

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
ИМ. МИТРОПОЛИТА МОСКОВСКОГО И КОЛОМЕНСКОГО
МАКАРИЯ (БУЛГАКОВА)

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ
СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки 39.03.02 Социальная работа
заочной формы обучения, группы 87001252
Деминой Марины Ивановны

Научный руководитель
к. пед. н.,
доцент
Поленова М.Е.

Рецензент
и.о. директора
ОСГБУСОССЗН «Областной
социально-
реабилитационный
центр для
несовершеннолетних»
Ермаков Р.А.

БЕЛГОРОД 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	9
1.1. Здоровьесберегающие технологии: понятие и сущность	9
1.2. Состояние здоровья несовершеннолетних и роль здоровьесберегающих технологий в формировании самосохранительного поведения несовершеннолетних в социально-реабилитационных учреждениях	26
2. СПЕЦИФИКА И РОЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	50
2.1. Здоровьесберегающие технологии в социально-реабилитационных учреждениях для несовершеннолетних: региональный опыт	50
2.2. Диагностика проблем применения здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних	64
2.3. Программа формирования здоровьесберегающего поведения воспитанников социально-реабилитационного центра	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	89
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	92
ПРИЛОЖЕНИЯ	100

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей, который более чем на 50% определяет состояние здоровья человека. Формирование здорового образа жизни через изменение стиля и уклада жизнедеятельности является главным рычагом первичной профилактики в укреплении здоровья населения, его оздоровлении с использованием гигиенических знаний в борьбе с вредными привычками.

Проблема сохранения здоровья населения занимает важное место в системе социальных ценностей и приоритетов общества. Неблагоприятная демографическая ситуация выдвигает в разряд национальных приоритетов мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения страны и, прежде всего, детей и подростков. Проблема состояния здоровья несовершеннолетних носит особый, социально значимый характер. На это особое внимание обращают Национальные проекты «Здоровье» и «Образование».

Всемирная организация здравоохранения еще в 80-е годы XX века выявила, что здоровье человека определяется образом жизни на 50-55%. Однако результаты исследований последних пяти лет позволяют говорить о том, что продолжительность жизни, жизнеспособность и активность современного человека, независимо от его социального статуса, уже на 70% зависят от образа жизни.

Решение вопросов оздоровления несовершеннолетних связано с преодолением специфических трудностей, ведь именно в этот возрастной период формируются вредные поведенческие привычки, которые наряду с другими факторами, включая недостаток информации и образования в области формирования навыков здорового образа жизни, сказываются на качестве здоровья поколения. Главными причинами значительных нарушений состояния здоровья и физического развития детей и подростков являются игнорирование ими основных элементов здорового образа жизни, наличие вредных привычек и др.

В связи с этим исключительного внимания заслуживает формирование здоровьесберегающего поведения несовершеннолетних воспитанников социально-реабилитационных учреждений. В социально-реабилитационных учреждениях, как правило, находятся дети и подростки, лишенные родительской заботы, безнадзорные, не включенные в нормальные семейные отношения, не обладающие знаниями о сохранении здоровья и, зачастую, обладающие вредными привычками.

Таким образом, применительно к современной российской действительности острота проблемы заключается, во-первых, в том, что темпы ухудшения состояния здоровья несовершеннолетних слишком велики (а в отношении рассматриваемой категории, в особенности); во-вторых, в том, что среди данной категории часто преобладают виды поведения, разрушающие здоровье и, таким образом, становятся очевидными общественные потребности в отношении формирования здоровьесохранительного (самосохранительного) поведения несовершеннолетних – воспитанников социально-реабилитационных учреждений, как важнейшего фактора обеспечения их жизнеспособности и созидательной активности.

Одной из целей деятельности социально-реабилитационных учреждений для несовершеннолетних является сохранение, укрепление и развитие здоровья воспитанников посредством организации здоровьесберегающего пространства и воспитания валеологической культуры как совокупности осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни, знаний о здоровье и умений оберегать, поддерживать и сохранять его, а итогом такой работы является сформированная способность ребенка самостоятельно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения.

Степень научной разработанности проблемы. Здоровье как объект философского и социологического осмысления представлено в работах И.И. Брехмана, В.П. Казначеева, Ю.П. Лисицина, Л.Г. Матрос, А.В. Сахно, П.Д. Тищенко, Г.И. Царегородцева, С.Я. Чикина, Б.Г. Юдина.

Развитие здоровья как социальной категории, уточнение понятийной и предметной области, нашло отражение в публикациях В.М. Димова, Е.В. Дмитриевой, В.Н. Иванова, А.М. Изуткина, В.М. Лупандина, В.М. Нилова,

Г.С. Никифорова, В.П. Петленко, А.В. Решетникова, К.Н. Хабибулина и др.

Различные аспекты социальной политики в сфере охраны здоровья и формированию самосохранительного поведения граждан рассматривались в работах И.А. Григорьевой, В.И. Кашина, Л.В. Константиновой, А.Е. Чириковой, Л.С. Шиловой, С.В. Шишкина, В.Н. Ярской и др.

Анализу факторов, влияющих на состояние здоровья населения и формирующих отношение к здоровью на уровне индивида, групп и общества, уделяли внимание Ю.И. Бородин, Дж. Браун, А.Е. Иванова, О.А. Кислицына, П.М. Козырева, М.С. Косолапов, В.Г. Копнина, Ю.М. Комаров, И.В. Корхова, Ю.П. Лисицын, Л.Г. Матрос, И.Б. Назарова, В.К. Овчаров, Н.М. Римашевская, Н.Л. Русинова, В.И. Стародубов, В.С. Тапилина, Е.И. Шарапова и др.

Роль институциональных субъектов формирования здоровья отражена в работах А.А. Баранова, Е.Б. Бреевой, И.А. Деминой, Н.Н. Куинджи, В.Р. Кучмы, Н.М. Пичужкиной, М.И. Чубирко, О.В. Шиняевой, В.С. Шуваловой.

Динамика демографических процессов, причины демографического кризиса в стране и возможные пути его преодоления при помощи формирования позитивного самосохранительного поведения, в том числе у несовершеннолетних, рассматриваются в трудах В.А. Борисова, Г.А. Бондарской, Е.Б. Бреевой, А.Г. Волкова, С.И. Голод, И.А. Гундарова, В.В. Елизарова, А.Я. Кваши, В.М. Медкова, В.И. Переведенцева, Л.Л. Рыбаковского, А.Б. Синельникова и др.

Анализ состояние здоровья населения, отношение населения к своему здоровью и стратегии самосохранительного поведения изучены С.Н. Варламовой, Н.А. Рыбаковой, Н.Н. Седовой, Г.В. Тихомировой, А.А. Шабунновой и др.

Несомненный интерес представляют собой научные исследования Г.А. Иваненко, О.Ю. Малоземова, А.В. Новоян, А.И. Федорова, Л.С. Шиловой, Е.И. Шубочкиной, Л.В. Ясной, посвященные конкретному анализу форм и факторов самосохранительного поведения населения.

Изучению состояния здоровья и формирующих его факторов у несовершеннолетних посвящены исследования многих авторов. Наиболее изучаемым разделом является здоровье несовершеннолетних (А.А. Баранов, Е.А. Богданова, И.В. Калмыкова, В.Р. Кучма, А. Малькевич, Л.М. Сухарева и др.).

Медико-социальным исследованиям здоровья детей и подростков

посвящены работы Н.Е. Бачерикова, Б.Т. Величковского, Т.И. Кагановой, Д.В. Печкурова, А.П. Степанова и др.

Объект исследования: здоровьесберегающие технологии в социально-реабилитационных учреждениях для несовершеннолетних.

Предмет исследования: специфика применения здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних.

Цель исследования: раскрыть специфику здоровьесберегающих технологий в практике социально-реабилитационных учреждений для несовершеннолетних и предложить рекомендации по их применению.

Задачи исследования:

- изучить теоретические основания здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационных учреждениях для несовершеннолетних;
- рассмотреть специфику и роль здоровьесберегающих технологий в практике социально-реабилитационных учреждений для несовершеннолетних;
- провести диагностику проблем применения здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних и разработать программу формирования здоровьесберегающего поведения воспитанников социально-реабилитационного центра

Теоретико-методологическая основа исследования: исследования в области здоровья и самосохранительного поведения (Н.А. Бернштейн, С.А. Быков, Л.А. Журавлева, Н.Д. Лакосина, В.Н. Панкратов, В.М. Розин, М.Г. Романцов, И.Н. Симаева, Л.С. Шилова, А.В. Чабанова); теории социализации и социальной адаптации личности (Г.М. Андреева, В.Г. Афанасьев, А.Н. Леонтьев, А.В. Мудрик, А.В. Петровский, А.А. Реан); теории взаимодействия среды и личности (Л.С. Выготский, Ю.М. Мануйлов, В.А. Петровский, В.И. Слободчиков); гуманистические концепции теории развития личности (Р. Бернс, А. Маслоу, К. Роджерс); концепции здоровьесбережения в образовании (В.В. Вучева, Л.И. Губарева, Н.А. Медведева, В.Н. Муравьева, Г.М. Соловьев, Н.Ю. Шумакова); концепция медико-психологического сопровождения здоровьесберегающего образования (О.А. Ахвердова, И.В. Боев, О.А. Бутова, Н.Н. Волоскова, К.С. Гюлушанян, Н.В. Зарыковская, Л.И. Марочкина, В.Н. Муравьева, В.О. Францева и др.); концепция формирования осознанного

отношения к собственному здоровью (Н.П. Абаскалова, В.М. Кабаева); концепция формирования культуры здоровья подрастающего поколения и формирования социального здоровья (Е.Л. Семенова, Е.А. Сивицкая); концепции доступности пространства здорового образа жизни (П. Бурдые, Н. Луман, Т.Г. Маршалл, У. Мур).

Методы исследования: анализ специальной литературы, статистических данных и нормативно-правовой базы; экспертный опрос, анкетирование, математические методы обработки результатов исследования. В исследовании применяются теоретические методы сравнительного, структурно-функционального и системного анализа. Применение вышеназванных методов позволило многосторонне подойти к изучению выбранной проблемы и систематизировать знания в области исследования мотивов здоровьесберегающего поведения несовершеннолетних.

Эмпирическая база исследования. Информационной базой исследования явились нормативно-правовые акты органов власти федерального, регионального и муниципального уровней по вопросам демографической, семейной, молодежной политики, а также законодательные акты в области охраны здоровья населения, статистические материалы Федеральной службы государственной статистики и территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Белгородской области и ОСГБУСОССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних».

Эмпирическую базу исследования составляют материалы проведенного автором дипломной работы социологического исследования: «Изучение проблем применения здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних» (март-май 2017г.) – анкетирование родителей (n=11); анкетирование специалистов на базе применения здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних (n=23), анкетирование несовершеннолетних (n=13).

Теоретико-практическая значимость выпускной квалификационной работы заключается в следующем: определена сущность здоровьесберегающего (самосохранительного) поведения и особенности процесса его формирования у несовершеннолетних; раскрыта сущность и содержание мотивации здоровья

воспитанников социально-реабилитационных учреждений.

Результаты исследования могут быть использованы в качестве рекомендаций по совершенствованию процесса формирования здоровьесберегающего поведения несовершеннолетних – воспитанников социально-реабилитационного центра. Материалы исследования могут найти применение в процессе профессиональной подготовки студентов направления «Социальная работа» и «Социальная педагогика».

Апробация результатов исследования. Работа прошла апробацию в ходе преддипломной практики на базе ОСГБУСОССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» (2017г.); выполнена по заказу ОСГБУСОССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних».

Структура выпускной квалификационной работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1.1. Здоровьесберегающие технологии: понятие и сущность

Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий общества [44].

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [40,228].

В науке исследуются три вида здоровья: физическое, психическое и нравственное (социальное):

Физическое здоровье – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

Психическое здоровье зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

Нравственное (социальное) здоровье определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали. Поэтому социальное здоровье считается высшей

мерой человеческого здоровья. Нравственно здоровым людям присущ ряд общечеловеческих качеств, которые и делают их настоящими гражданами.

Термин «здоровьесбережение», широко используемый западными философами и социологами, все чаще встречается в отечественной литературе. Здоровьесбережение понимается как:

1. Деятельность, направленная на сохранение и улучшение жизни человека (хозяйственно-бытовая, рекреационная – направленная на восстановление физических сил, оздоровление, лечение и т.п.) [17].

2. Деятельность, направленная на создание и укрепление семьи.

3. Трудовая деятельность, профессиональная активность.

4. Социально-культурная деятельность (общественная активность).

5. Духовно-нравственная активность.

По мнению, О.Э.Буллы, здоровьесбережение – это деятельность, активность людей, способствующая сохранению и улучшению здоровья. Это единство и согласованность всех уровней жизнедеятельности человека - биологического, психологического, профессионального, социально-культурного и духовно-нравственного. Здоровьесбережение – категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни [17].

Здоровьесбережение – основа профилактики заболеваний. Человек, определяя для себя образ жизни, тем самым регулирует уровень вероятности того или иного заболевания. Образ жизни современного человека часто характеризуется гиподинамией, перееданием, злоупотреблением лекарственными препаратами, алкоголем, психологическими стрессами, информационной перегруженностью, отсутствием высоких нравственно-этических идеалов, утерей цели и смысла жизни [17].

При определении путей и средств влияния здоровьесберегающей, здоровьеформирующей среды социально-реабилитационных учреждений на формирование, укрепление и сохранение здоровья воспитанников ученые исходят из *компонентов физического, психического, социального* здоровья человека. Отличительными чертами являются: нацеленность на достижение конкретных

целей, актуальных для воспитанников; использование широкого диапазона интерактивных видов деятельности (обсуждения в группе, ролевые игры, моделирование ситуаций, мозговой штурм) для активного участия воспитанников в процессе выработки поведенческих стратегий, персонификации поведенческих рисков; совместная с обучающимися деятельность по определению источников возможного негативного влияния и выработке стратегии реагирования на него; направленность на формирование ценностей здоровьесохранительного поведения и развитие групповых норм противостояния негативному влиянию, соответствующих возрасту и индивидуальному опыту обучающихся и др.; совместный анализ результатов проделанной работы, планирование дальнейших действий.

Критериями и показателями эффективности формирования здоровьесберегающей среды в социально-реабилитационных учреждениях с учетом индивидуального подхода к воспитанникам выступают:

- учет особенностей возраста (реализация возрастного подхода);
- целенаправленность и лонгитюдность использования методов;
- представленность технологий обучения жизненным навыкам (в том числе помощи интерактивных методов: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, мозговые штурмы);
- представленность технологий обучения навыкам противостояния негативному давлению (коммуникабельность, самоуважение) в соответствии с индивидуальным уровнем развития обучающихся;
- направленность на взаимное положительное влияние обучающихся друг на друга;
- представленность технологий формирования социально одобряемых норм поведения;
- ориентация на приобретение знаний, умений и навыков;
- проведение оценки эффективности деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

Здоровьесберегающая, здоровьесформирующая среда социально-реабилитационных учреждения определяется как совокупность управленческих, организационных, обучающих условий, направленных на формирование, укрепление и сохранение социального, физического, психического здоровья и адаптации детей на основе психолого-педагогических и медико-физиологических

средств и методов сопровождения воспитательного и образовательного процесса, профилактики факторов «риска», реализации комплекса межведомственных оздоровительных мероприятий.

К факторам, влияющим на формирование, укрепление и сохранение здоровья относятся: *социальные, психолого-физиологические, организационно-педагогические, управленческие* [40].

Основные принципы здоровьесформирующего образования [32]:

1. *Системность*. Здоровье является целостным многомерным понятием. На состояние здоровья оказывают влияние биологические, психологические и социальные факторы. Формирование концепций здоровья должно быть на основе взаимообусловленного сочетания медико-биологического знания и ориентации человека как субъекта деятельности.

2. *Превентивность*. Задача педагогической науки – создать превентивную педагогику, которая смогла бы предупреждать возможности педагогических отклонений и находить средства их устранения. Сущность принципа превентивности состоит в изучении причин, факторов, закономерностей отклоняющегося поведения детей; применении методов его предупреждения и коррекции; формировании установок здорового образа жизни.

3. *Сферность* (междисциплинарность). Понятие «здоровье» сферно, междисциплинарно. Оно стало активно рассматриваться в исследованиях по самым разным научным направлениям. Сущность принципа сферности (междисциплинарности) состоит в том, что здоровье рассматривается как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия.

4. *Поэтапное формирование здорового образа жизни:*

- усвоение знаний о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний. На основании знания окружающей реальности у субъекта формируются определенные позиции (тревога; ужас; волнение; сомнение; интерес; воодушевление; радость; уверенность; наслаждение; покой и другие), которые представляют собой эмоциональные предрасположения к формированию мотивации здорового образа жизни.

- формирование мотивации здорового образа жизни: мотивационная установка; желание; убеждение; привычка; интерес; направленность личности.

- самоопределение личности, то есть осознанный выбор здорового образа жизни; осознание себя субъектом данной деятельности. Критерием осознанного выбора здорового образа жизни является ориентация личности на развитие знаний, умений, навыков по укреплению собственного здоровья, формированию культуры здоровья.

5. *Социокультурная направленность личности.* Показателями социокультурной направленности личности являются: конкретизация жизненных целей; самоидентификация; коммуникативные умения и навыки; отношение к культурным нормам; самосохранительное поведение, которое играет важную роль в формировании позитивного отношения индивида к здоровому образу жизни. Под принципом социокультурной направленности личности можно понимать процесс формирования системы мотивов, ориентирующих человека на созидательную деятельность, здоровый образ жизни, признание себя субъектом собственного развития. Еще Д. Лэббок писал, что здоровье гораздо более зависит от наших привычек и питания, чем от врачебного искусства.

6. *Здоровьесберегающая образовательная среда социально-реабилитационных учреждения.* К основным показателям здоровьесберегающей среды социально-реабилитационных учреждения относятся: гуманистическая направленность эмоционально-поведенческого пространства; учет индивидуально-возрастных особенностей обучаемых; всемерное развитие творческой личности; организация лечебно-профилактических и информационно-просветительских мероприятий; содействие самореализации самоутверждению субъектов образовательного процесса; соблюдение санитарно-гигиенических норм; коррекция нарушений соматического здоровья, включающая использование комплекса оздоровительных и медицинских мероприятий без отрыва от образовательного процесса; оздоровительная система физического воспитания; разработка и реализация дополнительных образовательных программ по формированию культуры здоровья, сохранению и укреплению здоровья обучающихся, профилактике вредных привычек.

