. Третья – территориальная неоднородность российского студенчества с точки зрения повреждающих здоровье факторов. Она приводит к трудности разработки типовых профилактических программ для реализации во всех российских вузах.

**2. 2. Отечественные модели и стратегии укрепления здоровья студенческой молодежи**

Успешное внедрение в учреждениях профессионального образования всех уровней здоровьесберегающих технологий возможно на основе применения педагогически обоснованных способов и методов: мониторинга состояния здоровья всех участников образовательного процесса; создание оптимальных условий для двигательной активности, закаливание, очищение и защита организма; соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил; использование медикаментозных средств здоровьесбережения. В настоящее время выделяют несколько моделей здоровьесбережения: «недостаточную», объяснимую нехваткой финансовых и кадровых ресурсов для организации системной оздоровительной работы, низкой активностью педагогического коллектива. «Типичную», отличающуюся недостаточным уровнем финансового и кадрового обеспечения и вместе с тем желания педагогического коллектива налаживать системную оздоровительную работу. «Перспективную», объединяющую в себе три наиболее типичные модели: нацеленную на создание внутри образовательного учреждения благоприятной здоровьесберегающей среды, отвечающей существующей санитарным нормам и правилам, обладающей значительным потенциалом; ориентированную на активное использование разнообразных терапевтических и немедикаментозных средств укрепления здоровья под контролем медицинских работников и соответствующих специалистов; модель, при которой образовательное учреждение, не располагая широкими финансовыми и кадровыми возможностями, создает здоровьесберегающую среду за счет оптимального использование имеющихся возможностей и средств, грамотной работы педагогов.

 В Волжской государственной инженерно-педагоги­ческой академии за основу взята инвариантная модель сохранения и укрепления здоровья преподавателей, студентов и сотрудников, включающая элементы всех перечисленных моделей. Разработана также Програм­ма здоровьесбережения, обеспечивающая: реализацию здоровьесберегающей концепции, основанной на паритетности образования и здоровья; формирование у студентов, преподавателей, со­трудников ценностного отношения к здоровью, здоро­вому образу жизни; внедрение в образовательный процесс здоровьесберегающих технологий; разработку индивидуальных оздоровительных программ; медико-физиологический и психолого-педагоги­ческий мониторинг здоровья преподавателей, со­трудников, студентов и создание на его основе ком­пьютерной базы данных; осуществление научной и методической работы в области здоровьесбережения, создание и исполь­зование передовых методик формирования здорового образа жизни с учетом индивидуальных склоннос­тей, способностей и психофизиологических особен­ностей всех участников образовательного процесса; разработку и проведение теоретических курсов
и практикумов по теме: «Здоровьесбережение человека в современных условиях». Реализуемая в Волжской инженерно-педагогической академии комплексная система мер по сохранению и укреплению здоровья преподавателей, сотрудников, использование здоровьесберегающих технологий обеспечивают паритетность образования и здоровья для всех участников образовательного процесса.

Ряд высших учебных заведений при выборе методов формирования здорового образа жизни в студенческой среде на уровне личности исходят из концепции отношения к здоровью. Опыт работы института физической культуры Ростовского педагогического университета[[37]](#footnote-37) демонстрирует возможность глубокого осознания, практического освоения и приобретения навыков использования здоровьесберегающих технологий в повседневной жизни современного студента. Основу внедрения таких технологий составляет в вузе цикл мероприятии: лекции и практические занятия по курсу «Медико-педагогические аспекты здоровья» создают теоретический и практический фундамент для формирования здорового образа жизни. Хорошо известно, что для перевода умения в навык-привычку-образ необходимо последовательное систематическое и длительное возвращение к изученному и освоенному материалу, причем в условиях, близких к тем, которые будут существовать в окружающей студента и выпускника социальной среде.

Успешным ученик может стать в условиях только той образовательной среды, которая способна обеспечить соблюдение его прав, создать ему комфортные условия для получения образования, реализует личностно-ориентированные подходы в образовании, использует технологии обучения, позволяющие сохранять здоровье учащихся. В последние несколько лет образовательную среду с такими параметрами стали называть здоровьесберегающей средойобразовательного процесса.«Здоровьесберегающая технология»— это наука о здоровье, здоровом образе жизни и о мастерстве сохранения здоровья. Следует заметить, что вданном случае понятие «искусство» обозначает отнюдь не определенную форму человеческой деятельности, отражающей действительность в художественных образах (музыка, театр, живопись, литература), а, скорее, искусное выполнение определенной работы. В этом смысле оно является синонимом слова «мастерство». В массовом сознании мастерство рассматривается как высший, творческий уровень освоения определенной деятельности. В этом значении оно противостоит массовому среднему уровню исполнения. Поэтому термин «технология» можно перевести с греческого языка как «учение об искусном, мастерском выполнении какой-либо деятельности».