7. *Готовность специалиста к здоровьесформирующей деятельности.*

Умение специалиста подойти к воспитаннику, найти пути к продуктивному взаимодействию с ним, внушить ему, что негативизм к собственному здоровью ничто иное, как игра с судьбой, сегодня является одной из важнейших задач педагогической деятельности. Специалист должен уметь: донести до

обучающегося суть ценности здорового образа жизни; сформировать у обучающегося мотивы сохранения и укрепления своего здоровья; создать такие условия обучения и воспитания, при которых каждый обучающийся может стать субъектом своей здоровьесформирующей деятельности; создать ситуацию успеха в овладении обучающимися навыками накопления собственного здоровья [32].

К основным технологиям здоровьесформирующего образования (применительно к социально-реабилитационному учреждению) можно отнести следующие:

1. *Разработка и реализация целостной социально-медико-психолого-педагогической программы формирования здоровья обучающихся на уровне отдельных социально-реабилитационных учреждений. Реализация целостной программы должна начинаться с конкретизация понятия «здоровья» как ценности воспитательно-образовательного процесса с учетом специфики региона, муниципального образования, конкретного социально-реабилитационного учреждения.*

2. *Организация валеологического образования, то есть непрерывного процесса усвоения ценностей и понятий, направленных на формирование навыков, умений и отношений, необходимых для осознания и оценки собственного здоровья, взаимосвязи между ним и валеологической культурой, здоровым образом жизни.*

3. *Разработка научно-методического сопровождения модульной системы воспитания и обучения.*

Модульное обучение позволяет каждому обучающемуся достигать запланированных результатов за счет: организации обучения индивидуально, парами и в малых группах; индивидуального темпа продвижения и саморегуляции учебных результатов; изменения формы общения обучающего и обучающегося; оценки по конечному результату, безоценочного контроля внутри учебного модуля, что снимает напряжение, неуверенность, страх перед оценкой. Модульная технология оказывает позитивное влияние и на педагога (преподавателя, воспитателя), позволяя преодолеть неудовлетворенность своим трудом, снять психологическую усталость.

4. *Организация медико-психолого-педагогического мониторинга здоровья обучающихся, педагогов и создание на его основе компьютерной базы данных. На основании результатов мониторинга цели и задачи построения*

здоровьеформирующего образования должны быть разделены на *общие, стратегические и частные.*

5. *Индивидуально-дифференцированный подход* предполагающий:

- наличие в социально-реабилитационном учреждении различных вариантов воспитательно-образовательных программ, учебников, учебно-методических комплектов и дидактических материалов, позволяющих на едином базовом содержании знаний варьировать и тем самым индивидуализировать процесс обучения и воспитания;

- постоянный систематический анализ и оценку способов разработки воспитанниками программного материала (не только их эффективность, но и соответствие психофизиологическим особенностям воспитанников, оценка их влияния на интеллектуальное и личностное развитие с учетом эмоционально-волевых и интеллектуальных усилий);

- использование разнообразных форм занятий, современных методов и технологий обучения и воспитания;; особые требования к профессиональной подготовке и личности специалиста.

Индивидуально-дифференцированный подход к несовершеннолетним предполагает *определение индивидуального двигательного режима воспитанников* [32].

Отсутствие индивидуального подхода к обучению и воспитанию воспитанников на уроках физической культуры и во внеклассных формах спортивно-массовой работы, «втискивание» всех несовершеннолетних в рамки единых требований без учета предела физических возможностей наносят колоссальный ущерб развитию личности ребенка, дисгармонируют её. У некоторых несовершеннолетних на фоне неудач формируются защитные реакции протеста или избегания занятий спортом.

Индивидуально-дифференцированный подход к воспитанникам предполагает *организацию спортивно-оздоровительных коллективных творческих дел.*

Традиционные формы сохранения и укрепления здоровья несовершеннолетних – это консультации, беседы, инструктажи, тренинги, семинары-практикумы, дни открытых дверей, конференции и др. Наиболее приемлемыми и продуктивными в процессе сохранения и укрепления здоровья являются интерактивные формы, которые носят здоровьесберегающий характер и

предусматривающие: воздействие на эмоциональную сферу ребенка, способность вызвать разнообразные переживания, связанные с осознанием тех или иных явлений здоровья; пробуждение творческого начала, способности стратегического и критического мышления [61].

Теоретически обоснованные основные компоненты внутренней картины здоровья позволяют выделить в модели три уровня отношения несовершеннолетнего к своему здоровью: *когнитивный, эмоциональный и поведенческий*, которые являются основными показателями результативности данного процесса.

Когнитивный уровень отношения к здоровью в значительной степени зависит от социального окружения обучающегося, особенностей его воспитания и жизненного опыта. Главный показатель эффективного развития этого уровня – отношение воспитанника к себе, самоуважение.

Эмоциональный уровень отношения к здоровью образуется в результате сравнения знаний несовершеннолетнего о себе с другими людьми: сверстниками, старшими, младшими, членами семьи, педагогами. Главный показатель эффективного развития этого уровня – формирование дифференцированных обобщенных знаний о себе в процессе деятельности и общения с окружающими.

Поведенческий уровень отношения к здоровью образуется в результате активной деятельности субъекта, направленной на сохранение и поддержание своего здоровья. Главный показатель эффективного развития этого уровня – включенность в культурно-оздоровительную деятельность.

Согласно такой логике выстраивается следующая технологическая последовательность формирования готовности воспитанника социально-реабилитационного учреждения к здоровьесберегающему (здоровьесохранительному или самосохранительному) поведению [61].

1. Оценочно-ориентационный этап включает диагностику личности: его мотивационно-ценностной сферы (интересы, мотивы, ценности, отношения, которые характеризуют направленность личности на самосохранение); эмоционально-волевой сферы (наличие волевых качеств, умения контролировать свое поведение, преодолевать страх, неуверенность, волнение); когнитивной сферы (определение полноты знаний по социальной безопасности); действенно-практической сферы (степень сформированности умений, навыков самосохранительного поведения).

2. *Этап целеполагания* предусматривает постановку цели и задач, вид и объем необходимой информации по формированию представлений о социальной безопасности, выбор средств по корректировке мышления и поведения воспитанника, направленного на самосохранение.

3. *Деятельно-практический этап* определяет специально организованное взаимодействие и вид индивидуальной помощи в становлении готовности.

4. *Контрольный этап*, предусматривает оценку результатов деятельности в ходе реализации программы; определение уровня сформированности готовности к самосохранительному поведению, направленность ценностных ориентации; корректировку экспериментальной программы на всех этапах ее реализации.

Для оценки сформированности готовности к самосохранительному поведению при рисках социального характера выделены следующие *критерии* [68]:

- *мотивационно-ценностный* – характеризует наличие ценностных ориентации и мотивов, обеспечивающих направленность личности на самосохранительное поведение;
- *когнитивный* – характеризует степень овладения знаниями о видах социальных опасностей, основами самосохранительного поведения;
- *действенно-практический* – предполагает степень овладения умениями и навыками самосохранительного характера – предвидеть, распознавать и оценивать грозящую опасность, избегать ее или действовать по обстановке;
- *рефлексивный* – раскрывает способность к самоконтролю, саморегуляции своего поведения в ситуациях социального риска,

С учетом вышесказанного составлен механизм самосохранительного поведения, представленный на Рис. 1.

Содержание методики формирования самосохранительного поведения в научной литературе представлено в трех разделах: социально-педагогическом, оздоровительном, психологическом.

1 раздел – *социально-педагогический*. Основными целями являются: введение в воспитательно-образовательный процесс социально-реабилитационных учреждений широкого набора средств формирования здорового образа жизни; качественное улучшение физического развития и физического состояния здоровья; разработка методик физического и нравственного воспитания с учетом специфики молодежной субкультуры;

самообразование.

2 раздел – *оздоровительный*: обеспечивает единство воздействий на организм средствами медицины и педагогики.

3 раздел – *психологический*: решает задачи обеспечения благополучного социального состояния человека и его гармонического развития. Содержание данного раздела нацелено на достижение каждым человеком положительного комфортного эмоционального состояния.

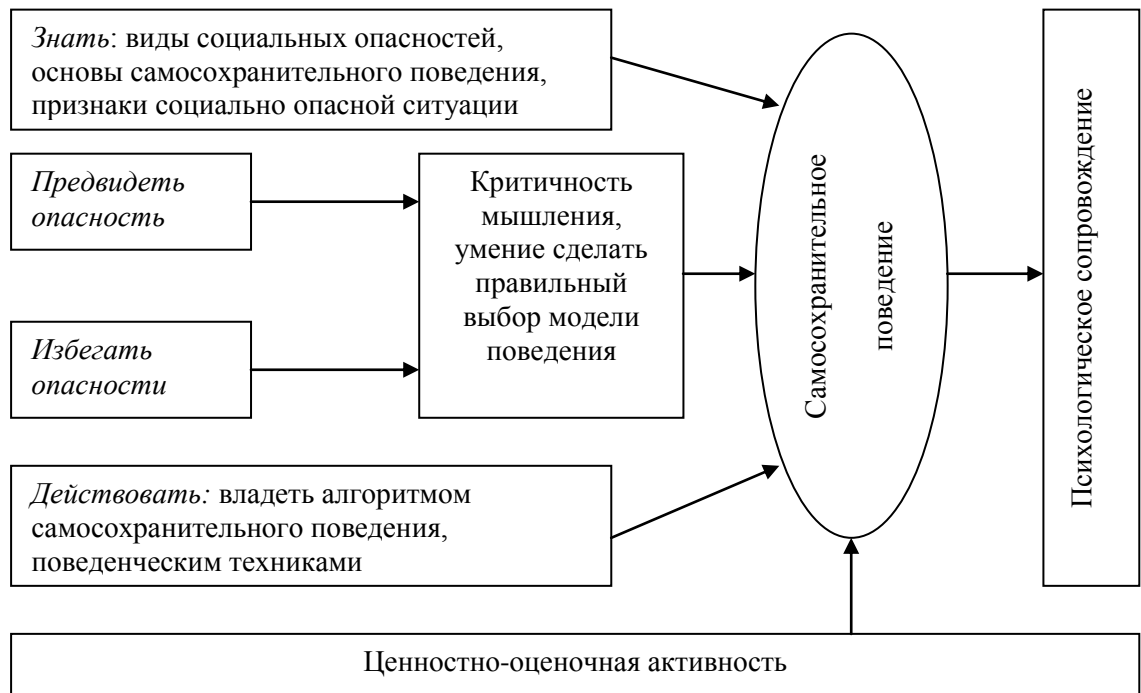


Рис. 1. Механизм самосохранительного поведения

Принципы применения психологических и психопрофилактических средств и методов:

1. Выявление факторов, способствующих возникновению и развитию стрессовых, невротических состояний.
2. Применение психолого-педагогических приемов, направленных на купирование и предупреждение нежелательных аффективных проявлений.
3. Обеспечение условий для преобладания положительных эмоций.
4. Создание благоприятного психологического климата.
5. Обучение приемам мышечного расслабления.

В науке выработаны *показатели* сформированности здорового образа жизни: представления об окружающей среде, представления о методах сохранения и укрепления своего здоровья, знание основных терминов физической

культуры, знание строения своего тела, назначения внутренних органов, знание того, что полезно и что вредно для организма, умение применять теоретические знания о здоровом образе жизни в повседневной деятельности, умение соблюдать технику безопасности в повседневной жизни.

По мнению В.Д. Сонькина, *здоровьесберегающая технология* – это:

- условия обучения ребенка в школе (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания);
- рациональная организация учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями);
- соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка;
- необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим [35].

Л.В.Зайцева определяет здоровьесберегающие технологии как систему мер, включающую взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его обучения и развития [30, 20].

Цель здоровьесберегающих технологий по отношению к ребенку – обеспечение высокого уровня реального здоровья несовершеннолетнего и воспитание валеологической культуры как совокупности осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни человека, знаний о здоровье и умений оберегать, поддерживать и сохранять его, валеологической компетентности, позволяющей несовершеннолетнему самостоятельно и эффективно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения, задачи, связанные с оказанием элементарной медицинской, психологической самопомощи и помощи. Применительно к взрослым ЗТ содействует становлению культуры здоровья, в том числе культуры профессионального здоровья специалистов и педагогов, и валеологическому просвещению родителей [30, 21].

Существующие здоровьесберегающие образовательные технологии, по мнению Л.В.Зайцевой, можно выделить в три подгруппы:

1. Организационно-педагогические технологии, определяющие структуру воспитательно-образовательного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и других

дезадаптационных состояний.

2. Психолого-педагогические технологии, связанные с непосредственной работой педагога с детьми.

3. Учебно-воспитательные технологии, которые включают программы по обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья [30].

В качестве рабочего определения, мы воспользуемся определением В.И.Жукова: здоровьесберегающие технологии представляют совокупность форм, средств, методов, которые направлены на достижение оптимальных результатов в поддержании физического, психического, нравственного и социального благополучия человека, в формировании здорового образа жизни [76, 261].

Данный вид технологий классифицируется в соответствии с конкретными признаками. Так, технологии профилактики условно подразделяются на педагогические, социальные, медико-психологические и медико-биологические [76,261].

Основная задача специалистов учебных и воспитательных учреждений – подготовить ребенка, подростка к самостоятельной жизни. Здоровьесберегающие технологии интегрируют все направления работы по сохранению, формированию и укреплению здоровья ребенка. Здоровьесберегающие технологии рассматриваются и как технологическая основа здоровьесберегающей педагогики – одной из самых перспективных образовательных систем XXI века, и как совокупность приемов, форм и методов организации воспитательного процесса детей без ущерба для их здоровья, и как качественную характеристику любой педагогической технологии по критерию ее воздействия на здоровье воспитанников и педагогов. Здоровьесберегающие технологии предполагают совокупность педагогических, психологических и медицинских воздействий, направленных на защиту и обеспечение здоровья, формирование ценного отношения к своему здоровью. Нет какой-то одной единственной уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач некоего воспитательно-реабилитационного процесса. Это может быть воспитательный процесс медико-гигиенической направленности (осуществляется при тесном контакте педагог – медицинский работник – воспитанник); физкультурно-оздоровительный (отдается приоритет занятиям физкультурной направленности); экологической (создание гармоничных взаимоотношений с природой) и др. Только благодаря комплексному подходу к воспитанию детей

могут быть решены задачи формирования и укрепления их здоровья. Коррекционная работа, связанная с укреплением здоровья детей в реабилитационном центре, особенно актуальна и реализуется путем осуществления системы физкультурно-оздоровительной и спортивной работы.

В последнее время появилась инновационная технология – *технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма* (ортобиооз) [76].

На сегодняшний день технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма (ортобиооза, в пер. с лат. – *разумного образа жизни*) в социальной работе малоизвестна, хотя деятельность в этом направлении ведется достаточно интенсивно. По выражению И.И. Мечникова, ортобиооз – это «...правильная жизнь, основанная на изучении человеческой природы и на установлении средств к исправлению ее дисгармонии». И.И. Мечников был убежден, что суть ортобиооза – это обеспечение развития человека ради достижения долгой, деятельной и бодрой старости. Его последователь, В.М. Шепель, сформулировал современное направление ортобиооза, как *ортобиотика* [76,264].

В центре внимания здоровьесберегательных технологий – психологические характеристики человека, психологическая предрасположенность к стрессу, проблемы питания, общения, личной жизни в современном обществе, проблемы семьи, старости. И в каждом случае предлагается комплексный подход к преодолению проблем.

Опора делается на *системный подход* к понятию «здоровье» как триединству его составляющих: *физическое, психическое, нравственное здоровье*.

Эффективность технологии здоровьесбережения предполагает получение таких результатов, как *активизация жизненного оптимизма, переориентация сознания человека на конструктивное и позитивное отношение к жизни, умение определять смысл на каждом жизненном этапе, ставить цели и вносить необходимые коррективы в свой образ существования, что позволяет поддерживать качественный уровень здоровья*. Это служит хорошим доказательством и дает основание для применения технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма в социальной работе [76,338].

Самосбережение состоит в следующем: вызвать интерес к своему здоровью, здоровому образу жизни, получить в этом навыки (сформировать у человека привычку самостоятельного контроля собственного состояния здоровья и принятия мер по его поддержанию); заложить в сознание человека самооценку

личного здоровья; упредить проявление нежелательных процессов в физическом, психическом и нравственном здоровье посредством поддержания активной деятельности организма через организацию разумного образа жизни; привнести в организм энергию оптимизма через организацию деятельности, создающей оптимистический настрой жизни; выработать умение благополучно «пережить» критическую ситуацию.

Огромное значение в формировании оптимизма имеет фактор *отношения к жизни*, от которого зависит вся жизненная устойчивость человека. Суть жизненной ситуации зависит не от обстоятельств, из которых эта ситуация складывается, а от отношения человека к ним. Жизнь основана на убеждениях, они определяют наши действия и наше отношение к событиям. Строить свое поведение, игнорируя данный факт, значит обеспечить себе массу проблем.

Оптимистическая установка обеспечивает человеку жизнерадостность, энтузиазм и воодушевление. Оптимизм – это одна из *особенностей мышления, привычка*, которую человек либо разовьет в себе, либо позволит скатиться в яму пессимизма и неудач. Оптимистичный настрой обусловлен образом мыслей человека, определяющих его отношение к тому, что окружает.

Возникает цепочка: психологический настрой, состояние надежды, вселяющее оптимизм, что выступает предпосылкой духовной самоорганизации человека и способствует обострению в его сознании инстинкта самосохранения и потребности в самосбережении своего здоровья. Множество слагаемых ортобиоза объединено в три *группы*:

- *рекреация* (укрепление физического здоровья) – сохранение тела в активном физическом состоянии и комплекс мер двигательной активности. Рекреацию можно представить как телесное самоконструирование;

- *релаксация* (укрепление психического здоровья) – снятие нервного и мышечного напряжения, развитие воли, закрепление внутреннего положительного состояния, овладение элементами саморегуляции, получение навыка управления своими эмоциями;

- *катарсис* – система разнообразия мер, укрепляющих нравственное здоровье человека, основанная на самоконтроле, ощущении совести. По определению В.М Шепеля, «*нравственность – совестливое состояние души*» [76, 338].

Рассмотрим основные подходы к работе с семьей и детьми по технологии

ортобиоза (применительно к социально-реабилитационному учреждению).

Экологический – мобилизация и поддержка конструктивного потенциала, присущего человеку. Направления работы:

1. *Социальное научение* – содействие семье и детям в овладении новыми знаниями, умениями, навыками.

Каждой семье необходимо: обучение комплексной превентивной (предупреждающей) работе со своим организмом (используя технологию построения оптимальной структуры тела и лечебного дыхания), освоение умений и навыков духовной и моторной саморегуляции, психофизической коррекции своих состояний; активизация инстинкта самосохранения; формирование ценности собственной жизни, веры в свои силы и возможности, позитивное отношение к жизни (оптимизм); использование на практике компоненты ортобиоза; умение планировать свою деятельность в соответствии с требованиями здорового образа жизни; знание представлений о причинах возникновения стрессов; умение использовать приемы личной саморегуляции в целях снятия соматического и психического напряжения.

Основными компонентами патронажной работы с семьей и детьми по технологии ортобиоза являются:

2. *Профилактика* – научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на: предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защита нормального уровня жизни и здоровья людей; формирование в ребенке (взрослом) потребности в самосбережении собственного здоровья как самостоятельно культивируемой жизненной ценности; содействие в достижении поставленных целей и раскрытии внутренних потенциалов.

3. *Поддержка и помощь* – конструктивное взаимодействие с семьей и детьми, выбор варианта действий и инструментария, укрепление уровня мотивации к ценности собственной жизни, хорошему самочувствию, оптимистическому настрою.

4. *Преобразующий процессинг* подразумевает стремление к переменам, деятельность по изменению, преобразование.

Все компоненты комплексной работы объединяются в стадии «Технологическая процедура», цель которой – *формирование потребности в*

самосбережении здоровья и жизненного оптимизма.

Алгоритм работы специалистов включает несколько процедур-ситуаций: подготовительная; диагностическая; преобразующая; контрольная.

Подготовительная процедура совершает выбор цели, т.е. выбор технологического варианта. Что необходимо в данный момент клиенту (семье, детям)? При выборе цели используются оба компонента (профилактика, поддержка и помощь). Важно привлечь детей из зоны риска в группы с помощью социальных педагогов и психологов школ, родителей, рекламы в СМИ, индивидуального консультирования.

Диагностическая процедура направляет основные усилия на составление полного анамнеза по объекту (состояние здоровья: физического, психического, нравственного). Здесь также используются профилактика, поддержка и помощь.

Особое внимание следует уделить экологической среде жизни клиента. С этой целью составляется картограмма семейного ортобиоза.

По завершении составления анамнеза с помощью специалиста по ортобиозу составляются пакеты мини-технологий по каждому компоненту «формулы выживаемости» (рекреация, релаксация, катарсис, куда включаются также рекомендации по питанию, организации труда, интимной жизни и др.).

Преобразующая ситуация, в которой ведущим является принцип системности. В работе целесообразно использовать компонент «Преобразующий процессинг», состоящий из следующих этапов работы: обнаружение, прояснение, программирование [76].

Контрольная процедура – это проведение контрольной диагностики с помощью пакета методик, использованных на диагностическом этапе. Целесообразно использовать в контрольной и диагностической процедурах таблицу, которая составляется и заполняется специалистами, проводящими тренинговые занятия с семьей и детьми в начале и по окончании цикла занятий по самосбережению здоровья.

В условиях социально-реабилитационных учреждений, когда важнейшим направлением в работе является адаптация ребенка к позитивному социуму и комплексная реабилитация, использование технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма позволяет сформировать положительный стереотип, благодаря правильной организации режима и воспитания, реабилитационным мероприятиям различной направленности, в том числе и духовно-нравственной

[76].

Технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма реализуется в различных *формах*.

- *профилактические обучающие программы* по технологии самосбережения здоровья (для детей младшего школьного возраста, среднего подросткового возраста, подростков);

- *специальная коррекционная работа* с детьми, входящими в «группу риска»;

- *групповые совместные занятия* проводимые специалистом, владеющим знаниями в области ортобиотики, и родителями в составе детско-родительских групп. Проведение подобных совместных занятий приводит к потеплению семейных отношений, на этом фоне происходит оздоровление, развитие ребенка;

- составление специалистом *картограммы семейного ортобиоза*;

- организация *социокультурной деятельности* (выпуск газеты, постановка спектаклей, участие в массовых мероприятиях и др.);

- организация семейного туризма, досуга и отдыха с учетом положений ортобиоза;

- знакомство с серией статей в печатных органах по вопросам здорового образа жизни;

- создание специализированных служб по изучению гражданского самочувствия населения;

- подготовка и совершенствование квалификации специалистов по технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма.

Таким образом, в практике социально-реабилитационного учреждения необходимо формирование у воспитанников: способности к позитивному саморазвитию в различных жизненных обстоятельствах, уверенности в себе, развитию чувства компетентности и собственной ценности; мотивации укрепления здоровья, посредством установки на ценность собственного здоровья; приобретения знаний о своем здоровье; овладения способами, охраняющими и умножающими здоровье; умения применять формы накопления здоровья к особенностям своего организма; культуры здоровья, направленной на ответственное отношение как к своему, так и здоровью окружающих, гармонизацию личности, готовность поддержать свое душевное равновесие и окружающих, способность воспринимать и создавать прекрасное.

1.2. Состояние здоровья несовершеннолетних и роль здоровьесберегающих технологий в формировании самосохранительного поведения несовершеннолетних в социально-реабилитационных учреждениях

По данным официальной статистической отчетности представленной участникам XII Конгресса педиатров России, за последние 5 лет заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 13,1%, в возрасте 15-17 лет – на 15%. Рост заболеваемости отмечается по всем классам болезней, но самые высокие темпы прироста отмечаются при болезнях крови и кроветворных органов, новообразованиях (в 1,6 раза), мочеполовой системы и врожденных аномалий (в 1,5 раза). В структуре же хронических болезней ведущее место занимают болезни костно-мышечной системы (24%), органов пищеварения (23%), нервной системы и психической сферы (20%) [41].

Следует отметить, что состояние здоровья детей, проживающих в сельской местности, значительно хуже, чем детей-горожан. Так, здоровые дети, проживающие в городе, составляют 36,9%, тогда как в сельской местности-29,02%. У детей, проживающих в сельской местности показатель заболеваемости впервые в жизни выявленной патологией выше, чем в городах.

Особенно большого внимания заслуживает динамика показателей состояния здоровья детей, обучающихся в начальной школе (И.В.Звездина, В.Р.Кучма, Л.М.Сухарева). За период 1998-2008 гг. среди учащихся младших классов патологическая пораженность (суммарная распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний) увеличилась на 54,5% (с 2903,7 до 4485,7‰), в том числе на 59,8% возросла распространенность функциональных отклонений и на 31,8% – частота встречаемости хронических заболеваний, среди учащихся старших классов – соответственно – 74% и 40% [44, 84].

Изменилось в худшую сторону и распределение детей по группам здоровья. Если в 1998 г. к I группе здоровья, т.е. к абсолютно здоровым, относилось 4,8% обследованных учащихся младших классов, то в 2010 г. – 1,8%.

Численность школьников со II группой здоровья, т.е. детей с морфофункциональными отклонениями, за 10 лет существенно не изменилось: в 1998 г. – 49,8%, в 2008 – 49,1%. В то же время за анализируемый промежуток с 1998 по 2008 гг. число детей страдающих хроническими заболеваниями и

отнесенных к III — IV группам здоровья увеличилась на 4,7% [44].

На основании результатов исследований Института возрастной физиологии РАО (Н.Я.Прокопьев) у детей отмечается тенденция «омоложения» многих функциональных нарушений, в числе которых патология сердечно-сосудистой, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, наносящих огромный экономический и социальный ущерб обществу.

Результаты проводимых научных исследований показывают, что наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей происходит в возрасте от 7 до 17 лет. Так, ежегодный прирост заболеваемости у подростков составляет более 5-7%. Это является отражением того, что подростковый возраст является критическим этапом в жизни человека. В силу анатомо-физиологических особенностей именно в этом возрасте организм ребенка становится наиболее уязвимым и незащищенным от воздействия различных факторов среды [44].

Особенностью здоровья современных подростков является быстрый рост функциональных нарушений и полисистемность заболеваний. Так, школьники 10-14 лет имеют 2-3 заболевания, в то время как к 15-18 годам их количество увеличивается вдвое. В структуре соматических заболеваний у российских подростков, по сравнению с другими возрастными группами, явно доминируют заболевания эндокринной, мочевыделительной, нервной системы, психические расстройства, обусловленные перестройкой пубертатного периода и началом половой жизни. Ухудшение состояния здоровья детей и подростков повлекло за собой нарастание негативных медико-социальных последствий.

Особой проблемой стал неуклонный рост числа социально обусловленных и социально значимых заболеваний в детско-подростковом периоде, что, безусловно, не может не отразиться на уровне здоровья и инвалидизации населения в последующих возрастных периодах. Вполне ожидаемым становится прогноз дальнейшего снижения качества воспроизводства последующих поколений россиян (А.А. Баранов, С.Р. Конова, И.К. Рапопорт) [11].

Результаты выборочных исследований, выполненных в различных регионах России сотрудниками научных учреждений, указывают на широкий спектр медико-социальных проблем. К ним относятся «рисковые», или «саморазрушающие» формы поведения современной молодежи в виде употребления алкоголя, табакокурения, токсикоманий, ранней сексуальной активности, безнадзорности, бродяжничества, правонарушений

несовершеннолетних и др. Все это происходит в условиях физической, психической и нравственной незрелости, отрицательно влияющих на нравственное состояние подростков.

За последнее десятилетие острой медико-социальной проблемой стала проблема состояния психического здоровья детей, и, прежде всего, детей подросткового возраста. Распространенность психических заболеваний среди подростков на 21% выше, чем среди детей более младших возрастных групп. Распространенность депрессий в подростковой популяции составляет 19%.

На фоне социально-экономических реформ значительно возросло число детей групп высокого медико-социального и биологического риска. За последние 10 лет количество самоубийств возросло в 1,8 раза. По данным последних опросов 2007-2008 гг., мысль о самоубийстве возникала у 19% юношей и 43% девушек. Хотя склонность к самоубийству типична для периода взросления во всех культурах, уровень суицидов, в России уровень этой склонности один из самых высоких в мире [11].

По результатам ряда научных исследований, в России отмечается рост употребления наркотических психоактивных веществ и алкоголя, а параллельно наблюдается значительное увеличение показателей заболеваемости токсикоманиями к 2011 г. по сравнению с 2001 г. – с 8,3 до 12,8 на 100 тыс. подросткового населения, что составляет увеличение в 1,5 раза или на 54,2%. По оценкам экспертов, в РФ активно развивается процесс «омоложения» наркоманов и, прежде всего, за счет подростков.

Наиболее важным представляется тот факт, что уровень заболеваемости наркоманиями, по данным наркологического учета, среди подростков почти в 2,5 раза выше, чем среди всего взрослого населения, а токсикоманиями – в 8 раз. При этом подростки злоупотребляют наркотиками в 6,3, а ненаркотическими средствами – в 11,2 раз чаще, чем население всех возрастов. Можно понять тревожность сложившейся ситуации, если учесть, что латентная наркомания и токсикомания, по данным экспертных оценок, значительно превышает официальные показатели.

За последние десятилетия выявлены негативные тенденции в показателях физического развития детей, особенно в возрастных группах старше 12 лет. Установлено достоверное снижение темпов роста, уменьшение размеров и массы тела. Масса тела современных подростков во всех возрастно-половых группах

ниже, чем у их сверстников в предыдущие годы. Дефицит массы тела среди современных юношей к моменту окончания школы диагностируется в каждом четвертом, у девушек – в каждом шестом случае. Снижается доля детей и подростков с нормальным физическим развитием (А.Г.Ильин). За последние десятилетия выявилось также снижение мышечной силы кистей рук – результат уменьшения массы тела не только за счет жирового, но и мышечного компонента [16].

Показатели, характеризующие физическую работоспособность и функциональную подготовленность, у современных подростков значительно (на 20-25%) ниже, чем у их сверстников 80-90-х годов, вследствие чего около половины выпускников 11 классов мальчиков и до 75% девочек не в состоянии выполнять существующие нормативы физической подготовленности [16].

Таким образом, современные подростки по уровню морфофункционального развития в целом отстают от своих сверстников предшествующего десятилетия, что обуславливает у 80% выпускников школ ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья и более у 35% юношей – непригодность к службе в армии.

Одним из острых вопросов современного общества является проблема инвалидности с учетом ее медицинского, социального, нравственного и экономического значения. В России, как и во всем мире, наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов. В начале нового тысячелетия проблема детской инвалидности в России приобретает поистине общенациональный характер.

В современном мире сохраняется неуклонный рост детской инвалидности, которая отражает крайний вариант нездоровья детей и подростков. В Российской Федерации дети-инвалиды составляют, по разным оценкам, от 1,5-2,5 до 4,5% детского населения. Распространенность детской инвалидности в нашей стране с момента ее регистрации с 1980 по 2012 г. увеличилась почти в 12 раз. Уже в 2004 г. уровень детской инвалидности в России составил 200,8 на 10 тыс. детей 0-17 лет. В настоящее время абсолютное число детей с ограниченными возможностями превысило полумиллионную отметку. У многих детей инвалидность регистрируется неоправданно поздно. По данным Национального НИИ общественного здоровья РАМН, детям до 1 года инвалидность не оформляется в 100% случаев, в 1-2 года – в 58%, в 3-6 лет – в 31%, в 7-14 лет – в 24%; в целом от 0 до 14 лет – в 39,9% случаев [15].

Анализ результатов исследований по данной проблеме последних лет

показывает, что структура инвалидности детей от 0 до 17 лет по нозологическим формам достаточно стабильная. Ведущие ранговые места занимают болезни нервной системы, психические расстройства (более 70% – умственная отсталость) и врожденные аномалии развития. Эти 3 класса занимают в структуре инвалидности 62-69,5%. Указанные причины лидируют и по мнению зарубежных авторов. Группа инфекционных и соматических болезней в целом составляет, по различным данным, 21,5-34,5%. В последние годы отмечена возросшая роль болезней эндокринной системы (в половине случаев — за счет сахарного диабета), злокачественных новообразований, особенно у подростков [15].

Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич, распространенность которого составляет 2-2,5 случая на 1000 детей. В клинической структуре этого заболевания преобладают спастическая дисплегия (44-68%), гемипаретическая форма (14-30%), затем следуют гиперкинетическая и атонически-астатическая формы; на третьем месте стоит двойная гемиплегия (18%). А.А. Баранов и соавторы указывают на то, что за последнее десятилетие в общей структуре детской инвалидности возрос удельный вес врожденных аномалий и психических расстройств, а параллельно снизилась доля заболеваний нервной системы [11].

Нарушения интеллектуального и физического развития приводят к различным ограничениям жизнедеятельности ребенка-инвалида. Для оценки последних в адаптированном варианте Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности используют 6 категорий. Между тем для каждого периода детства характерны определенные качественные характеристики и ведущие виды деятельности (игра, обучение, труд), что необходимо учитывать при экспертизе инвалидности у детей.

Таким образом, состояние здоровья детей и подростков в последнее десятилетие характеризуется следующими тенденциями: неуклонным ростом хронических болезней, полисистемностью заболеваний; увеличением уровня психических расстройств; учащением девиантных форм поведения, подростковой преступностью; увеличением алкоголизации, наркотизации, токсической зависимости; деформацией медико-социального портрета семей, имеющих детей; значительной степенью ограничения возможностей их социальной интеграции.

В 1980-х гг. А. Антонов предложил концепцию *самосохранительного поведения*, которая была развита в работах В. Борисова, И. Журавлевой,

Л. Шиловой как система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни человека. Концепция медицинской активности В. Альбицкого касается, прежде всего, деятельности по сбережению здоровья – проведение профилактических мероприятий и лечение в период заболевания [28].

Самосохранительное поведение является составляющей образа жизни и на его формирование оказывают влияние культура, традиции, ценности общества и индивида, государственная политика и социально-экономическая ситуация в стране. Самосохранительное поведение необходимо рассматривать, в том числе, как экономическое, поскольку оно предполагает целесообразное потребление и различную деятельность по поддержанию здоровья, а также выступает в качестве компоненты рабочей силы.

К идеальной модели *самосохранительного поведения* относятся: 1) ведение здорового образа жизни; 2) осуществление профилактических мероприятий и своевременное лечение заболеваний под контролем медицинского работника; 3) трудовая деятельность в безопасных условиях при возможности выбора рабочих мест или в направлении минимизации негативного влияния факторов труда при отсутствии выбора. В последнем случае неблагоприятные обстоятельства занятости носят объективный характер. Вероятно, самосохранительное поведение индивида зависит от понимания здоровья и культуры отношения к нему.

В.М.Медков под самосохранительным поведением понимает систему действий и отношений, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление сроков жизни в пределах этого цикла [51].

Помимо самосохранительного поведения иногда употребляют также такие термины, как «санитарное поведение», «витальное поведение». Однако данный термин представляется более удачным и адекватным, поскольку он предполагает самосохранение не только в биологическом, но и в психологическом и социальном смыслах [51].

В понятии «самосохранительное поведение» следует различать позитивную и негативную стороны. Позитивная сторона связана с действиями, направленными на сохранение и укрепление здоровья, на реализацию стремления прожить долгую и здоровую жизнь. Примерами позитивных форм самосохранительного поведения являются получающие все большее распространение занятия физической культурой и спортом, отказ от

злоупотребления пищей, курения, алкоголя, наркотиков и т.п. — вообще все виды поведения, ассоциируемые с так называемым здоровым образом жизни. Негативные формы самосохранительного поведения связаны с сознательным или неосознаваемым предпочтением смерти возможной или условной перспективе неполноценной с точки зрения индивида жизни, неполноценной в физиологическом, психологическом, социальном или ином отношениях. Наиболее ярким примером негативного самосохранительного поведения является самоубийство, совершая которое, человек стремится сохранить свою «Я-концепцию», т.е. свое представление о самом себе. Однако в любом случае и позитивное, и негативное самосохранительное поведение в конечном итоге выражается в движении показателей уровня здоровья, заболеваемости, смертности и их структуры по причинам. Именно с этой стороны самосохранительное поведение и интересуется демографию [51].

Понятие самосохранительного поведения было введено в демографию именно в связи с осознанием исследователями того упомянутого выше факта, что в современных условиях все большую роль в детерминации заболеваемости и смертности начинает играть поведенческий фактор, отношение людей к собственному здоровью и продолжительности собственной жизни. Изучать же поведенческий фактор можно лишь с помощью социологических методов, проводя социологические исследования, применяя в их ходе те же подходы и приемы, которые были выработаны для изучения человеческого поведения вообще. Поскольку же в демографии уже был накоплен опыт изучения репродуктивного поведения, постольку казалось естественным применить к изучению поведенческого фактора смертности те же подходы, что использовались применительно к рождаемости, и прежде всего выработать само понятие «*самосохранительное поведение*» как научный термин, с помощью которого поведение включалось в изучение смертности, что и было сделано в ходе начавшегося в нашей стране в 1980-1983 гг. в Центре по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова под руководством А.И. Антонова и продолженного затем в Институте социологических исследований АН СССР (Институт социологии РАН) под руководством А.И. Антонова и В.А. Борисова изучения самосохранительного поведения [16].