Здоровьесберегающие образовательные технологии можно рассматривать и как качественную характеристику любой образовательной технологии, и как совокупность принципов, методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения, наделяют их признаком здоровьесбережения. Здоровьесберегающие технологии являются составной частью и отличительной особенностью всей образовательной системы. Поэтому все, что относится к образовательному учреждению: характер воспитания и обучения, уровень педагогической культуры учителей, содержание образовательных программ, условия проведения учебного процесса и т. д., — имеет непосредственное отношение к проблеме здоровья учащихся[[38]](#footnote-38).

Постановка задачи здоровьесбережения в образовательном процессе может рассматриваться в два этапа. На первом этапе воплощается фундаментальный принцип «Не навреди!». Реализация рабочей программы включает выявление и каталогизацию факторов, оказывающих или потенциально способных оказать вредное (патогенное) воздействие на организм учащегося — его физическое, психическое (психологическое), репродуктивное, духовно-нравственное здоровье, и, в дальнейшем, устранение этих факторов или смягчение их воздействия на учащихся и педагогов. Таким образом, первый этап с использованием здоровьесберегающих образовательных технологий заключается в обеспечении таких условий обучения, воспитания, развития, которые не оказывают негативного воздействия на здоровье всех субъектов образовательного процесса. Второй этап включает программу формирования у субъектов образовательного процесса физического, психического, духовно-нравственного здоровья, воспитание у них культуры здоровья, действенной мотивации на ведение здорового образа жизни. На этом этапе определение здоровьесберегающих образовательных технологий следует рассматривать как совокупность всех используемых в образовательном процессе приемов, методов, технологий, не только сберегающих здоровье учащихся и педагогов от неблагоприятного воздействия факторов образовательной среды, но и способствующих воспитанию у школьников культуры здоровья. Технология проектируется исходя из конкретных условий и ориентирования на заданный, а не предполагаемый результат. Поэтому проектирование здоровьесберегающей образовательной среды рассматривается в качестве важнейшего элемента работы по сохранению и укреплению здоровья учащихся.

Для создания необходимых условий успешности в обучении учащихся, выяснения причин их неуспеваемости необходимо изначально подвергнуть подробному анализу случаи неуспешности каждого ученика в отдельности. На основе полученных результатов создается индивидуальная комплексная программа работы с данным учеником. Успех — это удача в достижении чего-либо, хорошие результаты в работе, учебе. Успешность школьника напрямую связана с его успеваемостью.

Наряду с такими факторами, как генетическая обусловленность, неблагоприятные социальные, экологические условия развития и другие им подобные, отрицательное и существенное воздействие на здоровье студентов оказывает так называемая внутривузовская группа факторов. С негативным влиянием именно этих факторов, к которым относится интенсификация и нерациональная организация учебного процесса, несоответствие методик обучения возрастным возможностям студентов и т. п., специалисты связывают до 40% детско-подростковой патологии[[39]](#footnote-39). Следует учесть, что утомительность урока не является следствием какой-либо одной причины (сложности материала или психологической напряженности), а определенным сочетанием, совокупностью различных факторов. Именно переутомление создает предпосылки развития острых и хронических нарушений здоровья, нервных, психосоматических и других заболеваний[[40]](#footnote-40).

Реальным проводником всех идей, инноваций, замыслов, внедряемых в высшую школу учеными и управленцами, является преподаватель[[41]](#footnote-41). Возложение на него такой, казалось бы, несвойственной ему задачи — заботы о здоровье учащихся — определяется следующими причинами. Во-первых, именно в университете студенты проводят большую часть своего времени. И не помогать им сохранять свое здоровье было бы непрофессионально. Во-вторых, определенное воздействие на здоровье студента оказывает учебный процесс. В-третьих, современная медицина занимается не здоровьем, а болезнями. Задача же вуза иная — сохранить и укрепить здоровье своих воспитанников. Для этого необходимо: во-первых, обеспечить в корпусах, в классе соблюдение гигиенических требований, прописанных в СанПиНах. Во-вторых, соблюдать требования к физиологически обоснованной организации учебного процесса. Чтобы защитить здоровье учащихся, необходим учет их возрастных и индивидуальных особенностей. Преподаватель должен уметь оценивать многие психофизиологические характеристики своих учеников. Третье направление касается педагогической техники учителя, стиля и особенностей его общения с учащимися[[42]](#footnote-42). Административными методами можно добиться соблюдения гигиенических норм, обеспечить составление грамотного, с позиции здоровьесбережения, расписания занятий, минимизировать объем домашнего задания, но здоровьеразрушающее воздействие на учащегося отельных преподавателей непосредственно на уроках сведет положительный эффект всех этих усилий до минимума. Грамотная, самоотверженная работа педагога, ставящего заботу об ученике на первое место, окажет нейтрализующее воздействие на многие недостатки организации образовательного процесса. Именно здесь кроется риск негативного влияния педагога на здоровье студентов, с одной стороны, а с другой — содержится огромный ресурс возможностей позитивного воздействия на человека. Анализ полученных данных дает преподавателю возможность применить дифференцированный подход в обучении, новые педагогические технологии, выяснить причины неуспешности обучения, что позволяет, используя здоровьесберегающие технологии, повысить успешность обучения.