В основу изучения самосохранительного поведения была положена

концепция диспозиционной регуляции социального поведения, включающей в свою структуру потребности, диспозиции, ситуации и результаты. Эта структура представлена на нижеследующей схеме, разработанной А.И. Антоновым (рис.2).

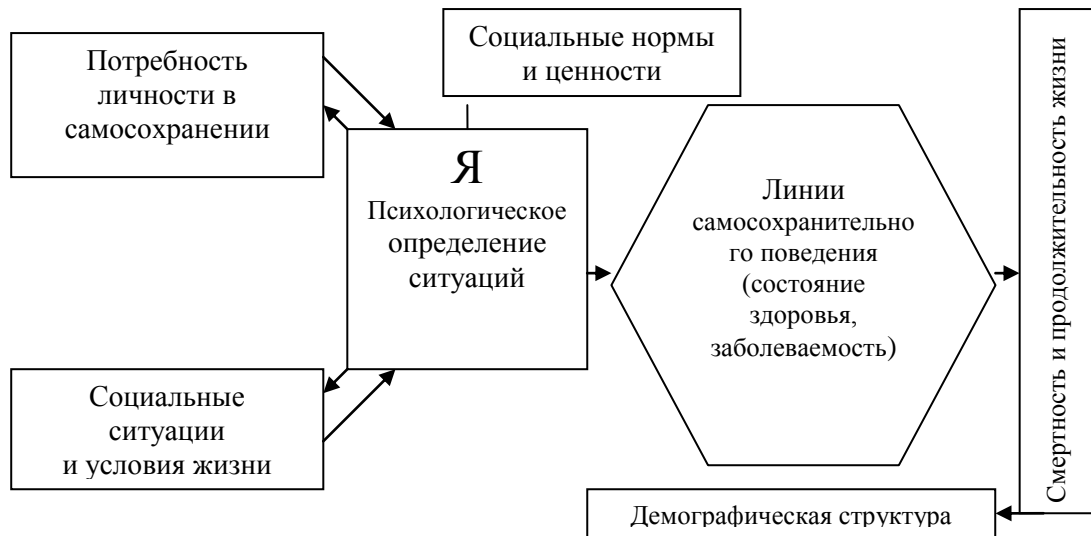


Рис. 2. Структура самосохранительного поведения личности

Ядром структуры диспозиционной регуляции самосохранительного поведения является потребность личности в самосохранении. Эта потребность является чрезвычайно сложной по своей структуре, включающей в себя практически все уровни знаменитой пирамиды потребностей А. Маслоу, вплоть до потребности в самоактуализации. По сути, не является преувеличением утверждение, что вся система потребностей личности является потребностью в самосохранении.

Верхним уровнем потребности в самосохранении является потребность личности в сохранении своего Я, своей Я-концепции, своего социального статуса и лица. Когда, как говорится, «жизнь вышибает человека из седла», когда его социальное положение, социальный статус резко понижаются (абсолютно или относительно, это не имеет значения), когда то или иное изменение привычной социальной позиции переживается, осмысливается, интерпретируется, определяется человеком как движение вниз по социальной лестнице, как падение, крах, когда человек поставлен перед необходимостью ресоциализации в непривычном и нежелательном для себя социальном статусе с иными, подчас неприемлемыми для него прежде социальными ролями, он может отказаться от сохранения физической телесности и даже лишиться себя жизни, но сохранить в глазах других людей свое прежнее социальное положение.

Средний уровень потребности в самосохранении образует потребность

личности в психологическом самосохранении, сохранении определенности своего Я в коммуникациях с другими. Это потребность сохранить себя как личность, сохранить свою Я-концепцию, потребность в уважении со стороны других людей, потребность в общении и принадлежности к себе подобным [46].

Нижний уровень потребности в самосохранении — это потребность в сохранении себя как физического, телесного существа. Он описывается как потребность в сохранении целостности своего тела, поддержания равновесия с окружающей средой и равновесия внутренней среды организма. Это потребность сохранения самой жизни и здоровья на всех стадиях жизненного цикла. По своей сути это потребность в здоровом долголетии, которое только и позволяет пройти все этапы жизненного цикла личности.

Именно это и является движущей силой самосохранительного поведения, его «драйвом». Весь комплекс потребностей третьего уровня фокусируется в потребности в конкретных сроках жизни, что позволяет рационально ставить вопрос об измерении установок самосохранительного поведения. Именно в последних потребность в самосохранении «находит свое наиболее полное операциональное определение», свой количественный образ.

Самосохранительное поведение осуществляется в трех отношениях: биологическом, психологическом и социальном. Это позволяет выделить в самосохранительном поведении три ориентации:

1) биологическую – подразумевает поведенческую ориентацию, сфокусированную на удовлетворении своих первичных потребностей в еде, отдыхе, порядке и т.д. На этом уровне для человека важно избегать опасности, удовлетворять свои постоянно возникающие желания, которые не выходят за рамки витальных. Самосохранение здесь, прежде всего, физиологично;

2) психологическую – предполагает поведенческую ориентацию при выборе модели поведения главным образом на первичные и референтные группы индивида, на те социальные институты, где происходит его личностная социализация. Благодаря влиянию и значимости в повседневной практике мнения семьи, друзей жизненные идеалы в данной поведенческой ориентации во многом детерминированы ближайшим окружением ради удовлетворения потребностей в уважении, общении, понимании. Самосохранение здесь основано на «Я-концепции человека», чувстве внутренней психологической гармонии;

3) социальную – характеризуется значимостью при выборе формы

поведения социального набора признаков: социальный статус, престиж, признание в профессиональном коллективе, восприятие себя сквозь призму общественного мнения. Здесь речь идет о самосохранении в смысле поддержания социально-профессионального статуса, связанного с ним материального благополучия, а также выполнения активной гражданской функции, всего того, что воспринимается общественным сознанием в понятиях успешный, престижный и т.д.

Исследования самосохранительного поведения начались с выявления идеальной продолжительности жизни, с измерения желаемого и ожидаемого числа лет своей собственной жизни.

Мотивы самосохранения можно разделить на экономические, социальные и психологические. Они как всегда связаны со средствами достижения индивидуальных экзистенциальных целей.

Экономические мотивы – это мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных экономических целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого экономического статуса, с желанием получить определенные материальные блага или избежать их потери. Например, выбор человеком опасной профессии, связанной с повышенным риском, может мотивироваться желанием получения высокого дохода и разного рода льгот и привилегий, которые в данном случае служат определенной компенсацией риска. Напротив, резкое падение уровня жизни, связанное с переходом на пенсию, реальное или предполагаемое понижение экономического статуса (явление слишком частое в современной России, когда для миллионов старость означает нищету) могут провоцировать ослабление воли к жизни, уменьшение желания жить дольше или даже вовсе отказ от жизни [51].

Социальные мотивы — это мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных социальных целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого социального статуса. Они являются реакцией на бытующие в культуре социальные нормы отношения к ценности человеческой жизни и ее продолжительности, к полноте и завершенности индивидуального

цикла жизни и т.д. Социальные мотивы действуют там и тогда, где и когда действуют стимулы, символизирующие повышение социального статуса и престижа человека, прожившего долгую жизнь, прошедшего через все социально значимые стадии жизненного цикла (вступление в брак, приобретение статуса родительства и прародительства), отметившего все «положенные» юбилеи, отпраздновавшего символические события типа серебряных или золотых свадеб, выхода на пенсию и т.п. Там же, где нет таких стимулов, где старикам в противоположность известной песне нет «везде почета», там нет и желания жить долго [51].

Психологические мотивы — это мотивы, которые побуждают стремиться выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных сугубо личностных, социально-психологических внутренних целей личности. Они отражают исключительно личностную заинтересованность прожить тот или иной срок жизни. Скажем, наличие у человека того или иного числа детей формирует у него стремление и желание пожить подольше, чтобы увидеть, кем и чем станут его дети. И ясно, что чем больше детей имеет человек, тем сильнее это желание.

Целостная характеристика типов поведения выражается через понятие «линии самосохранительного поведения» как совокупности разного рода событий, поступков и интенций (внутренних побуждений), через которую и выражаются установки на продолжительность жизни и соответствующие им мотивы. Одним из наиболее четких является различие мужских и женских линий самосохранительного поведения, находящих свое наиболее яркое выражение в большей продолжительности жизни женщин по сравнению с мужчинами (как это было показано выше в этом параграфе). Специалисты считают, что женщины прилагают более интенсивные усилия по реализации позитивных самосохранительных установок, поскольку их цели рассчитаны на более далекую перспективу, поскольку смысл их жизни чаще, чем у мужчин, связан с детьми, с желанием увидеть их в будущем, увидеть и нянчить внуков. Это связывается с тем, что именно выполнение социальной роли матери формирует у женщины умение более эффективно распределять силы на всем протяжении жизни.

Социально-экономические факторы относятся к числу наиболее изучаемых.

Последние исследования Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ) позволили сделать вывод о том, что экономическое неравенство оказывает как текущее, так и пролонгированное воздействие на состояние здоровья, формируя неодинаковые адаптационные возможности людей для преодоления физических и эмоциональных нагрузок. Экономические характеристики оказывают наибольшее влияние на психологическое здоровье мужчин. Женщины легче переносят экономические сложности, поскольку активнее используют потенциал социально-культурных и семейных ролей, который имеет самосохранительный эффект в стрессовой ситуации. Санкт-Петербургские исследователи (Н.Л. Русинова) в качестве ведущего маркера социально-экономической позиции, статистически значимо связанного со здоровьем, называют уровень образования, причем не только респондента, но и его родителей. Процесс нисходящей социальной мобильности оказывается более сильным для здоровья фактором, чем уровень образования и квалификации. По данным многолетних исследований Н.М. Римашевской особенностей советской социально-экономической политики и последствий «шоковой терапии» ранговое распределение факторов, определяющих состояние здоровья населения, таково: материальное положение семьи (I место), экологическая ситуация (II), качество питания (III) [51].

Исследование поведенческого фактора здоровья продемонстрирует его жесткую детерминированность социально-демографическими параметрами и выявило важную тенденцию, свойственную всем социально-демографическим группам населения: забота о здоровье обуславливалась его ухудшением. Это свидетельствовало о доминировании в отношении к здоровью лечебного, а не профилактического компонента. Модель самосохранительного поведения россиян при этом выглядит как набор следующих причин заботы о здоровье: «ухудшение здоровья» – «страх перед заболеванием» – «информация от медиков», т.е. россиянин начинает заботиться о здоровье, заболев или стараясь предотвратить болезнь, о которой ему говорил врач.

Результаты различных исследований показали также, что самосохранительное поведение подвержено воздействию таких факторов, как опыт столкновения со смертью (наличие подобного опыта способствует усилению заботы о здоровье) и отношение к продолжительности жизни. Последнее непосредственно зависит от самооценки здоровья, степени заботы о нем, пола и

возраста респондента [65].

Наиболее распространенное изучение поведения в сфере здоровья связано с концепцией факторов риска, под которыми понимается курение, потребление алкоголя, наркотиков, избыточная масса тела, нарушение режима сна и др. При общепринятом мнении об отрицательном воздействии факторов риска следует иметь ввиду неоднозначность их воздействия на здоровье. Наиболее изученными сегодня являются социально-демографические факторы здоровья: пол, возраст, уровень образования, социальный и экономический статус.

Наименее исследованы этнокультурные факторы – национальные обычаи, традиции, исторические особенности существования каждой нации, системы воспитания, ценностные ориентации, социальные нормы, воздействующие на отношение к здоровью представителей различных национальных и этнических групп.

Специалисты отмечают два вида отношения к здоровью в обществе – пассивно-адаптивный и активно-адаптивный, которые различаются по отношению к больному человеку и болезни в целом. В первом случае характерно внимание общества к страданиям, недомоганию, обозначению роли больного, предопределяющей соответствующее поведение. При активно-адаптивном типе болезнь воспринимается как вина или наказание за проступок. Человек несет ответственность за здоровье и стремится восполнить его ресурсы с помощью различных практик.

Необходимость адаптации российского населения к происходящим переменам обусловила возрастание роли психосоциальных факторов, которые мы рассматриваем как проявление хронического стресса. Социологическими маркерами реакции населения на ситуацию стресса являются: степень удовлетворенности жизнью, чувство одиночества, снижение самооценок здоровья, обострение имеющихся и возникновение новых заболеваний. По результатам международной программы «МОНИКА», связанной с выявлением групп риска хронических заболеваний, наиболее низкие и устойчивые показатели стресса наблюдаются у людей с высшим и средним образованием. У специалистов с высшим образованием, понизивших свой социальный статус, этот процесс происходил болезненнее, чем у категорий с более низким статусом. Корреляция уровня стресса с самооценкой здоровья указывает на то, что, чем выше самооценка, тем ниже уровень стресса. Уровень стресса возрастает по мере

уменьшения активности заботы о здоровье.

Основы ЗОЖ закладываются в семье. Для воспитанников социально-реабилитационных центров проблемы здоровьесбережения особенно актуальны, поскольку, основное значение в формировании детской и подростковой дезадаптации и девиации выполняет семья, в первую очередь факторы семейного неблагополучия.

Воспитанники социально-реабилитационных учреждений – чаще всего – дети из неблагополучных семей. В таких семьях родительские стереотипы и традиции чаще связаны с девиациями, вредными привычками, уклонением от воспитания, в результате чего у детей не формируются элементарные навыки ЗОЖ. Например, неумение правильно питаться, у детей отсутствует заинтересованность в занятиях оздоровительного характера, нет привычки заниматься утром зарядкой, делать утренние прогулки, отсутствует соблюдение правил личной гигиены: закаливание, создание условий для полноценного сна. Так же важную роль в формировании ЗОЖ играет дружелюбное отношение друг к другу, развитие умения слушать и говорить, умения отличать ложь от правды, которое у воспитанников социально-реабилитационных центров отсутствует или деформировано.

Отношение ребенка к своему здоровью является фундаментом, на котором можно будет выстроить здание потребности в здоровом образе жизни. Оно зарождается и развивается в процессе осознания ребенком себя как человека и личности. Отношение ребенка к здоровью напрямую зависит от сформированности в его сознании этого понятия.

Здоровьеразрушение – это нарушение основ и принципов здоровьесбережения, вредные привычки, половая безграмотность и беспорядочные связи, пассивный образ жизни, рост ранней алкоголизации, наркомании, токсикомании, который ведет к увеличению числа преступлений, большое число венерических заболеваний у несовершеннолетних, так же рост числа несовершеннолетних с психическими отклонениями среди правонарушений, суицид у подростков и так далее.

О.Э. Булла сформулировано понятие *здоровьеразрушения* – это нарушение основ и принципов здоровьесбережения, форма индивидуального или группового социального поведения, в силу сознательного или неосознанного инструментально-потребительского отношения к своему здоровью приводящая к

ухудшению и даже разрушению здоровья, в том числе неправильным образом жизни, вредными привычками (алкоголь, курение, наркотики), неблагоприятными условиями среды обитания, неправильным питанием, несоблюдением норм гигиены, отсутствием правильного режима дня и так далее [51].

Формами здоровьеразрушающего поведения являются ранняя алкоголизация и наркотизация (аддиктивное поведение). Это подростковый эквивалент бытового пьянства взрослых и начала наркомании. В половине случаев алкоголизация и наркотизация начинаются в подростковом возрасте. Среди делинквентных подростков более трети злоупотребляют алкоголем и знакомы с наркотиками. Мотивы употребления – быть своим в компании, любопытство, желание стать взрослым или изменить свое психическое состояние. В дальнейшем выпивают, принимают наркотики для веселого настроения, для большей раскованности, самоуверенности и т.п.

Родители, употребляя сигареты, алкоголь, сами того не подозревая, формируют установку подростков на прием наркотических веществ как «нормального» общеприятного поведения. Табакокурение и алкоголь являются для молодых людей первым шагом на пути к более сильным наркотическим средствам. Провоцировать наркотическую зависимость может как гиперопека со стороны родителей, лишаящая подростка самостоятельности, так и предоставление им полной свободы, бесконтрольность.

Второй по значимости субъект влияния на поведение молодежи – воспитательно-образовательное учреждение, оказывает наиболее противоречивое воздействие на современных молодых людей.

Важнейшей задачей социомии при работе с детьми групп социального риска (воспитанниками социально-реабилитационных учреждений) является формирование ЗОЖ, а также выявление факторов здоровьеразрушения.

О.Э.Булла рассматривает здоровьеразрушение как проявление девиантного поведения подростка. Ученые пытаются объяснить истоки и причины отклоняющегося поведения. Одни считают, что люди предрасположены к определенным типам поведения по своему биологическому складу (Ч. Ломброзо). Другие связывают девиантное поведение с особенностью строения тела (Э.Кречмер, Х.Шелдон), аномалиями половых хромосом (Прайс, Уиткин). Третьи находят психологические объяснения девиации, обосновывая ее «умственными дефектами», «дегенеративностью», «слабоумием» и «психопатией», как бы

запрограммированностью отклонений (З.Фрейд). Есть еще и культурологические объяснения девиаций, строящиеся на позиции признания «конфликта между нормами культуры» (В.Ф.Миллер, Л.Ф.Селин); этногенетическое направление, в котором поведение человека рассматривается как детерминированное системой функционирующих в данной культуре и отдельных субкультурах правил, аналогичных грамматическим правилам, как «социальная грамматика поведения» (Р.Харе); теория «фокального» («фокусного») взросления Дж.Коулмена, согласно которой взросление имеет квантовую природу – трудности возникают в определенных точках развития подростка. Свои «пики» имеют взаимоотношения подростка с родителями, сверстниками, отношение к самому себе, процесс полового созревания, приводящие к девиациям в поведении и сознании [17].

Профессор В.Н.Иванов выделяет такие причины девиации:

- изменения в социальных отношениях общества, которые получили отражение в понятии «маргинализация», то есть его неустойчивость;
- «промежуточность»;
- «переходность»;
- распространение различного рода социальных патологий.

Трактовка причин девиантного поведения тесно связана с пониманием самой природы этого социально-психологического явления. Известно, что в человеческом поведении сочетаются компоненты различного уровня: биологические, психологические и социальные. В зависимости от того, какому из них в рамках той или иной теории придается главное значение, определяются и основные причины этого поведения [17].