Никакие серьезные инновации невозможны без глубокой теоретической подготовки и широкой общей культуры педагога. Поэтому, проводя работу с педагогическим коллективом, надо помочь преподавателю сориентироваться в смежных областях человекознания. Одной из эффективных форм такой поддержки может стать организация профессиональных объединений преподавателей разных предметов как технологическая основа здоровьесберегающей педагогики для разработки приемов, форм и методов организации обучения студентов без ущерба для здоровья как учащихся, так и педагогов.

В системе высшего педагогического образования разработка здоровьесберегающих технологий осуществлялась поэтапно. Первый этап проходил с 1996 по 2000 г. и был связан с включением в государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования (в цикл общепрофессиональных дисциплин - ДН.00) новой учебной дисциплины «Валеология» (приказ государственного комитета Российской Федерации по высшему образованию № 380 от 4 марта 1996 года). В связи с новым научным направлением в 1996 г. в Ростовском государственном педагогическом университете (РГПУ), а также в других учебных заведениях были созданы кафедры валеологии. При разработке здоровьесберегающих образовательных технологий исследователями РГПУ были обнаружены отсутствие единого понимания валеологии как учебной дисциплины и существенные различия в действующих программах. В одних программах наблюдается доминирование основ медицинских знаний в других отражаются проблемы семьи и здорового образа жизни, а в третьих содержится комплекс знаний по психофизиологическим и педагогическим основам здоровья человека. Данное положение связано с множеством факторов, и в первую очередь с отсутствием теории и методологии здоровья.

Определяя концепцию проектирования здоровьесберегающих технологий[[43]](#footnote-43), из множества определений понятий здоровья исследователи РГПУ остановились на наиболее достоверном - «...как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней...» (Устав ВОЗ). Исходя из данного определения, при разработке здоровьесберегающих технологий для студентов педагогического университета РГПУ взяли за концептуальную основу изучение физического, психического и социального компонентов здоровья человека.

В предлагаемой концепции система валеологического образования направлена на овладение определенным объемом знаний о своем организме, на формирование мотивов, убеждений и потребности в здоровом образе жизни. Ведущее место при этом отводится физическому компоненту здоровья и рассмотрению фундаментальных данных о влиянии оптимальной двигательной активности на состояние здоровья, так как гиподинамия приводит к снижению иммунных свойств крови, нарушениям функционального состояния сердца, уменьшению объема циркулирующей крови, снижению афферентной стимуляции клеток головного мозга, понижению умственной и физической работоспособности, развитию детренированности систем организма и механизмов их регуляции. Вредны и большие физические нагрузки, приводящие к перенапряжению всех систем организма, снижению их функционального состояния, уменьшению сопротивляемости к инфекциям и так далее. Поэтому формирование необходимых знаний, умений и навыков для определения оптимальных двигательных режимов, повышающих функциональное состояние и здоровье человека, - одна из основных задач валеологического образования в подготовке специалистов педагогического профиля. Аналогично рассматриваются аспекты психического и социального компонентов здоровья, где изучение вопросов психического здоровья связано с лимбико-ретикулярным комплексом головного мозга и функциональным состоянием эрготропной и трофотропной систем, а социальные компоненты всецело зависят от культуры здоровья и образа жизни: его уровня, качества, стиля и уклада.

Второй этап разработки здоровьесберегающих технологий в университете связан с созданием в 1999 г. новой кафедры медико-педагогических дисциплин и разработкой комплексной программы по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни. С целью создания данной программы были проведены исследования организационно-педагогических условий обеспечения здорового образа жизни в университете, в результате которых разработана здоровьесберегающая педагогическая система, основанная на системно-деятельностном подходе в двух основных направлениях: проектировочная деятельность и исполнительская деятельность. Проектировочная деятельность осуществляется руководством университета в двух направлениях: проектирование здорового образа жизни и организация деятельности служб здоровья, а исполнительская деятельность - в трех: впервом анализируются образ жизни и состояние здоровья студентов, во втором формируются установки на здоровый образ жизни и в третьем проводится оздоровительно-профилактическая деятельность. Дальнейшая разработка здоровьесберегающих технологий в университете была связана с экспериментальными исследованиями, направленными на анализ состояния здоровья и образа жизни студентов. На заключительном этапе разработки здоровьесберегающих технологий были проанализированы полученные данные и построена педагогическая модель формирования здоровья. Предлагаемая модель позволяет в комплексе реализовать образовательную, воспитательную, развивающую и оздоровительную направленности учебно-воспитательного процесса. В процессе практической реализации здоровьесберегающих технологий у студентов вырабатывается свой образ жизнедеятельности: многие перестали курить, стали следить за своим питанием, контролировать физическую нагрузку в процессе занятий и вести паспорт своего здоровья, что свидетельствует о позитивных установках на здоровый образ жизни.

Таким образом, современное состояние научного знания в сфере разработки и реализации программ внедрения здоровьесберегающих технологий характеризуется достаточно детальной разработкой как теоретических основ этого вида социальной деятельности, так и прикладных аспектов обеспечения ее успешности. Однако в плане практического применения изложенного материала возникает ряд проблем, которые не нашли пока удовлетворительного решения. Так, например, авторы реально осуществляемых программ стремятся учесть особенности студенчества как особой социальной группы, но, в основном, на интуитивном уровне. Крайне редко разработке программы предшествует исследовательский этап, позволяющий определить цели и задачи так, чтобы она дала максимальный эффект в отношении сохранения и укрепления здоровья студентов. Отсюда большинство программ планируется, исходя скорее из доступных методов реализации (акции, физическая активность и т.п.) и в расчете на их общеоздоровительный эффект, а не для достижения конкретно желаемого результата.

**Заключение**

Анализ состояния здоровья студенческой молодежи показал, что среди студентов наблюдается общая отрицательная динамика здоровья студентов, которая выражается в том, что от первого курса к выпускному существенно увеличивается интенсивность ссылок на негативные симптомы. Ежегодный темп подобной динамики, на которую влияют: небла­гоприятные психические состояния, проблемы в учебе, во взаимоотношениях с окружающими и трудности самостоятельного реше­ния возникающих проблем, в среднем по всему контингенту студентов дневной формы обучения достигает 10%.

В отношении условий и образа жизнистуденче­ства следует выделить такие важные проблемы, как: недостаточная сформированность в образовательной среде позитивных социальных стереотипов, относящихся к таким понятиям, как ценность здоровья, здоровый человек, здоровый образ жизни, риски в сфере здоровья и жизни; весьма широкая распространенность ложных стерео­типов в отношении социально обусловленных вредных привычек, главным признаком которых является индиви­дуальная и массовая лояльность к ним; слабая личная информированность о состоянии здо­ровья, некритическое восприятие негативных симптомов и ситуаций риска для здоровья, опасно широкое распростра­нение и дальнейшая экспансия вредных привычек и соци­альнообусловленных заболеваний; недостаточная общая активность использования воз­можностей творческих, развивающих и коллективных форм досуга, создаваемых в университете и в местном сообществе; проявляющиеся в студенческой среде признаки со­циальной дезадаптации, ослабления ценностного отноше­ния к здоровью, включенности в негативные, асоциальные связи и виды жизнедеятельности. Характеризуя образ жизни и здоровье современных студентов нужно отметить, что в студенческой среде преобладает удовлетворенность собственным здоровьем. Каждый студент имеет реальную возможность выбора значимых для него форм жизнедеятельности, типов поведения. Анализ фактических материалов о жизнедеятельности студентов свидетельствует о ее неупорядоченности и хаотичной организации. Студенты мало уделяют внимания таким факторам, как медицинская активность населения, закаливание, сексуальная культура, несмотря на то, что последний фактор должен быть очень важным и значимым для молодежи. Руководство вузов все чаще обращают внимание на проблему укрепления и сохранения здоровья студентов.

Одну из важнейших ролей в системе сохранения и укрепления здоровья студентов играют вузы, которые в свою очередь, в связи с отсутствием в России единой программы внедрения здоровьесберегающих технологий, часто заменяют их на профилактические меры. Главный недостаток профилактических программ – использование однотипных методов профилактики – информационной деятельности, различных акций, средств физической культуры и спорта. А основная проблема в сфере реализации профилактических программ – недостаточное внимание к эмпирической и теоретической основе разработки профилактических программ и последующей оценке их эффективности.

Концептуальные подходы в формировании, сохранении и укреплении здоровья студенческой молодежи применяются в российской системе высшего образования для поддержания и развития здоровья студентов. Но есть некоторые проблемы, связанные с внедрением той или иной теории. Первая из них – нерешенный вопрос о соответствии описанных теоретических моделей социокультурным характеристикам российской молодежи. Вторая – ориентация российских специалистов при разработке и реализации программ на специфику целевого контингента, то есть студенчества. Авторы программ стремятся учесть особенности студенчества чаще всего на интуитивном уровне. Это приводит к отсутствию определенных целей и задач воздействия и к планированию исходя из доступных методов реализации. Третья – территориальная неоднородность российского студенчества с точки зрения повреждающих здоровье факторов. Она приводит к трудности разработки типовых профилактических программ для реализации во всех российских вузах.

Отечественные модели и стратегии укрепления здоровья студентов характеризуется достаточно детальной разработкой как теоретических основ этого вида социальной деятельности, так и прикладных аспектов обеспечения ее успешности. Однако в плане практического применения изложенного материала возникает ряд проблем, которые не нашли пока удовлетворительного решения. Так, например, авторы реально осуществляемых программ стремятся учесть особенности студенчества как особой социальной группы, но, в основном, на интуитивном уровне. Крайне редко разработке программы предшествует исследовательский этап, позволяющий определить цели и задачи так, чтобы она дала максимальный эффект в отношении сохранения и укрепления здоровья студентов. Отсюда большинство программ планируется, исходя скорее из доступных методов реализации (акции, физическая активность и т.п.) и в расчете на их общеоздоровительный эффект, а не для достижения конкретно желаемого результата. В ходе изучения некоторых теории и концепции внедрения здоровьесберегающих технологий в вузах, выяснилось, что в России отсутствует единая база данных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни. Главный недостаток профилактических программ – использование однотипных методов профилактики – информационной деятельности, различных акций, средств физической культуры и спорта. А основная проблема в сфере реализации профилактических программ – недостаточное внимание к эмпирической и теоретической основе разработки профилактических программ и последующей оценке их эффективности.