Личность ребёнка и подростка формируется не сама по себе, а в окружающей его среде. Особенно важна роль малых групп, в которых подросток взаимодействует с другими людьми. Прежде всего, это касается семьи. Разные авторы выделяют различные типы неблагополучных семей, где появляются дети с отклонениями в поведении. Эти классификации не противоречат, а дополняют, иногда повторяя друг друга.

Сочетание неблагоприятных биологических, психологических, семейных и других социально-психологических факторов искажает весь образ жизни подростков. Характерным для них становится нарушение эмоциональных отношений с окружающими людьми. Подростки попадают под сильное влияние

подростковой группы, нередко формирующей асоциальную шкалу жизненных ценностей. Сам образ жизни, среда, стиль и круг общения способствуют развитию и закреплению девиантного поведения. Таким образом, имеющий место отрицательный микроклимат во многих семьях обуславливает возникновение отчуждённости, грубости, неприязни определённой части подростков, стремления делать всё назло, вопреки воли окружающих, что создаёт объективные предпосылки для появления демонстративного неповиновения, агрессивности и разрушительных действий.

Интенсивное развитие самосознания и самокритичности приводит к тому, что ребёнок в подростковом возрасте обнаруживает противоречия не только в окружающем мире, но и собственного представления о себе.

Алкоголизация и наркотизация теснейшим образом вплетаются в структуру девиантного образа жизни подростков. Часто подростки распитием спиртного как бы отмечают свои «заслуги»: удачные похождения, хулиганские поступки, драки, мелкие кражи. Объясняя свои плохие поступки, подростки имеют неправильное представление о нравственности, справедливости, смелости, храбрости.

Наиболее важной причиной вовлечения молодежи в девиантную среду является дезорганизация жизни семей, разрушение сложившихся нравственно-этических норм и традиций семейного уклада. Вследствие правовой, моральной, экономической незащищенности усилилась конфликтность отношений между супругами, родителями и детьми. К следствиям этого кризисного состояния можно отнести следующие проявления сегодняшней жизни нашего общества:

- усиливающееся расслоение общества как результат перехода к рыночным отношениям, резкое снижение уровня жизни малообеспеченных семей;
- развитие теневых, рыночных отношений среди подростков и юношества, появление подросткового и юношеского рэкета, рост имущественных преступлений;
- расширение безнадзорности и появление беспризорности как социального явления;
- рост подростковой преступности, вовлечение детей и подростков во взрослые преступные группировки;
- приобщение молодежи к наркотикам и токсикомании;
- распространение подростковой и юношеской проституции; рост молодежного суицида;

- падение авторитета родителей и педагогов, обострение конфликтности в школе и семье.

Для детей из неблагополучных семей характерна низкая степень социальной нормативности. От своих благополучных ровесников они отличаются дисгармоничностью интеллектуальной сферы, неразвитостью произвольных форм поведения, повышенной конфликтностью, агрессивностью, неадекватной самооценкой, низким уровнем саморегуляции и самостоятельности, отрицательной волевой направленностью. Лишенные эмпатийного общения, они и сами не способны к сочувствию, сопереживанию, отзывчивости к чужой беде. У них отмечается недостаток социальных связей и навыков общения со сверстниками и взрослыми, ограниченность, а порой и искаженность социального опыта. Их эмоциональное состояние и поведение определяются, главным образом, текущими событиями, стремлением жить сегодняшним днем, получить сиюминутные удовольствия.

Таким образом, источник формирования отрицательных черт характера лежит в несоответствии уровня притязаний подростка с оценкой окружающих. Грубой и недопустимой ошибкой взрослых является выражение антипатий, упреки, что усугубляет конфликт, причем в реальной жизни молодые люди часто сталкиваются именно с такими формами обращения. Воспитанники социально-реабилитационных учреждений являются группой риска вовлечения в девиантные формы поведения и здоровьеразрушающего поведения, прежде всего потому, что проживают в неблагополучных семьях, где условия проживания, питания не соответствуют нормам для полноценного развития ребенка. У них отсутствуют навыки закаливания, не умение соблюдать правильный режим дня.

Таким образом, рассмотрение здоровьеразрушения как формы девиантного поведения приводит к следующим выводам. Здоровьеразрушение – это разрушение здоровья вредными привычками (алкоголь, курение, наркотики), аморальный образ жизни, неблагоприятные условия среды обитания, неправильное питание, несоблюдение норм гигиены, отсутствие правильного режима дня. Формами здоровьеразрушения является распространение и злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами, психотропными и сильнодействующими веществами, так же это половая безграмотность, неправильное питание, несоблюдение правильного распорядка дня и другие. У воспитанников социально-реабилитационных центров обострен риск

здоровьеразрушения из-за отсутствия здоровьесберегающего воспитания и семейных традиций, антисанитарных условий проживания, неправильного питания; все это является основанием для обоснованной организации профилактической и коррекционной работы с детьми, в поведении которых отмечаются различные отклонения. На наш взгляд, безусловная необходимость профилактической работы очевидна, как очевиден и тот факт, что реализация профилактических технологий сталкивается с проблемой наличия у ребенка подросткового возраста девиантного опыта, что снижает эффективность процесса профилактики и делает необходимым предварить его организацией коррекционной деятельности, в ходе которой сглаживаются имеющиеся отклонения в поведении; подросток приобретает опыт социально одобряемых поступков и действий, корректируется его система ценностных ориентаций и установок, определяющих его поведение [17].

Изучение проблем здоровья и здоровьеразрушающего поведения необходимо опирается не только на теоретические разработки, но и в значительной мере на анализ социальной практики.

Приведем пример. Анализ, проведенный на базе ГБУ СОН «СРЦ г.Новошахтинска», позволил выделить основные моменты и сделать определенные выводы.

Ежегодно воспитанники социально-реабилитационных учреждений проходят диспансеризацию. В 2012 году проведена диспансеризация несовершеннолетних, находящихся в ГБУ СОН «СРЦ г.Новошахтинска», специалистами МБУЗ «ЦГБ» г.Каменска-Шахтинского. Прошли диспансеризацию 32 несовершеннолетних. Данные о состоянии здоровья воспитанников приведены в таблице 1.

Анализ заболеваемости показал, что наибольшее количество заболеваний приходится на костно-мышечную систему (41%), болезни системы кровообращения (22%), психические расстройства и расстройства поведения (16%), заболевания глаз (16%).

Об остроте проблемы здоровьеразрушения воспитанников социально-реабилитационного учреждения свидетельствуют данные экспертного опроса, проведенного в ноябре – декабре 2012 г. на базе ГБУ СОН «СРЦ г. Новошахтинска».

Таблица 1.

Анализ заболеваемости воспитанников ГБУ СОН «СРЦ г. Новошахтинска» за 2012 г.

№п/п	Наименование заболевания	Зарегистрировано заболеваний	% от числа обследованных
1	Некоторые инфекционные заболевания (туберкулез)	0	0
2	Болезни крови	1	3
3	Болезни эндокринной системы	1	3
4	Психические расстройства поведения	5	16
5	Болезни нервной системы	3	9
6	Болезни глаза	5	16
7	Болезни уха	1	3
8	Болезни системы кровообращения	7	22
9	Болезни органов дыхания (астма)	0	0
10	Болезни органов пищеварения	0	0
11	Болезни костно-мышечной системы	13	41
12	Болезни мочеполовой системы	0	0
13	Врожденные аномалии	0	0
14	Прочие	5	16

Экспертами являлись специалисты центра, в частности социальные педагоги, люди по социальной работе. По мнению экспертов, воспитанники чаще всего болеют простудными заболеваниями, ОРЗ, ОРВИ, ангиной. Возникает это из-за снижения иммунитета, так как дети не получают полного питания дома, вследствие того что родители не уделяют этому внимания.

На вопрос «Кто больше подвержен рискам здоровьеразрушения – воспитанники социально-реабилитационных учреждений или дети, воспитывающиеся в семьях?» мнение экспертов поделилось пополам. Одни считают, что рискам здоровьеразрушения подвержены больше всего воспитанники социально-реабилитационных учреждений из-за проживания в антисанитарных условиях, отсутствие навыков закаливания, несоблюдение режимов дня. А другие считают, что дети из неблагополучных семей, так как проживают с асоциальными родителями, которые ведут антиобщественный образ жизни.

Все эксперты согласились, что необходимо обучать воспитанников ЗОЖ, но и было мнение одного из экспертов, о том, что воспитанников социально-реабилитационных учреждений очень трудно обучить ЗОЖ, если он с детства был предоставлен «улице» и «самостоятельному» образу жизни. Многие из них считают, что пить, курить, нюхать токсичные вещества это норма жизни. Часто курящий ребенок, пристрастившись курить, не может бросить эту вредную

привычку даже понимая и сознавая этот вред. И без специалиста и определенной методики ни как не обойтись. Обучать нужно и необходимо ЗОЖ.

В понятие здоровьесбережения эксперты включили сохранение и укрепление здоровья детей, улучшение их благосостояния и психологического настроения. А здоровьеразрушение определили как разрушение здоровья вредными привычками (алкоголь, курение, наркотики), аморальный образ жизни, неблагоприятные условия среды обитания, неправильное питание, не соблюдение норм гигиены и правильного режима дня.

По мнению экспертов, воспитанникам социально-реабилитационных учреждений необходимо прививать навыки соблюдения: режимов дня, правил личной гигиены, правильного питания и знания о его влияние на организм человека, знание о влияние вредных привычек на организм человека, знание о профилактике СПИДа. Навыки поведения: на улице, в общественных местах, отрицательными привычками (грызть ногти). Навыки собственной безопасности, знания о дорожно-транспортном травматизме, об опасности в быту (мокрый влажный скользкий пол, газ, электричество и т.д.

Социальная профилактика – совокупность государственных, общественных, социально-медицинских и организационно-воспитательных мероприятий, направленных на предупреждение, устранение или нейтрализацию основных причин и условий, вызывающих различного рода социальные отклонения негативного характера и другие, социально опасные и вредные отклонения в поведении. Ее целью является создание предпосылок для формирования законопослушного, высоконравственного поведения.

Сложность и многозначность проблем, возникающих перед работниками социальных служб, предполагает серьезный и вдумчивый подход к поиску путей их решения. Множество связей и отношений, существующих в обществе, прямая и опосредованная взаимосвязь происходящих изменений, обусловленных сугубо определенными причинами, требует в каждом конкретном случае глубокого понимания их природы, характера и сущности, выявление которых и составляет суть социальной профилактики. Эффективность решений любой социальной задачи или проблемы во многом будет зависеть от того, насколько точно была проведена профилактика, насколько объективно было оценено состояние социального объекта и насколько верно были выбраны ориентиры, нормативы диагностируемой сферы жизнедеятельности, служащие основой социального

исследования и измерения.

Социальная профилактика основывается на ряде принципов:

- объективность, заключается в непредвзятом рассмотрении социального объекта, исключая любые искажения действительности в чьих-то интересах, ибо только беспристрастное заключение и сделанные по нему выводы имеют реальную научную и практическую значимость;

- причинность, обусловлена универсальной связью и взаимодействием всех явлений и процессов в реальном мире, что позволяет в процессе исследования не ограничиваться описанием отдельных фактов или явлений, а выяснить закономерности их возникновения и функционирования;

- комплексный подход, в изучении социальных явлений объясняется тем, что социальная сфера представляет собой сложное переплетение множества прямых и опосредованных человеческих поступков, отношений, действий в самых различных формах их проявления, и выделение отдельных возможно лишь условно, для накопления каких-либо конкретных данных.

- научная обоснованность и подтверждаемость особенно важны, ибо за каждым решением, принятым на основе социального диагноза стоит жизнь конкретных людей, их судьбы.

Профилактические мероприятия важны во всех сферах жизнедеятельности людей. Всемирная организация здоровья определяет основным направлением охраны здоровья населения профилактическое, призванное искоренять причины возникновения и развития болезней, создавать наиболее благоприятные условия охраны здоровья, воспитания физически и духовно крепких людей. Профилактика является обязанностью составляющей повседневной работы не только лечебно-профилактических учреждений, но и всех социальных организаций и учреждений в проведении мероприятий по охране, оздоровлению окружающей среды, соблюдению гигиенических норм и требований. Реализация задач профилактики здорового образа жизни возможна лишь при участии самого населения и реализуется через диспансеризацию, широкое проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и санитарному проведению, в которых наравне с медиками призваны принимать участие и социальные работники.

В зависимости от возникшей проблемы в обществе должна возникать определенная реакция, которая станет основой профилактики или лечения взрослеющего человека. Форма ответной реакции общества на тот или иной вид

поведения должна зависеть от того, какие (по степени общности) социальные нормы нарушаются: общечеловеческие, расовые, классовые, групповые и т. д. Можно выделить следующие зависимости:

1. Чем более высокий уровень (по степени общности) социальных норм и ценностей, тем более решительными должны быть действия государства. Самая высокая ценность – естественные права человека.

2. Чем более низкий уровень социальных норм нарушается, тем больше упор должен делаться на неформальные меры социального контроля (социальное вознаграждение или порицание, убеждение и т. д.)

3. Чем сложнее социальная структура общества, тем многообразнее должны быть формы социального контроля, технологии воздействия.

4. Чем более низкий уровень социальных норм нарушается человеком, тем терпимее должна быть реакция на его действия.

5. Чем демократичнее общество, тем больше акцент должен делаться не на внешний социальный, а на внутренний личностный самоконтроль.

Профилактику можно подразделить на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика: изучение механизмов формирования материнского и отцовского поведения, типа семьи и воспитания; изучение и коррекция нарушения материнско-детских отношений, которые служат причиной снижения эмоционального благополучия ребенка и отклонений в его оптимальном психическом развитии в младенческом, раннем и дошкольном возрасте.

Вторичная профилактика: раннее вмешательство в коррекцию клинко-биологических нарушений у ребенка; исследование генографии семьи; коррекция семейных отношений, физических и эмоциональных связей, определение детско-родительских границ; наличие четких семейных ролей.

Третичная профилактика проводится в отношении подростков, совершивших правонарушение, и ее целью является коррекция поведения подростка и его развитие, а не само преступление.

В социальной работе под профилактикой подразумеваются научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на: предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей; содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутренних потенциалов

ребенка или подростка.

Ведущими видами здоровьесберегающих технологий являются: медико-профилактические; физкультурно-оздоровительные; технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка; здоровьесберегающие образовательные технологии. Большой потенциал предупреждения здоровьеразрушения содержится в технологиях социальной профилактики, в частности автору видится целесообразным развитие форм социального образования воспитанников СРЦ по вопросам ЗОЖ, использования тренингов, игровых форм формирования ЗОЖ для детей и подростков в доступной форме согласно их возрастным особенностям и социально-индивидуальных потребностям; необходимо развитие информирования и просветительской работы, социальной рекламы, в том числе посредством активного вовлечения самих несовершеннолетних в эту работу.

2. СПЕЦИФИКА И РОЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

2.1. Здоровьесберегающие технологии в социально-реабилитационных учреждениях для несовершеннолетних: региональный опыт

В данном параграфе нами рассмотрены практики применения комплексных здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационных учреждениях для несовершеннолетних.

Опыт Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера» [31].

В СПб ГБУ СОН «СРЦ «Вера» реализуется программа «Здоровый образ жизни» Ежемесячно врач Центра проводит с воспитанниками лекции, беседы, пятиминутки о личной гигиене тела, питании, половом развитии и инфекциях, передающихся половым путем, профилактика травматизма, вредные привычки. С воспитанниками старшего возраста курсанты экономического факультета Университета МВД проводят занятия по профилактике психоактивных веществ с показом презентации с целью обучения подростков пониманию и осознанию, что происходит с человеком (с любимым, и, возможно, и с ним самим) при употреблении психоактивных веществ. Устраиваются встречи со специалистами городского наркологического диспансера Адмиралтейского района. Воспитатели и психологи активно вовлекают своих воспитанников в занятия физической культурой и спортом. Определяют воспитанников в спортивные секции по интересам. Устраивают спортивные мероприятия (вечерние пробежки, занятия на турниках, турниры по мини-теннису, подвижные игры на свежем воздухе, прогулки по городу и пригородам Санкт-Петербурга). Важной задачей специалистов является формирование мотивации несовершеннолетних на здоровый образ жизни [31].

Воспитанники еженедельно посещают бассейн при СОШ № 235 и детско-юношеской спортивной школы «Дельфин», занимаются рукопашным боем, играют в спортивные игры, в зимний период катаются на коньках и лыжах, участвуют в соревнованиях и занимают призовые места, в выходные дни выезжают за город. Ежегодно совместно с курсантами экономического

факультета Санкт-Петербургского университета МВД РФ проводится спортивная игра (Рогейн) по ориентированию с поиском контрольного пункта, посвященная Дню города. В выходные дни воспитанники посещают культурные центры Санкт-Петербурга: театры, музеи, концертные залы [31].

Опыт Государственного учреждения социального обслуживания населения Орловской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних».

Центр в инновационном режиме в области здоровьесберегающих технологий, разрабатывает и внедряет в практику коррекционно-развивающие программы. Для выработки грамотного подхода к оздоровлению несовершеннолетних в условиях реабилитационного пространства была создана здоровьесберегающая система учреждения.

Цель работы: сохранение психического здоровья воспитанников, отработка методов коррекции психофизических отклонений, поиск резервов, повышающих физические свойства организма и устойчивости психики и нервной системы детей. В ходе воспитательно-реабилитационного процесса решаются следующие задачи.

Оздоровительные задачи: улучшение состояния физического развития детей; повышение активности и общей работоспособности организма; формирование у детей двигательных умений и навыков; развитие физических качеств; овладение детьми знаниями о своем организме, роли физических упражнений в его жизнедеятельности, способах укрепления собственного здоровья; приобщение детей к традициям большого спорта.

Воспитательные задачи (с воспитательными задачами связано разностороннее развитие детей): формирование у детей интересов к систематическим занятиям физическими упражнениями и потребности в здоровом образе жизни; воспитание организованности, самостоятельности, любви к занятиям спортом и результатам своих занятий; воспитание положительных черт характера и нравственных качеств, волевых проявлений; воспитание положительных чувств и эмоций; воспитание стремления к эстетически оправданному поведению, непримиримости ко всему грубому в действиях, словах и поступках.

Коррекционные задачи реализуется путем: создания условий для удовлетворения потребностей в двигательной активности детей в повседневной

жизни; коррекции нарушенных психических функций в двигательной деятельности на основе сохранённых двигательных возможностей; осмысления и словесной регуляции ребенком своих движений при выполнении физических упражнений, т.е. путем развития в процессе двигательных актов импрессивной и экспрессивной речи; выявление интересов, склонностей и способностей детей в двигательной деятельности и их реализация через систему физического оздоровления.