Признавая наличие в составе студентов дневного отделения групп социального риска, характеризующейся повышенной опасностью потери своего социального и физического потенциала (здоровья, физических и интеллектуальных возможностей, качества профессиональной подготовки, правового сознания и пр.), целесообразно разобрать и осуществлять концепцию социальной работы со студентами. Ориентирами такой работы могут служить профилактика и преодоление дезадаптивных ситуаций, повышение информированности, оздоровление образа жизни, искоренение социальных предрассудков и вредных привычек. В осуществлении этой сложной деятельности необходимо опираться на современные технологии социальной работы с молодежью и, в первую очередь, развивать ее собственный социально - организационный потенциал и ответственность. Для улучшения состояния здоровья студентов целесообразно приблизить службы первичной медико-социальной и медико-санитарной помощи к таким условиям повседневной жизни, как дом, места досуга и отдыха и, конечно же, учебная среда. Важным является разработка и реализация мер по улучшению показателей здоровья студентов. Подготовка целевых программ по профилактике наркомании, самоубийств, злоупотребления алкоголем, несчастных случаев среди этого контингента. Одними из центральных задач является реализация концепции ВОЗ по формированию школ, содействующих укреплению здоровья, а значит и при вузах должны быть специализированные учреждения, созданные с целью укрепления и сохранения здоровья.

**Литература**

1. Акчурин Б.Г. Проблемы организации деятельности высшей школы по формированию физического здоровья студентов: Канд. дис. Уфа, 1996. 132 с.
2. Агаджанян Н. А., Минибаев Т.Ш. Изучение образа жизни, состояния здоровья и успеваемости студентов при интенсификации образовательного процесса. // Санитария и гигиена, №3, 2005.
3. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. /н.М. Амосов. – Донецк: Сталкер, 2002. – 590с.
4. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. Л., 1968. – 339 с.
5. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды: В 2 т. М., 1980.Т. 1.
6. Ананьев Б.Г. К психофизиологии студенческого возраста. // Современные психологические проблемы высшей школы. Л., 1974, Выпуск 2.
7. Апанасенко Г.Л., Науменко Р.Г. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида //Теория и практика физ. культуры, 1988, № 4, с. 29-31с.
8. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология / Серия "Гиппократ". - Ростов н/Д: Феникс, 2000. - 248 с.
9. Апанасенко Г.Л. Валеология: первые шаги и ближайшие перспективы // Теория и практика физ. культуры, 2001, № 6, с. 2-8.
10. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирования личности. М., 1976.
11. Асмолов А.Г. Психология личности. МГУ, 1990.
12. Баевский Р.М. Прогнозирование состояния на грани нормы и патологии. М.: Медицина, 1979. - 298 с.
13. Бауэр В.Г. Социальная значимость физической культуры и спорта в современных условиях развития России //Теория и практика физ. культуры, 2001, № 1, с. 50-56.
14. Белов В.И. Нормирование нагрузки при различной направленности оздоровительных тренировочных средств /В сб.: Моделирование и комплексное тестирование в оздоровительной физической культуре. М., 1991, с. 87-103.
15. Березовская Р.А., Никифорова Г.С. Отношение к здоровью // Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. С. 275 – 291.
16. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. Молодость до ста лет. 2-е изд. М.: Химия, 1994. - 400 с.
17. Бондин В.И. Здоровьесберегающие технологии в системе высшего педагогического образования. // Теория и практика физической культуры. –2004, №10, С. 15 – 18.
18. Вайнер Э.Н. Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни // Валеология, 1998, № 3, с.17-23.
19. Виленский М.Я. Повышение воспитательно-образовательного потенциала физической культуры в формировании личности современного специалиста //Теория и практика физ. кульутры, 1987, № 10, с.11-13.
20. Висьневска-Рошковска К. Новая жизнь после 16-ти., 1989
21. Горшков М.И., Тихонова Н.А. Молодежь новой России: какая она? Чем живет? К чему стремиться? Аналитический доклад. М.: Госкоммолодежи, 2000г.
22. Гуревич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 1999. С. 156 – 210.
23. Джидарьян И.А. О месте потребностей, эмоций и чувств в мотивации личности // Теоретические проблемы психологии личности. М., 1974.
24. Заруба Н.А. Обеспечение здоровьориентированных подходов в системе повышения квалификации работников образования Кузбасса. // Валеология. 2003, №4, С. 91 – 93.
25. Ильинский И.М. Молодежь и молодежная политика. М.: 2001г. 145с.
26. Казначеев В.П. Проблемы адаптации и хронические заболевания // Вестник АМН СССР, 1975, № 10, с.17-28.
27. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева В.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. Л.: Медицина, 1980. - 208 с.
28. Кан-Калик В. А. К разработке теории общего и профессионального развития личности специалиста в ВУЗе.// Формирование личности специалиста в ВУЗе. Сб. науч. тр. Грозный, 1980. С. 5-13.
29. Ковалев А. Г., Мясищев В. Н. Психологические особенности человека. Т. 1., 1957-1960. – 264 с.
30. Ковалев А.И. Луков В.А. Социология молодежи: Теоретические вопросы. М.: Социум, 1999г. – 132с.
31. Коваленко Т.Г. Биоинформационные технологии при проблемно-модульном обучении в системе физического воспитания и реабилитации студентов с ослабленным здоровьем. Автореф. докт. дис. Волгоград, 2000. - 54 с.
32. Коваленко В.А. Физическая культура в обеспечении здоровья и профессиональной психофизической готовности студентов / В сб.: Физическая культура и спорт в Российской Федерации (студенческий спорт). М.: Полиграф-сервис, 2002, с. 43-66.
33. Козин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: введение в общую и прикладную валеологию. М.: ВЛАДОС, 2000. - 192 с.
34. Кон И. С. Психология ранней юности.– М., 1976.
35. Кон И. С. Психология юношеского возраста: Проблемы формирования личности. М., 1976. 175 с.
36. Концепция развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2005 года / В сб.: Физическая культура и спорт в профилактике наркомании и преступности среди молодежи //Материалы Всероссийской научно-практической конференции (21-23 июня 2000, Смоленск). М., 2000, с. 210-243.
37. Копина О.С., Макалистер А. Подходы к изменению поведения населения в медецинских профилактических программах в США // Вопросы психологии. 1995. №5. С.128 - 141
38. Косолапов А.Б. Проблемы изучения, сохранения и развития здоровья студентов. 2003, с.9.
39. Костин В.А. Внутривузовские организационно – управленческие механизмы охраны здоровья студентов. // Здравоохранение, 2007, №2, С. 39 – 44.
40. Кулик В.П. Трехмерная модель здоровья. Сантивность и пантивность //Валеология, 2000, № 1, с. 15-21.
41. Куликов Л.В. Осознание здоровья как ценности // Психология здоровья. СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та. 2000.С.240 – 282.
42. Кураев Г.А., Леднова М.М., Морозова Г.И., Иваницкая Л.Н. исследование механизмов формирования, развития и сохранения психофизиологического здоровья учащихся в динамике обучения. //Валеология. 02. №3, С. 7 – 14.
43. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1977. 304 с.
44. Маркова А.К. Формирование интереса к учению у учащихся. С.17.
45. Маслова Н.Ф., Туренская Е.С., Дубровина Р.С. Познай себя: Диагностические методики самопознания. Ставрополь, Изд-во СКИУУ, 1993, 72 с.
46. Медведев В.И., Аверьянов В.С., Айдаралиев А.А. и др. Физиология трудовой деятельности. - М.: Наука, 1993. - 528 с.
47. Михайлов В.В. Путь к физическому совершенству. М.: ФиС, 1989. 95 с.