Развивающие задачи. В настоящее время можно с уверенностью сказать, что система физкультурно-оздоровительной работы, созданная в центре, функционирует успешно. Был выработан механизм внедрения здоровьесберегающих технологий, включающий следующие параметры: построение реабилитационно - воспитательного процесса на основе здоровьесберегающих технологий; интеграция различных реабилитационных программ в едином поле знаний на основе социокультурных игр; введение в различные мероприятия оздоровительных технологий; осуществление опытно-экспериментальной работы в области здоровьесберегающих технологий; изменение управленческих функций за счет введения валеологического анализа занятий по физическому развитию с дошкольниками и мероприятий спортивной направленности.

Медицинские исследования (ведение индивидуальных карт развития). Разработка медико-педагогических рекомендаций для специалистов центра, родителей и воспитанников по профилактике и коррекции патологии здоровья. Социологические и психологические исследования (изучение процесса адаптации, психодиагностика, изучение свойств личности, межличностных отношений). Внедрение здоровьесберегающих технологий включает нескольких аспектов: психологический (произвольность мотивации личности, наличие и выраженность субъективной активной позиции деятельности); медико-оздоровительный (организация педагогической и оздоровительной работы в центре и на основе принципов здорового образа жизни); социально-педагогический (создание предметно-развивающей среды, построение на принципах личностно-ориентированного подхода, научно-педагогической, методической базы, модернизация воспитательно-реабилитационного процесса, внедрение инновационных технологий оздоровления воспитанников, изменение организационной и управленческой структуры).

Психологический аспект. Деятельность психолога центра ориентирована на компенсацию, восстановление и сохранение психического здоровья детей, их оптимальную социализацию и адаптацию в социуме. Данная деятельность осуществляется в рамках программ, предусматривающих межличностное взаимодействие как с детьми, так и с воспитателями как основной категорией взрослых, ответственных за судьбу воспитанников. *Психолог* строит свою деятельность по следующим основным направлениям: изучение наиболее типичных психологических проблем детей и форм их проявления у воспитанников (задержка психического развития, тревожность, сниженная самооценка, фобии, преневротичное состояние, агрессивность, депрессивные состояния, гиперактивность, аутичность и т.д.); психологическая диагностика (как первичная, так и в текущем режиме) с целью изучения особенностей личности, исследования ценностных ориентации, интересов, склонностей, оценки интеллекта и умственной работоспособности; развивающая и психокоррекционная работа, направленная на восстановление и формирование структуры личности ребенка, обеспечение возможного соответствия уровня развития возрастным нормативам, преодоление нарушений в развитии и поведении воспитанников; психопрофилактическая работа, направленная на создание благоприятных психологических условий для адаптации воспитанников (оптимизация социально-психологического климата в коллективе центра, в том числе и в семейных воспитательных группах; предупреждение возможных социопатических проявлений и нервно-психических срывов у воспитанников, а также предупреждение психической перегрузки у персонала); участие в формировании и сопровождении семейных воспитательных групп; индивидуальная работа с детьми диагностического и коррекционного плана.

Медицинский аспект. Основными задачами медицинского персонала центра являются разработка и реализация индивидуальных и коллективных программ оздоровления воспитанников, сбережение и совершенствование, укрепление и развитие здоровья, формирование устойчивой мотивации к здоровому образу жизни. Решение этих задач осуществляется посредством диагностики, лечения, профилактической работы, а также: формирования банка данных о состоянии здоровья каждого воспитанника, мониторинг здоровья; использования инновационных методик оздоровления, внедрение системы

оптимального медицинского обеспечения; создание оптимальных внешнесредовых условий для проживания детей, подкрепленных рациональным, валеологически обусловленным режимом дня, питанием; создание эффективной системы оздоровления и интеграция этой системы в воспитательный процесс; экспертиза воспитательно-реабилитационного процесса: выводы, рекомендации.

Особое внимание уделяется *валеологическому* направлению, включающему в себя: создание условий для работы, обеспечивающих сохранение здоровья сотрудников; проведение регулярных медосмотров сотрудников, флюорографического обследования; проведение вакцинации по эпидемиологическим показаниям; фитотерапия; повышение компетентности специалистов в вопросах здорового образа жизни.

Лечебно-профилактическая работа: общий режим дня; сон; занятия с дошкольниками и школьниками; водные процедуры (гигиенический душ, циркуляционный душ); прогулки.

Педагогический аспект. Всестороннее развитие личности предполагает овладение воспитанниками основами физической культуры: крепкое здоровье, хорошее физическое развитие, оптимальный уровень двигательных способностей, знания и навыки в области физической культуры. Разнообразная деятельность обеспечивает каждому ребенку одинаковый доступ к занятиям физическими упражнениями и спортом, предоставляет им разноуровневый по сложности и субъективный по трудности материал, создает максимально благоприятные условия для раскрытия, и развития не только физических, но и духовных способностей, помогает им в самоопределении.

Цель: приобщение детей к физической культуре и основам здорового образа жизни.

Задачи: укрепление здоровья, содействие нормальному физическому развитию, воспитание нравственных и волевых качеств, развитие психических процессов и свойств личности.

Здоровьесберегающая развивающая среда. На развитие ребенка в значительной степени оказывают влияние наследственность, среда, воспитание. Специальным образом организованная среда способна оказать позитивное влияние на развитие способности ребенка. Такая среда способствует установлению, утверждению чувства уверенности в себе, а именно это

определяет особенности личностного развития воспитанников. Развивающая среда дает возможность детям испытывать свои способности, позволяет им проявлять самостоятельность, утверждать себя как активного деятеля. Физическое воспитание оказывает существенное влияние на совершенствование защитных сил организма ребёнка, ход его физического развития, содействует овладению необходимыми движениями. Основные принципы организации физического воспитания физическая нагрузка адекватна возрасту, полу ребенка, уровню его физического развития, биологической зрелости и здоровья; сочетание двигательной активности с общедоступными закаливающими процедурами; обязательное включение в комплекс физического воспитания элементов дыхательной гимнастики, упражнений на повышение выносливости кардиореспираторной системы (занятия строить с учётом группы здоровья); медицинский контроль физического воспитания и оперативная медицинская коррекция выявленных нарушений в состоянии здоровья; включение в гимнастику и занятия элементов корригирующей гимнастики для профилактики плоскостопия и искривления осанки. В центре ведется работа по профилактике и снижению заболеваемости детей (используются разные виды закаливания, дыхательная гимнастика, воздушные и солнечные ванны, витаминизация, фито- и физиотерапия, массаж, корригирующая гимнастика и т.п.; ведется систематическая работа с часто и длительно болеющими детьми и т.п.).

Цель программы: содействие всестороннему развитию физических и духовных сил занимающихся; помочь естественному развитию организма ребёнка, морфологическому и функциональному совершенствованию коррекции его отдельных органов и систем, профилактика различных заболеваний.

Опыт Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Московской области «Галдомский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Журавлик».

Работа Центра направлена на сохранение ребёнка в семье и семьи для ребенка. Основным направлением деятельности центра является оказание социально-экономической, правовой, педагогической, бытовой, медицинской, психологической помощи семье и детям.

В структуре центра три отделения: дневного пребывания

несовершеннолетних; участковой социальной службы; психолого-педагогической помощи. В отделение дневного пребывания принимаются дети от 3 до 18 лет, проживающие в своих родных семьях, но нуждающиеся в социальной поддержке. В 2010 г. в отделении прошли реабилитацию 156 детей из 128 семей. Реабилитационная работа отделения проводится по программам психолого-педагогической коррекции по снижению уровня агрессивности и овладению навыками конструктивного общения. Коррекция эмоционально-волевой сферы ребёнка дошкольного и младшего школьного возраста достигается через развитие двигательной активности детей, эмоционального развития и формирования социальных навыков.

В центре проходят интересные досуговые мероприятия, подготовленные специалистами центра и детьми. В их числе – утренник в рамках общероссийского праздника «День семьи, любви и верности», развлекательная программа «Мы танцуем и играем, – никогда не унываем», акция «Согреем детские сердца добротой и любовью», развлекательная программа «Час вежливости», праздник «День матери» и т.д. Детям и членам их семей было предоставлено 72917 услуг.

Основные направления деятельности отделения участковой социальной службы (УСС) – социальный патронаж семей; выявление несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении и нуждающихся в социальной защите и поддержке; ведение банка данных семей, находящихся в социально-опасном положении. Специалистами отделения проводится индивидуальная адресная работа, благодаря которой семья получает конкретную помощь и поддержку.

На учёте участковой социальной службы состоит 166 семей, в них 266 детей, а на патронате – 77 семей, в них 125 детей. За 2010 год обслужено 214 семей, 696 человек, из них несовершеннолетних – 285, предоставлено 8563 услуги. Специалисты отделения принимали участие в трёх областных межведомственных рейдах по выявлению несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении. Кроме того, проводятся совместные выходы в семьи с инспекторами ОДН и специалистами отдела опеки и попечительства. Специалисты отделения выходили в семьи более 3000 раз.

Отделение психолого-педагогической помощи создано для оказания практической помощи семьям и детям в сфере семейного, родительского,

межличностного общения, обеспечения защищённости, поддержки и укрепления психологического здоровья, профилактики девиантных форм поведения детей и подростков. Коррекционно-реабилитационная работа отделения проводится по программам: «Азбука здоровья», позитивного развития личности и профилактики вредных привычек «Познаю себя и учусь управлять собой», социального развития детей в условиях дефицита общения с родителями «Я в безопасном мире» и др. В течение 2010 г. специалистами отделения обслужено 87 семей.

В них 189 человек, из них несовершеннолетних – 105. Предоставлено услуг более 7800. Специалистами отделения проводятся следующие мероприятия: « В гостях у сказки», праздник «День знаний», социально-психологическая акция «Есть контакт» и т.д.

В СРЦ работает Летняя оздоровительная программа с трудовой реабилитацией «Радуга». Программа создана для детей и подростков, нуждающихся в активном отдыхе, общении, оздоровлении и функционирует как единая система, имеющая три составляющие: организацию оздоровительно-профилактической работы; обеспечение квалифицированного психолого-педагогического, медико-социального сопровождения; создание среды для трудовой деятельности и позитивного досуга.

Летний оздоровительная программа «Радуга» включает: опыт конструктивного общения и организаторской работы; знания о способах сохранения и поддержания собственного здоровья; трудовые навыки, которые могут пригодиться в самостоятельной жизни; знания о своих правах и обязанностях; умение думать, принимать решения и следовать намеченному пути.

Контингент: дети и подростки от 7 до 17 лет.

Направления деятельности:

Оздоровление: двигательный режим; сбалансированное питание; лечебная физкультура.

Медицинские услуги: физиолечение; массаж.

Социально-трудовая деятельность: труд по самообслуживанию; работа в лесопитомнике, в городской зоне отдыха; строительные и ремонтные работы на территории центра; социально-психологические занятия.

Досуг: творческие мастерские; музыкально-игровая деятельность;

конкурсные и развлекательные программы; спортивные соревнования; экскурсии и походы.

Клуб туризма и водных походов. Основная цель: формирование здорового образа жизни и гармоничное развитие детско-родительских отношений посредством организации активного отдыха и оздоровительного туризма.

Задачи: пропаганда здорового образа жизни и улучшение физического здоровья, приобретение навыков поведения в экстремальных ситуациях; формирование потребности в самоорганизации и активном проведении досуга подростков и их семей; организация альтернативного «улице» интересного и содержательного свободного времени и занятий для детей и подростков, не имеющих возможности выезда за пределы города в каникулярное время.

Контингент: подростки 10-17 лет, воспитывающиеся в социально-неблагополучных семьях или относящиеся к категории «социальный сирота». Семьи с детьми, находящиеся в трудной жизненной ситуации, но имеющие активную жизненную позицию и стремящиеся к достойному воспитанию детей.

Программа «восстановление и сохранение здоровья детей и подростков». Основная цель: восстановление, сохранение и укрепление здоровья несовершеннолетних на основе комплексного решения медицинских, педагогических, психологических и социальных проблем детства.

Задачи: изучение проблем несовершеннолетнего и осуществление системы профилактических психолого-медико-социальных мероприятий в семьях высокого социального риска; организация и проведение лечебно-профилактических мероприятий по индивидуальной программе реабилитации несовершеннолетних; расширение системы медицинского просвещения родителей в области здоровья

Ожидаемые результаты: оздоровление детей – снижение риска заболеваний, повышение иммунного статуса ребёнка, закаливание организма; профилактику – уменьшение числа рецидивов хронических заболеваний, восстановление защитных сил организма; развитие навыков здорового образа жизни; формирование мотивационной готовности родителей к преемственности в оздоровлении ребенка.

Комплексный подход к созданию здоровьесберегающего пространства в Государственном бюджетном специализированном учреждении Архангельской

области для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации «Северодвинский социально-реабилитационный центр «Солнышко» [49].

Основные задачи социально-реабилитационного центра, определенные Уставом учреждения, – это профилактика безнадзорности и беспризорности, а также социальная реабилитация несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Решение указанных задач в первую очередь требует работы по здоровьесбережению, так как здоровье детей, поступающих в центр, характеризуется отклонениями от нормы. Практически все они имеют ту или иную патологию. Кроме того, более половины из них отстают в физическом развитии. Дети поступают в центр ослабленными, со сниженным иммунитетом, часто болеют, имеют хронические заболевания. Многим ставится диагноз «социальная и педагогическая запущенность». Дети-дошкольники практически все нуждаются в логопедической коррекции. Значительная часть детей имеют органическое поражение центральной нервной системы, страдают энурезом, различными формами аллергических заболеваний, расстройствами сна. Они возбудимы и агрессивны.

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних имеет особенности, которые позволяют ему эффективно организовать работу по здоровьесбережению [49].

Субъектами процесса здоровьесбережения социально-реабилитационного центра являются дети и их семьи. Решать вопросы здоровья невозможно без учета широкого спектра социальных факторов, особенно значимых в детском возрасте. Поэтому необходимы системные социальные медико-психолого-педагогические воздействия на различных этапах социального неблагополучия, направленные не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья детей.

Для осуществления необходимых социальных воздействий на семью и детей в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних используются различные здоровьесберегающие технологии. Здоровьесберегающие технологии определены специалистами Центра как технологии, применение которых идет на пользу здоровья воспитанников центра. Необходимым условием реализации здоровьесберегающих технологий - наличие здоровьесберегающего пространства, построение которого строится исходя из того, что здоровьесберегающее пространство – это среда, организованная в

учреждении для обеспечения безопасности детей, условий для их развития, а также восстановления, сохранения и укрепления здоровья.

В своей работе специалисты опираются на следующие принципы функционирования здоровьесберегающего пространства в СРЦН [49]:

1) Внешняя открытость. Обеспечивается приемом в центр несовершеннолетних, независимо от их социального статуса, способностей, состояния здоровья и склонностей. Но согласно положению о социально-реабилитационном центре не могут быть приняты лица в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, с явными признаками обострения психического заболевания, с острыми инфекционными заболеваниями.

2) Внутренняя открытость. Выражается в стремлении в каждом случае подобрать оптимальную технологию, обеспечить индивидуальный подход к ребенку и его семье. Отсюда необходимое сочетание различных медицинских, педагогических, психологических, социальных систем и технологий. Включение ребенка в здоровьесберегающее пространство дает возможность устранить или смягчить действия факторов риска, оказывающих влияние на него самого и его семью, оказать ему медико-социальную помощь.

3) Командная деятельность. Обеспечивает взаимодействие специалистов разного профиля (медицинских работников, психологов, логопеда, социальных педагогов т.д.), с одной стороны, и несовершеннолетнего, его семьи, с другой - в едином здоровьесберегающем пространстве. Согласованный подход позволяет преодолеть узкопрофессиональное отношение к жизненной ситуации ребенка в целом. Командная деятельность лежит в основе интеграции специалистов центра. Необходимыми условиями командной работы являются четко построенное взаимодействие между членами команды, ведение единой документации, на основании которой делается оценка эффективности здоровьесберегающих действий с семьей и детьми.

Отличительные особенности командной работы: общее видение проблем ребенка и семьи; согласованность действий членов команды; взаимодополнение членов команды по функциям и ролям; наличие единого плана действий; групповая ответственность членов команды за результат воздействий; возможность быстрого реагирования на ситуацию, в которой оказался ребенок; вариативность в разработке и применении здоровьесберегающих технологий [49].

4) Создание в едином здоровьесберегающем пространстве терапевтических

сред.

Терапевтическая среда – это предметная среда, т.е. помещение, которое в соответствии с поставленными задачами наполняется оборудованием: медицинским оборудованием, сюжетно-образными игрушками, музыкально-театральным реквизитом, физкультурным инвентарем, крупногабаритными предметами (диван, детские лы и стульчики, мягкие геометрические модули и т.д.) и др.

Здоровьесберегающее пространство состоит из следующих профильных блоков: медицинского, психологического, педагогического, социального.

Каждый профильный блок здоровьесберегающего пространства имеет свои терапевтические среды: медицинский: кабинет врачебного приема, процедурный кабинет, кабинет здоровья, изолятор, боксы; психологический: комната психологической разгрузки (комната релаксации), кабинет индивидуального и семейного консультирования; педагогический: помещения групповых комнат, музыкальный зал, творческая мастерская, тренажерный зал, компьютерная комната, логопедический кабинет, учебная комната; социальный: методический кабинет, детская площадка, столовая и др. помещения и пространства.

Оздоровительную направленность имеет вся организация жизнедеятельности ребенка в Центре. Здоровьесберегающие технологии предполагают совокупность педагогических, психологических и медицинских воздействий, направленных на защиту и обеспечение здоровья, формирование ценного отношения к своему здоровью. Нет какой-то одной единственной уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач воспитательно-реабилитационного процесса. Только благодаря комплексному подходу к воспитанию детей могут быть решены задачи формирования и укрепления их здоровья.

Здоровьесберегающие технологии [49]:

1. *Медицинское направление* здоровьесберегающей деятельности заключается в проведении организационной, лечебно-профилактической, противоэпидемической, санитарно-просветительной работы с персоналом и детьми.