48. Молодежный экстремизм /Под ред. А.А. Козлова. СПбГУ, 1996г. 200с.
49. Мошкин С.В., Руденко В.Н. За кулисами свободы: ориентиры нового поколения. // Социологические исследования. 1994, №11, С. 102 – 104.
50. Науменко Ю.В. Концепция здоровьеформирующего образования. // Инновации в образовании. 2004, №2, С. 90 – 103.
51. Новиков В.И., Федоткин В.В. Динамика физических качеств, состояния здоровья и физического развития студентов в процессе обучения в вузе/ В сб.: Физкультура и здоровье студентов . М.: МГУ, 1988. - 208 с.
52. Омельченко Е. Молодежные культуры и субкультуры. М., 2000г. 267с.
53. Петленко В.П., Давиденко Д.Н. Валеология - перспективное научно-педагогическое направление XXI века //Теория и практика физ. культуры, 2001, № 6, С. 9-13.
54. Петров Д.В. Молодежные субкультуры. Соратов: СГПУ, 1996. 86с.
55. Петров А.Ю. Здоровье учащихся и качество профобразования. // Профессиональное образование. 2005. №1, С. 4 – 8.
56. Пирогова Е.А. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека. Киев: Здоровье, 1986. 152 с.
57. Платонов К. К. Структуры и развитие личности/ Отв. ред. Глаточкин А. Д., АН СССР, Ин-т психологии. М., 1986. 254 с.
58. Полянский В.П. Теоретико-методические основы совершенствования прикладной физической культуры (её содержания и форм) в современном обществе: Автореф. докт. дис. М., 1999. 62 с.
59. Проблема формирования ценностных ориентаций // Межвузовский сборник, МГПИ, 1987.
60. Резер Т.М. Здоровьесохраняющие технологии в образовательных учреждениях. // Школьные технологии. 2003. №5, С. 35 – 40.
61. Рожков П.А. От великой спортивной державы - к здоровой России //Теория и практика физ. культуры. 2001, № 1, с. 2-8.
62. Рослянков А.Е. Социально – психологическая адаптация студентов в условиях вуза. М., 2003г. 65с.
63. Семикин Г.И. Научные и организационно-методические основы разработки здоровьесберегающих технологий в условиях высшей школы и их медико-техническое обеспечение // Медицинская техника. 2005. №1, С. 13 – 17.
64. Социология молодежи. /Под ред. проф. В.Т. Аисовского. СПб.: Изд-во С.-П. университета, 1996г. 460с.
65. Тверская Н.В. Здоровьесберегающий подход в развитии успешности ученика. // Образование в современной школе. 2005. №2, С. 40 – 44.
66. Ушаков И.Б., Соколова Н.В. Современные проблемы качества жизни студентов. – 2007. №2, С. 56 – 58.
67. Физическая культура. Примерная программа для высших учебных заведений. М., 2000. - 35 с.
68. Фоменко Л.А. Оценка психосоматического здоровья студентов на основе математико – статистического моделирования по данным мониторинга. СПб., 2002г. 53с.
69. Хамалайнен Ю. Социальное исключение молодежи: его предупреждение – требование общества. М.: 2003г. 105с.
70. Чумаков Б.Н. Профессионализм и соматическое здоровье /В сб.: "Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы" // Матер. междунар. конф. Ч. 2. М.: МГУ, 2000, с. 64-
71. Чоговадзе А.В., Рыжак М.М. Физическое воспитание и формирование здорового образа жизни студентов //Теория и практика физ. культуры, 1993, № 7, с. 8-10.
72. Щеглова С.Н. Куда направить вектор научных исследований молодежи? Методологические проблемы исследований молодежи. М.: Социум, 1998г. С. 58 – 61.
73. Уваров В.А., Ковалев Н.К., Булавина Т.А. Анализ изменения физической подготовленности, физического развития и здоровья студентов за последнее десятилетие (1988-1999) / В сб.: Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы / Матер. международной конференции Ч. 1. М.: МГУ, 2000. 256 с.
1. Ананьев Б.Г. К психофизиологии студенческого возраста. // Современные психологические проблемы высшей школы. Л., 1974, Выпуск 2. [↑](#footnote-ref-1)
2. Бауэр В.Г. Социальная значимость физической культуры и спорта в современных условиях развития России //Теория и практика физ. культуры, 2001, № 1, с. 50-56. [↑](#footnote-ref-2)
3. Виленский М.Я. Повышение воспитательно-образовательного потенциала физической культуры в формировании личности современного специалиста //Теория ипрактика физ. кульутры, 1987, № 10, с.11-13. [↑](#footnote-ref-3)
4. Козин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пос. для студ. вузов. - М.: ВЛАДОС, 2000. - 192 с. [↑](#footnote-ref-4)
5. Тверская Н.В. Здоровьесберегающий подход в развитии успешности ученика. // Образование в современной школе. – Б.м. -2005. №2, С. 40 – 44. [↑](#footnote-ref-5)
6. Петров А.Ю. Здоровье учащихся и качество профобразования. // Профессиональное образование. – Б.м. – 2005. №1, С. 4 – 8. [↑](#footnote-ref-6)
7. Резер Т.М. Здоровьесохраняющие технологии в образовательных учреждениях. // Школьные технологии. – Б.м. – 2003. - №5, С. 35 – 40. [↑](#footnote-ref-7)
8. Бондин В.И. Здоровьесберегающие технологии в системе высшего педагогического образования. // Теория и практика физической культуры. – Б.м. – 2004, №10, С. 15 – 18. [↑](#footnote-ref-8)
9. Казначеев В.П. Проблемы адаптации и хронические заболевания // Вестник АМН СССР, 1975, № 10, с.17-28. [↑](#footnote-ref-9)
10. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева В.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. - Л.: Медицина, 1980. - 208 с. [↑](#footnote-ref-10)
11. Костин В.А. Внутривузовские организационно – управленческие механизмы охраны здоровья студентов. // Здравоохранение. 2007. №2, С. 39 – 44. [↑](#footnote-ref-11)
12. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья /Н.М. Амосов. - Донецк: Сталкер, 2002. - 590 с. [↑](#footnote-ref-12)
13. Баевский Р.М. Прогнозирование состояния на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 1979. - 298 с. [↑](#footnote-ref-13)
14. Петленко В.П., Давиденко Д.Н. Валеология - перспективное научно-педагогическое направление XXI века //Теория и практика физ. культуры, 2001, № 6, с. 9-13. [↑](#footnote-ref-14)
15. Апанасенко Г.Л. Валеология: первые шаги и ближайшие перспективы // Теория и практика физ. культуры, 2001, № 6, с. 2-8. [↑](#footnote-ref-15)
16. Белов В.И. Нормирование нагрузки при различной направленности оздоровительных тренировочных средств /В сб.: Моделирование и комплексное тестирование в оздоровительной физической культуре. М., 1991, с. 87-103.

 [↑](#footnote-ref-16)
17. Козин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пос. для студ. вузов. - М.: ВЛАДОС, 2000. - 192 с. [↑](#footnote-ref-17)
18. Акчурин Б.Г. Проблемы организации деятельности высшей школы по формированию физического здоровья студентов: Канд. дис. Уфа, 1996. - 132 с. [↑](#footnote-ref-18)
19. Косолапов А.Б. Проблемы изучения, сохранения и развития здоровья студентов. 2003, с.9. [↑](#footnote-ref-19)
20. Агаджанян Н. А., Минибаев Т.Ш. Изучение образа жизни, состояния здоровья и успеваемости студентов при интенсификации образовательного процесса. // Санитария и гигиена, №3, 2005. [↑](#footnote-ref-20)
21. Апанасенко Г.Л., Науменко Р.Г. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида //Теория и практика физ. культуры, 1988, № 4, с. 29-31. [↑](#footnote-ref-21)
22. Виленский М.Я. Повышение воспитательно-образовательного потенциала физической культуры в формировании личности современного специалиста //Теория и практика физ. кульутры, 1987, № 10, с.11-13. [↑](#footnote-ref-22)
23. Резер Т.М. Здоровьесохраняющие технологии в образовательных учреждениях. // Школьные технологии. – Б.м. – 2003. - №5, С. 35 – 40. [↑](#footnote-ref-23)
24. Березовская Р.А., Никифорова Г.С. Отношение к здоровью // Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. С. 275 – 291. [↑](#footnote-ref-24)
25. Куликов Л.В. Осознание здоровья как ценности // Психология здоровья. СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та. 2000.С.240 – 282. [↑](#footnote-ref-25)
26. Вайнер Э.Н. Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни // Валеология, 1998, № 3, с.17-23. [↑](#footnote-ref-26)
27. Березовская Р.А., Никифорова Г.С. Отношение к здоровью // Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. С. 275 – 291. [↑](#footnote-ref-27)
28. Вайнер Э.Н. Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни // Валеология, 1998, № 3, с.17-23. [↑](#footnote-ref-28)
29. Костин В.А. Внутривузовские организационно – управленческие механизмы охраны здоровья студентов. // Здравоохранение, 2007, №2, С. 39 – 44. [↑](#footnote-ref-29)
30. Коваленко Т.Г. Биоинформационные технологии при проблемно-модульном обучении в системе физического воспитания и реабилитации студентов с ослабленным здоровьем: Автореф. докт. дис. Волгоград, 2000. - 54 с. [↑](#footnote-ref-30)
31. Проблема формирования ценностных ориентаций // Межвузовский сборник, МГПИ, 1987. [↑](#footnote-ref-31)
32. Хамалайнен Ю. Социальное исключение молодежи: его предупреждение – требование общества. М.: 2003г. 105с. [↑](#footnote-ref-32)
33. Ковалев А. Г., Мясищев В. Н. Психологические особенности человека. Т. 1. Л., 1957-1960. – 264 с. [↑](#footnote-ref-33)
34. Ковалев А. Г., Мясищев В. Н. Психологические особенности человека. Т. 1. Л., 1957-1960. – 264 с. [↑](#footnote-ref-34)
35. Хамалайнен Ю. Социальное исключение молодежи: его предупреждение – требование общества. М.: 2003г. 105с. [↑](#footnote-ref-35)
36. Гуревич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 1999. С. 156 – 210. [↑](#footnote-ref-36)
37. Коваленко В.А. Физическая культура в обеспечении здоровья и профессиональной психофизической готовности студентов / В сб.: Физическая культура и спорт в Российской Федерации (студенческий спорт). - М.: Полиграф-сервис, 2002, с. 43-66. [↑](#footnote-ref-37)
38. Кураев Г.А., Леднова М.М., Морозова Г.И., Иваницкая Л.Н. Исследование механизмов формирования, развития и сохранения психофизиологического здоровья учащихся в динамике обучения. //Валеология. 02. №3, С. 7 – 14. [↑](#footnote-ref-38)
39. Тверская Н.В. Здоровьесберегающий подход в развитии успешности ученика. // Образование в современной школе. – Б.м. -2005. №2, С. 40 – 44 [↑](#footnote-ref-39)
40. Семикин Г.И. Научные и организационно-методические основы разработки здоровьесберегающих технологий в условиях высшей школы и их медико-техническое обеспечение // Медицинская техника. Б.м. – 2005. №1, С. 13 – 17 [↑](#footnote-ref-40)
41. Тверская Н.В. Здоровьесберегающий подход в развитии успешности ученика. // Образование в современной школе. – Б.м. -2005. №2, С. 40 – 44 [↑](#footnote-ref-41)
42. Тверская Н.В. Здоровьесберегающий подход в развитии успешности ученика. // Образование в современной школе. – Б.м. -2005. №2, С. 40 – 44 [↑](#footnote-ref-42)
43. Бондин В.И. Здоровьесберегающие технологии в системе высшего педагогического образования. // Теория и практика физической культуры. – Б.м. – 2004, №10, С. 15 – 18. [↑](#footnote-ref-43)