2. *Психологическое направление.* Деятельность психолога центра ориентирована на коррекцию, восстановление и сохранение психического здоровья детей, их оптимальную социализацию и адаптацию в социуме. Психолог

строит свою деятельность по следующим основным направлениям:

- изучение наиболее типичных психологических проблем детей и оказание помощи в их решении (задержка психического развития, тревожность, сниженная самооценка, фобии, агрессивность, депрессивные состояния, гиперактивность и т.д.);
- психологическая диагностика (как первичная, так и в текущем режиме) с целью изучения особенностей личности, исследования ценностных ориентации, интересов, склонностей, оценки интеллекта и умственной работоспособности и т.д.;
- развивающая и психокоррекционная работа, направленная на восстановление и формирование структуры личности ребенка, обеспечение возможного соответствия уровня развития возрастным нормативам, преодоление нарушений в развитии и поведении воспитанников, развитие психических процессов, коррекцию эмоционально-волевой сферы и т.д.
- психопрофилактическая работа, направленная на создание благоприятных психологических условий для адаптации воспитанников (оптимизация социально-психологического климата в детском коллективе; предупреждение возможных социопатических проявлений и нервно-психических срывов у воспитанников, предупреждение психической перегрузки и др.) [49].

3. Педагогическое направление здоровьесберегающей деятельности:

- Социально-педагогическая диагностика и обследование личности (проводится с целью всестороннего изучения личности, объективной оценки ее состояния для оказания в соответствии с установленным диагнозом эффективной педагогической помощи клиенту, попавшему в кризисную или конфликтную ситуацию, установления форм и степени социальной дезадаптации детей, определения интеллектуального развития ребенка, изучения его склонностей, степени готовности к школе и т.д.)
 - Реализация комплексной социально-реабилитационной программы (профилактика вредных привычек, травматизма, включая ДТТ, занятия по ОБЖ, толерантности, нравственное, правовое, половое воспитание, развивающие игры).
 - Пропаганда ЗОЖ (Декады и недели здоровья, занятия в КДМ «Альтернатива»).
 - Духовно-нравственное воспитание (Занятия Воскресной школы, Выездные профильные лагеря на базе Антонио-Сийского и Иоанно-Богословского

монастырей)

- Художественно-творческая деятельность (квилинг, тестопластика, пластилиновая живопись).

- Художественно-творческая деятельность выполняет терапевтическую функцию: отвлекает детей от грустных, печальных событий, обид, снимает нервное напряжение, страхи, вызывает радостное настроение, обеспечивает эмоционально-положительное состояние.

- Занятия с логопедом.

- Физкультурно-оздоровительная работа (занятия в тренажерном зале, подвижные игры на свежем воздухе, детские физкультурно-оздоровительные праздники и мероприятия соревновательного характера, туристические походы, выезды на берег Белого моря, на дюны, туристический слет и др.)

- Трудотерапия (позволяет вовлечь воспитанников в различные формы жизнедеятельности с учетом состояния их здоровья, формировать и развивать социально-бытовые навыки, а также обеспечивать активное участие несовершеннолетних в мероприятиях по обучению доступным профессиональным навыкам, способствующим восстановлению их личностного и социального статуса).

- Арттерапия (музыкотерапия, изотерапия, театртерапия или куклотерапия, смехотерапия, танцтерапия, сказкотерапия и др.).

- Занятия по профориентации.

- Разнообразные формы организации досуговой деятельности (посещение учреждений культуры города, проведение развлекательных и познавательных мероприятий, праздников, кружковая работа и т.д.).

- Реализация программы летнего оздоровительного лагеря на базе СРЦ.

- Работа с родителями (семейная гостиная, патронаж).

4. *Социальное направление:* организация среды обитания. Основопологающим моментом здоровьесбережения воспитанников в центре является создание новой среды обитания, отличной от той, в которой до сих пор был ребенок. Это достигается не богатой обстановкой, а созданием удобств, чтобы ребенок мог чувствовать себя комфортно, не стесненно и получил бы возможность удовлетворять свои интересы; мероприятия по защите прав и интересов несовершеннолетних.

2.2. Диагностика проблем применения здоровьесберегающих технологий в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних

Для выполнения исследовательской части дипломной работы «Изучение проблем формирования самосохранительного поведения несовершеннолетних в социально-реабилитационном центре» нами были разработаны специальные анкеты.

Цель исследования: выявить проблемы формирования самосохранительного поведения несовершеннолетних – воспитанников социально-реабилитационного учреждения.

Задачи исследования: определить факторы, способствующие формированию самосохранительного поведения несовершеннолетних в социально-реабилитационном центре; выявить отношение респондентов к проблеме формирования самосохранительного поведения несовершеннолетних в социально-реабилитационном центре; наметить пути совершенствования (с целью разработки рекомендаций) процесса формирования самосохранительного поведения несовершеннолетних в условиях социально-реабилитационного центра.

Сроки проведения исследования: март 2017 г. – апрель 2017 г.

Методы исследования: 1. Методы прикладной социологии: экспертный опрос (формализованное интервью); опрос несовершеннолетних (воспитанников социально-реабилитационного центра) (анкетирование), опрос родителей (анкетирование). 2. Статистические методы анализа эмпирических данных. 3. В исследовании применяются математические методы обработки данных; теоретические методы сравнительного, структурно-функционального и системного анализа.

Объектом исследования явились несовершеннолетние, находящиеся в ОСГБУСОССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», родители (законные представители) несовершеннолетних и специалисты учреждения, деятельность которых связана с формированием самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения несовершеннолетних.

Предмет исследования: факторы и проблемы формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения несовершеннолетних в социально-реабилитационном центре.

Гипотеза исследования: формирование самосохранительного поведения

несовершеннолетних, находящихся в социально-реабилитационном центре, будет успешным, если будут выявлены факторы, отрицательно и положительно воздействующие на здоровье детей, определены основные проблемы формирования самосохранительного поведения и разработана система мероприятий по здоровьесбережению.

Выборочная совокупность определялась посредством гнездовой, квотной, целенаправленной выборки. В качестве квотных критериев выборки использовались признаки возраста, образования, стажа работы (специалисты ОСГБУСОССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», и родители (законные представители) несовершеннолетних; возраста, пола, состояния здоровья (анкета несовершеннолетнего)

1) Всего в учреждении 45 специалистов, отвечающих требованиям исследования. Нами были выбраны специалисты, имеющие стаж работы более 5 лет, имеющие высшее образование, применяющие здоровьесберегающие технологии в своей деятельности – 23 человека (из них 2 мужчины и 21 женщина).

2) Анкетирование родителей (законных представителей) проводилось на дому и родительском собрании в СОШ №11, согласившиеся ответить на вопросы анкеты – 11 человек. Из них: многодетная семья – 3, неполная семья – 4, опекунская семья – 1, семья, воспитывающая ребенка-инвалида детства – 1, полная семья с двумя родителями – 2 (все семьи относятся к категории малообеспеченных).

3) Опрос несовершеннолетних.

Генеральная совокупность – 29 несовершеннолетних (таблица 2), выборочная составила 24 человек (все несовершеннолетние от 6 до 16 лет), при этом нами опрошено 13 несовершеннолетних (все воспитанники от 10 до 16 лет).

Мы воспользовались проведенным исследованием социального педагога для детей от 6 до 9 лет.

Инструментарий: вопросы интервью (опрос специалистов), анкета массового опроса (опрос несовершеннолетних), анкета массового опроса (опрос родителей (законных представителей)).

Таблица 2

Сводная таблица численности несовершеннолетних в ОГБУСОССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»)

Численность	29	девочки 17	мальчики 12
в том числе в возрасте			
3 года	0	0	0
4 года	1	1	0
5 лет	4	1	3
6 лет	4	2	2
7 лет	3	3	0
8 лет	2	0	2
9 лет	3	2	1
10 лет	2	1	1
11 лет	5	4	1
12 лет	0	0	0
13 лет	2	0	2
14 лет	2	2	0
15 лет	0	0	0
16 лет	1	1	0
17 лет	0	0	0

Анализ показывает, что подавляющее большинство воспитанников отдает приоритет ценности «здоровье». В первую очередь, следует отметить тот факт, что большинство несовершеннолетних, независимо от возраста (67%) на первое место в шкале ценностей ставят именно «здоровье». Однако, респондентов со здоровьем, оценившем его на «хорошо», всего 38% среди 15-17-летних, 46% – среди 10-14-летних.

Состояние здоровья характеризует и субъективная оценка частоты заболеваний. То, что они практически не болеет, отметил только каждый пятый воспитанник (18%). Каждый двенадцатый (9%) имеет хронические заболевания.

Отмечая здоровье как наивысшую ценность, несовершеннолетние очень мало что-либо предпринимают для его сохранения. Даже такое базовое профилактическое мероприятие, как зарядку, практически половина опрошенных игнорирует (либо занимается этим несколько раз в год, вне проживания в Центре). Кроме того, с возрастом желание заниматься зарядкой значительно снижается. Как показали результаты исследования, лишь 15-17-летние, в большинстве своем, постоянно (каждый день либо 1-3 раза в неделю) занимаются физическими упражнениями. На наш взгляд, такая ситуация объясняется тем, что они чаще охватываются организационно-спортивными мероприятиями в учебных заведениях.

По результатам исследования 28% опрошенных подростков курят, пробовали курить еще 67% подростков, эпизодически курят 5%, причем курящих девушек больше, чем курящих юношей. 60% опрошенных подростков заявили, что не употребляют алкогольные напитки.

Анализ результатов исследования выявил крайне негативное отношение к наркомании (91% отметили отрицательное к ней отношение). Хотя есть и такие небольшие группы, которые высказали положительное отношение к наркомании (1%), а также выразили свое безразличие (7%). На вопрос: «Как Вы думаете, трудно ли достать сегодня наркотики?» большинство опрошенных (53%) ответили: «Сравнительно легко или же очень легко».

Анализ ответов на вопрос: «Что необходимо сделать для остановки распространения наркомании?» показал, что подростки дают достаточно трезвую оценку как проблеме в целом (только 2% опрошенных ответили, что ничего делать не нужно), так и методам борьбы с ней. Более половины опрошенных (59%) считает, что необходимо вести жесткую борьбу с наркоторговцами и наркопроизводителями; третья часть (31%) – что необходимо законодательно ужесточить наказание за употребление наркотиков; 10% – усилить разъяснительную работу. Особую тревогу вызывает тот факт, что 1% опрошенных считают эффективным методом борьбы с распространением наркотиков их легализацию.

На вопрос: «Хотели бы, Вы, улучшить состояние своего здоровья?» большинство респондентов (84 %) ответили положительно. Причем низкий уровень мотивирует к заботе о нем девушек чаще, чем юношей (89% против 79%). Для того чтобы оценить реальную заботу о здоровье, мы предложили в анкете ответить на вопрос: «Что бы Вы сделали для того, чтобы улучшить свое здоровье?». В первую очередь, для улучшения и сохранения здоровья воспитанники считают необходимым избегать нервных перегрузок (49%), затем следует хорошо и рационально питаться (51%), заниматься физической культурой (38%), соблюдать режим дня (34%), не иметь вредных привычек (35%), своевременно обращаться к врачу (23%), соблюдать гигиенические правила (17 %).

Анализ ответов показал, что для улучшения и сохранения здоровья респонденты выбрали бы поведение, соответствующее здоровому образу жизни. Предпочтения занятий воспитанников в свободное время представлены в

Таблице 3.

Таблица 3.

Чем Вы предпочитаете заниматься в свободное время?

общаться с друзьями	82,3%
слушать музыку	73,2%
смотреть телевизор	70,1%
посещать дискотеки, бары и ночные клубы	45,3%
посещать кинотеатры	31,5%
заниматься рукоделием, рисованием	15,4%
заниматься спортом (физкультурой)	11,2%
всего	300%

Выбор именно этих видов деятельности, а не физкультурно-оздоровительных занятий, свидетельствует не об отсутствии времени для этих занятий, а в первую очередь о том, что они по своей значимости, интересу и полезности уступают, в оценке несовершеннолетних, другим формам проведения досуга. Можно отметить ряд причин низкой значимости и привлекательности для многих респондентов физкультурно-оздоровительной деятельности. Прежде всего, необходимо учитывать широко распространенный в общественном сознании стереотип – представление о том, что вся ценность занятий физическими упражнениями сводится к их воздействию на здоровье и физическое развитие человека в ущерб интеллектуальному и социально-психологическому. Второй фактор, существенно снижающий привлекательность физкультурно-оздоровительной деятельности в глазах подростков, – переоценка состояния своего здоровья и физического развития. Третий фактор – режим, дисциплина и ограничения, связанные с физкультурно-оздоровительными занятиями. Для достижения оздоровительного эффекта необходимы длительные, регулярные и систематические физкультурные занятия, четкое соблюдение режима дня, отказ от вредных привычек.

Еще одна важная причина слабой ориентации несовершеннолетних на физкультурно-оздоровительную деятельность – низкий статус физической культуры в общей системе жизненных ценностей. Еще один факт охлаждения молодежи к физкультурно-оздоровительной деятельности – многие не видят зависимости между активностью в сфере физической культуры и будущей профессиональной деятельности.

Пищевые привычки и частота потребления основных продуктов питания свидетельствует о раннем формировании неправильного пищевого поведения – частого и большого потребления сахара, соли, жиров, недостатка блюд из круп,

молока и молочных продуктов, овощей, фруктов, свежей рыбы, что способствует росту «болезней цивилизации» среди взрослого населения: 33% респондентов не употребляли соков, 24% не ели фруктов, 53% - овощей, 38% - молочных продуктов, 39 % - мясных, 79% респондентов отдавали предпочтение картофелю (до поступления в Центр). Все вышеперечисленное говорит о несбалансированности питания и отсутствии важных для растущего организма ингредиентов, что подтверждает теорию дисбаланса питания и неправильного пищевого поведения, способствует росту заболеваемости в данной возрастной группе.

Изучение *ценностных ориентации несовершеннолетних на здоровый образ жизни* позволяет выделить среди респондентов условно четыре группы. Первая группа включает в себя абсолютные, общечеловеческие ценности, получившие у молодых людей оценку высокого значения (от 69% до 93%). К ним относятся: удачная семейная жизнь, мужество и честность, здоровье, всестороннее развитие личности, интеллектуальные способности, сила воли и собранность, умение общаться, обладание красотой и выразительностью движений. Вторая группа «преимущественных ценностей» (от 62% до 65 %) – хорошее телосложение и физическое состояние, авторитет среди окружающих. Третья группа ценностей получила наименование «противоречивых» за то, что в них одновременно представлены признаки большого и небольшого значения (от 34% до 60 %). Она включает наличие материальных благ, успехи в работе, удовлетворенность учебной, занятия физическими упражнениями и спортом, хороший уровень развития физических качеств, интересный отдых. Четвертая группа ценностей названа «частными», так как ее содержанию респонденты придают небольшое значение (от 16% до 29%) – знания о функционировании человеческого организма, физическая подготовленность к избранной профессии, общественная активность.

При рассмотрении соотношений общей и физической культуры ответы респондентов на вопрос «Можно ли считать культурным человека, не заботящегося о своем физическом состоянии?» выявлено, что 20% считают это возможным, а 50% отрицают такую взаимосвязь, 30% – затрудняются в определении своей позиции.

Таким образом, менее половины несовершеннолетних имеет определенные представления о тесной взаимосвязи общей и физической культуры в своем

личностном развитии и в соответствии с этим принимают поведенческие решения.

Суждения респондентов о влиянии физической культуры на общекультурное развитие личности в большей степени связаны с улучшением форм телесного и функционального развития. Заметное снижение влияния физической культуры на другие стороны личности и ее деятельность обусловлены постановкой физического воспитания в учебных заведениях, недостаточной реализацией его гуманитарного содержания, воздействием ближайшего окружения и др.

Воспитанники выделяют среди факторов риска здоровью, прежде всего, злоупотребление алкоголем и курение (Таблица 4), что отражает один из стереотипов пропаганды здорового образа жизни.

Таблица 4.

Факторы риска здоровья несовершеннолетних

злоупотребление алкоголем	69 %
курение	72 %
недостаток двигательной активности	37%
загрязнение окружающей среды	22%
конфликты с окружающими	44%
перегруженность учебными и домашними обязанностями	7%

Недостаток двигательной активности отмечен у 37%; загрязнение окружающей среды осознается 22% респондентов; на конфликты с окружающими указали 44%; на перегруженность учебными и домашними обязанностями 7%. В то же время напряженный режим учебного труда, как показывают многие исследования, существенный фактор возникновения астенических состояний подростков.

На вопрос «Что побуждает Вас поддерживать свое физическое состояние?» ответы распределились следующим образом: «уверенно чувствовать себя среди других людей, больше нравиться им, вызывать у них уважение» (48% опрошенных) и «получать удовольствие от двигательной деятельности, ощущать радость и красоту движений собственного тела, испытывать мышечную радость, чувствовать высокий мышечный тонус» (44% опрошенных). Это свидетельствует о гедонистическом характере физического совершенствования. Очевидно, в приобщении к физической культуре необходимо обращать внимание на разнообразие ее эмоциональных, рекреативных эффектов. Стремление достигнуть высоких спортивных результатов престижно лишь для очень ограниченного круга

несовершеннолетних (3% девушек и 7% юношей). Возможности физической культуры как средства поддержания работоспособности еще не получили должной оценки у респондентов (менее четверти ответов).

Среди причин невнимания к поддержанию своего физического состояния респондентами отмечается нехватка времени (20% девочек и 40% мальчиков) и отсутствие необходимого упорства, воли, настойчивости (17% девочек и 21% мальчиков). Это свидетельствует о недостаточной организованности и требовательности к себе в организации жизнедеятельности, где органично присутствуют и волевые начала.

Забота о своем физическом состоянии отличается у девочек и мальчиков. У девочек это проявляется в поддержании «внешних» форм состояния (пропорции телосложения – 29%, соотношение роста и массы тела и особенности фигуры – 51%); у мальчиков отмечена забота о развитии мускулатуры – 62%, пропорции телосложения – 50%, физических качеств – 37%. Эти факты свидетельствуют о необходимости более дифференцированного подхода к методикам физического воспитания для лиц разного пола.

Основной источник информации для несовершеннолетних – занятия по физическому воспитанию – теоретические и практические (29-52%). Заметно влияние средств массовой информации (24-39%). Редко используется информация, полученная из специальной литературы, от посещения спортивных зрелищ (11-19%). В качестве значимой детерминанты выделяют информацию о рациональном питании, методике оздоровительного бега и ходьбы, а та же самоконтроле в процессе занятий физическими упражнениями, методике использования гимнастических и дыхательных упражнений, закаливании (от 58 до 79%). Несколько ниже потребность в информации, связанной с использованием бани (сауны), методиками аутогенной тренировки, нетрадиционных систем физических упражнений (йога, у-шу и др.), применением лекарств, витаминов, гомеопатических препаратов (от 27 до 48%).

По результатам экспертного опроса, более половины опрошенных оценивают положение в сфере охраны здоровья несовершеннолетних отрицательно (плохое и скорее плохое) (59%). Только 33% экспертов отметили позитивное изменение дел в сфере здравоохранения за последний год, 47% считают, что оно не изменилось, а 20% – фиксируют его ухудшение.

Все опрашиваемые – и (эксперты) специалисты Центра, и родители –

выразили обеспокоенность состоянием здоровья детей. Все они сходятся во мнении, что за последнее время здоровье детей значительно ухудшилось.

Что касается здоровья собственных детей, то свою глубокую обеспокоенность о нем высказали 97% родителей и экспертов. Отсюда следует вывод, что у большинства (68%) участников опроса есть заинтересованность в проблеме, связанной со здоровьем детей, но только собственных.

Чтобы выяснить, какие представления существуют у родителей и специалистов о факторах, отрицательно влияющих на состояние здоровья детей, мы предложили проранжировать все известные на момент исследования факторы, пагубно влияющие на здоровье детей, – от самого вредного до наименее вредного. Данные представлены в Таблице 6.

Таблица 5.

Ранжирование факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья детей

Факторы	Родители	Специалисты
Экология	1-2	2
Неполноценное питание	2-3	4
Вредные привычки	4-5	8
Влияние ТВ, компьютера	8-9	10-11
Условия школьного обучения	6-7	9-10
Безответственное отношение педагогов, безответственное отношение родителей	9-10	1-3
Социальное неравенство	3-9	1-8
Патология беременности	7-8	6-7
Низкий уровень медобслуживания	4	5
Недостаток лекарств, витаминов, йода	2-8	7
Стресс от социально-экономических реформ	11	8

Из последующих ответов родителей на вопрос, считают ли они, что в процессе обучения и воспитания их ребенок теряет здоровье, можно увидеть противоречие между этими ответами и данными из таблицы. Так, большинство родителей (69%) считают, что их дети теряют здоровье в процессе обучения и воспитания, 21% родителей испытали затруднения при ответе. И только 3% родителей считают, что ребенок не теряет здоровья. Но из таблицы видно, что родители не выделяют этот фактор как один из главных, разрушающих здоровье. Это говорит о том, что родители не могут установить связь между следствием – утратой в процессе обучения здоровья большим количеством детей – и причиной – не только школьной системой образования, но (в нашем случае, это главное) и семейной дезадаптацией. Большинство родителей (77%) не ставят семейную дезадаптацию в разряд главных причин, а определяют ему лишь 6-7-е место среди

прочих факторов, разрушающих здоровье.

Перед родителями и специалистами были поставлены вопросы, выявляющие степень ответственности за здоровье детей всех, кто должен за это отвечать, – педагогов, родителей, врачей и государства (властных структур). Так, большинство родителей (71%) считают, что отвечать за здоровье детей в первую очередь обязаны они, во вторую – врачи (2-3-е место), государство (3-4-е место), в последнюю очередь – педагоги. Специалисты в этом вопросе солидарны с родителями и так же, как они, считают, что педагоги обязаны в последнюю очередь отвечать за здоровье детей.

Специалисты единодушно признают безответственность родителей как главный фактор, разрушающий здоровье детей. А вот отношение родителей к учителям более благосклонно. Безответственность учителей как фактор негативного влияния на здоровье детей они поставили на 9-10-е место. Отсюда следует вывод, что учителя, требуя ответственности от родителей, сами часто бывают безответственными. В этом заключается причина основного противоречия между педагогами и родителями, которая ведет их к разобщенности.

Давая оценку социального здоровья воспитанникам Центра, большая часть экспертов оценили его как «скорее плохое, чем хорошее» (51%). О том, что здоровье детей сегодня «хорошее», высказались только 2%. Такие оценки лишний раз подтверждают актуальность изучаемой проблемы и необходимость в проведении действенных программ в области здоровьесбережения несовершеннолетних.

Таким образом, выявленные в результате исследования позитивные и негативные характеристики состояния социального здоровья воспитанников областного социально-реабилитационного центра позволяют говорить о том, что оно нуждается в эффективной профилактической работе.

Наиболее значимыми особенностями образа жизни современных подростков являются следующие: пренебрежение мерами личной безопасности, неадекватное пищевое поведение, недостаточная двигательная активность. Наибольшая концентрация неблагоприятных факторов отмечается в группе подростков 15-17 лет. Наибольшую тревогу вызывает тот факт, что у девушек неблагоприятные поведенческие факторы отмечаются в 1,6 раза чаще, чем у юношей.

Таким образом, высокая распространенность среди несовершеннолетних неблагоприятных факторов образа жизни, низкий уровень здоровьесохранительного поведения свидетельствуют о необходимости внедрения современных инновационных методов профилактической работы с данным возрастным контингентом.

Реальное отношение несовершеннолетних к своему здоровью имеет противоречивый характер. Абсолютизация какого-нибудь компонента позитивного здоровьесохранительного (самосохранительного) поведения влечет за собой игнорирование остальных. Для того чтобы вывести формирующийся тип здоровьесохранительного (самосохранительного) поведения из режима ожидания, минуя неизбежные трудности процесса социализации, нужна выработка сильной мотивационной установки, на сознательный выбор позитивного самосохранительного поведения.

2.3. Программа формирования здоровьесберегающего поведения воспитанников социально-реабилитационного центра

На основе проведенного теоретического и эмпирического исследования нами предложена Программа формирования здоровьесберегающего поведения воспитанников социально-реабилитационного центра «Крепкое здоровье – это здорово»

Целевая аудитория: несовершеннолетние дети, находящиеся в социально-реабилитационном центре.

Цели: сохранение и укрепление здоровья воспитанников; формирование у воспитанников понимания значимости сохранения, укрепления здоровья и навыков здорового образа жизни; подготовка сознания воспитанников, готового к воплощению в своей жизни основ здорового образа жизни.

Задачи:

- формирование у воспитанников через цикл занятий и внеурочную деятельность системы знаний о здоровьесбережении, мотивации на сохранение здоровья;
- создание информационного банка о состоянии здоровья подростков;
- ведение просветительской работы с несовершеннолетними, родителями;
- освоение специалистами новых методов деятельности в процессе

воспитания и обучения несовершеннолетних;

- паспортизация здоровья и формирование информационной базы по состоянию здоровья детей и подростков;

- разработка и внедрение организационно-педагогических мероприятий по здоровому образу жизни;

- формирование в рамках социально-воспитательного и образовательного процесса у несовершеннолетних ценностных ориентаций на сохранение и укрепление здоровья и навыков здорового образа жизни;

- просвещение родителей в вопросах понимания значения здорового образа жизни;

- методическое обеспечение процесса оздоровления несовершеннолетних.

Основные направления программы:

Медицинское направление предполагает: создание соответствующих санитарным требованиям условий для воспитания и обучения детей и формирование их здоровья; составление расписания на основе санитарно-гигиенических требований; проведение физкультминуток; планомерная организация питания воспитанников; реабилитационную работу; обязательное медицинское обследование.

Просветительское направление предполагает: организацию деятельности с воспитанниками по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании; организацию деятельности с родителями по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании; пропаганда здорового образа жизни (тематические классные часы, лекции, познавательные игры, конкурсы рисунков, плакатов, стихотворений, различные акции; совместная работа с учреждениями здравоохранения и органами внутренних дел по профилактике токсикомании, наркомании, курения и алкоголизма; пропаганда физической культуры и здорового образа жизни через уроки биологии, географии, химии, экологии, ОБЖ, физической культуры).

Психолого-педагогическое направление предполагает: использование здоровьесберегающих технологий в учебной деятельности, форм и методов в организации учебной деятельности; предупреждение проблем развития ребенка; обеспечение адаптации на разных этапах обучения; развитие познавательной и учебной мотивации; формирование навыков саморегуляции и здорового жизненного стиля; совершенствование психолого - медико - педагогической

деятельности организация психолого-медико-педагогической и коррекционной помощи воспитанников.

Спортивно-оздоровительное направление предполагает: организацию спортивных мероприятий с целью профилактики заболеваний и приобщение к здоровому досугу; привлечение системы кружковой, внеклассной и внешкольной работы к формированию здорового образа жизни воспитанников; широкое привлечение воспитанников, родителей, социальных партнёров школы к физической культуре и спорту, различным формам оздоровительной работы.

Диагностическое направление предполагает проведение мониторинга состояния здоровья, в ходе которого выявляются общее состояние здоровья, наличие хронических заболеваний; текущая заболеваемость, в том числе скрытая; режим дня, бытовые условия; внешкольная занятость дополнительными занятиями.

Функциональные ресурсы различных категорий работников ОСРЦ.

1. Функции медицинской службы:

- проведение диспансеризации воспитанников школы;
- медосмотр воспитанников, определение уровня физического здоровья;
- выявление воспитанников специальной медицинской группы.

2. Функции администрации:

- общее руководство реализацией программы: организация, координация, контроль;
- общее руководство и контроль организации питания воспитанников;
- разработка системы мероприятий по укреплению физического здоровья учащихся и ее контроль;
- организация работы специалистов (специалист по социальной работе, социальный педагог) по программе здоровьесбережения и ее контроль;
- организация создания банка данных о социально неблагополучных семьях и обеспечение поддержки детей из таких семей;
- организация работы психологической службы (психологов).

3. Функции социального педагога:

- санитарно-гигиеническая работа по организации жизнедеятельности несовершеннолетних в ОСРЦ;
- организация и проведение мероприятий по профилактике частых заболеваний несовершеннолетних;

- организация и проведение мероприятий по профилактике детского травматизма на дорогах;
- организация и проведение мероприятий по профилактике наркомании, токсикомании, табакокурения;
- организация и проведение профилактической работы с родителями;
- организация встреч родителей с представителями правоохранительных органов, работниками ГИБДД, КДН, медработниками, наркологами;
- организация и проведение внеклассных мероприятий (беседы, диспуты, лекции, КТД, конкурсы и др.) в рамках программы здоровьесбережения;
- организация и проведение исследования уровня физического и психофизического здоровья воспитанников;
- организация и проведение диагностики уровня и качества знаний воспитанников правил гигиены, дорожного движения, правовой культуры.

Участники программы:

- воспитанники ОСРЦ
- специалисты ОСРЦ
- родители
- социальные партнеры

Этапы реализации Программы

Первый этап: Подготовительный

1. Оценка и анализ состояния здоровья детей и подростков.
2. Подготовка программно-методического обеспечения.
3. Психолого-педагогическая подготовка кадрового состава.
4. Ознакомление родителей и воспитанников с Программой
5. Организация взаимодействия с медицинскими и другими учреждениями

города

Второй этап: Практический. Реализация Программы.

Третий этап: Обобщение и оценка результатов деятельности.

1. Анкетирование родителей, воспитанников, специалистов на предмет удовлетворённости результатами реализации Программы.
2. Сравнение медицинских показателей состояния здоровья воспитанников до и после реализации Программы «Крепкое здоровье – это здорово»
3. Мониторинг сформированности ценностных ориентаций у воспитанников на здоровый образ жизни.

4. Обсуждение итогов реализации Программы «Крепкое здоровье – это здорово» в коллективе специалистов, родителей, воспитанников.

5. Коррекция Программы «Крепкое здоровье – это здорово» по итогам реализации.

Публикации, распространение опыта

Модель личности воспитанника.

По завершении этапа проектирования управленческих решений наступает этап их исполнения. При этом специалистам необходимо знать, какие результаты должны быть получены в ходе их деятельности по реализации решений, направленных на обеспечение здоровьесбережения детей и подростков.

Для этого нами создана прогнозируемая модель личности воспитанника:

Модель воспитанника – дошкольника	Модель воспитанника – младшего школьника	Модель воспитанника – подростка
- знание основ личной гигиены, выполнение правил гигиены; - владение основами личной гигиены и здорового образа жизни.	- знание основ строения и функционирования организма человека; - знание изменений в организме человека в пубертатный период; - умение оценивать свое физическое и психическое состояние; - знание влияния алкоголя, курения, наркомании на здоровье человека; - поддержание физической формы; - телесно-мануальные навыки, связанные с укреплением силы, выносливости, ловкости; - гигиена умственного труда.	- стремление к самосовершенствованию, саморазвитию и профессиональной пригодности через физическое совершенствование и заботу о своем здоровье; - убеждение в пагубности для здоровья и дальнейшей жизни вредных привычек; - знание различных оздоровительных систем; - умение поддерживать здоровый образ жизни, индивидуальный для каждого человека; - способность вырабатывать индивидуальный образ жизни; - гигиена умственного труда.

Предполагаемый результат:

1. Снижение показателей заболеваемости детей.
2. Стабилизация состояния здоровья воспитанника по основным показателям.
3. Повышение качества и уровня обучения воспитанника.
4. Повышение уровня воспитанности детей и подростков.
5. Полученные знания о здоровом образе жизни позволяют несовершеннолетним понять, как и почему им нужно заботиться о своём

здоровье, соблюдать правила ЗОЖ.

6. Воспитанники смогут оценивать свой режим с точки зрения соответствия требованиям ЗОЖ.

7. Воспитанники научиться управлять своим поведением в различных ситуациях, избегая конфликтов с окружающими.

Конечный продукт: выпускник ОСРЦ владеет знаниями, умениями и навыками ЗОЖ, имеет внутреннюю потребность применять их в повседневной жизни.

Критериями эффективности реализации Программы являются: положительная динамика состояния здоровья детей и подростков; сформированность ценностных ориентаций на сохранение и укрепление здоровья у детей и подростков, наличие навыков здорового образа жизни; сформированность у всех категорий работников единых ценностных подходов к сохранению и укреплению здоровья воспитанников; организация валеологически целесообразного режима функционирования и организации социально-воспитательного процесса.

Базовыми компонентами являются:

- формирование ценностного отношения к вопросам, касающимся здоровья и здорового образа жизни;
- формирование системы знаний по овладению методами оздоровления организма;
- формирование положительной мотивации, направленной на занятия физическими упражнениями, различными видами спорта;
- формирование основ медицинских знаний по вопросам оказания доврачебной помощи себе и другому человеку.

Здоровьесберегающие технологии:

1. Медицинское направление здоровьесберегающей деятельности заключается в проведении:

- организационной работы
- лечебно-профилактической работы
- противоэпидемической работы
- санитарно-просветительной работы с персоналом и детьми

2. Психологическое направление.

Деятельность психолога центра ориентирована на коррекцию,

восстановление и сохранение психического здоровья детей, их оптимальную социализацию и адаптацию в социуме. Психолог строит свою деятельность по следующим основным направлениям:

- изучение наиболее типичных психологических проблем детей и оказание помощи в их решении (задержка психического развития, тревожность, сниженная самооценка, фобии, агрессивность, депрессивные состояния, гиперактивность и т.д.);

- психологическая диагностика (как первичная, так и в текущем режиме) с целью изучения особенностей личности, исследования ценностных ориентации, интересов, склонностей, оценки интеллекта и умственной работоспособности и т.д.;

- развивающая и психокоррекционная работа, направленная на восстановление и формирование структуры личности ребенка, обеспечение возможного соответствия уровня развития возрастным нормативам, преодоление нарушений в развитии и поведении воспитанников, развитие психических процессов, коррекцию эмоционально-волевой сферы и т.д.

- психопрофилактическая работа, направленная на создание благоприятных психологических условий для адаптации воспитанников (оптимизация социально-психологического климата в детском коллективе; предупреждение возможных социопатических проявлений и нервно-психических срывов у воспитанников, предупреждение психической перегрузки и др.).

3. Педагогическое направление здоровьесберегающей деятельности.

- Социально-педагогическая диагностика и обследование личности (проводится с целью всестороннего изучения личности, объективной оценки ее состояния для оказания в соответствии с установленным диагнозом эффективной педагогической помощи клиенту, попавшему в кризисную или конфликтную ситуацию, установления форм и степени социальной дезадаптации детей, определения интеллектуального развития ребенка, изучения его склонностей, степени готовности к школе и т.д.).

- Реализация комплексной социально-реабилитационной программы (профилактика вредных привычек, травматизма, включая ДТТ, занятия по ОБЖ, толерантности, нравственное, правовое, половое воспитание, развивающие игры).

- Пропаганда ЗОЖ (Декады и недели здоровья)
- Духовно-нравственное воспитание.

- Художественно-творческая деятельность (квиллинг, тестопластика, пластилиновая живопись).

- Художественно-творческая деятельность выполняет терапевтическую функцию: отвлекает детей от грустных, печальных событий, обид, снимает нервное напряжение, страхи, вызывает радостное настроение, обеспечивает эмоционально-положительное состояние.

- Занятия с логопедом.

- Физкультурно-оздоровительная работа (занятия в тренажерном зале, подвижные игры на свежем воздухе, детские физкультурно-оздоровительные праздники и мероприятия соревновательного характера, туристические походы, выезды, туристический слет и др.)

- Трудотерапия (позволяет вовлечь воспитанников в различные формы жизнедеятельности с учетом состояния их здоровья, формировать и развивать социально-бытовые навыки, а также обеспечивать активное участие несовершеннолетних в мероприятиях по обучению доступным профессиональным навыкам, способствующим восстановлению их личностного и социального статуса).

- Арттерапия (музыкотерапия, изотерапия, театртерапия или куклотерапия, смехотерапия, танцтерапия, сказкотерапия и др.)

- Занятия по профориентации.

- Разнообразные формы организации досуговой деятельности (посещение учреждений культуры, проведение развлекательных и познавательных мероприятий, праздников, кружковая работа и т.д.)

- Реализация программы летнего оздоровительного лагеря на базе СРЦ.

- Работа с родителями (семейная гостиная, патронаж).

4. Социальное направление:

- организация среды обитания. Основопологающим моментом здоровьесбережения воспитанников в центре является создание новой среды обитания, отличной от той, в которой до сих пор был ребенок. Это достигается не богатой обстановкой, а созданием удобств, чтобы ребенок мог чувствовать себя комфортно, не стесненно и получил бы возможность удовлетворять свои интересы.

- мероприятия по защите прав и интересов несовершеннолетних.

Таблица 6.

Мероприятия программы «Крепкое здоровье – это здорово»

№	Мероприятия	Планируемый результат и выполнение
<i>Медицинское направление</i>		
1.1.	Медико-педагогическая экспертиза: - анализ основных характеристик состояния здоровья детей в школе; -выявление учащихся специальной медицинской группы; -ведение строгого учета детей по группам здоровья. Формирование групп здоровья по показателям.	Медицинские карты, листы здоровья в классных журналах
1.2.	Проведение диспансеризации.	
1.3.	Проведение медицинского осмотра учащихся 9-х,11-х классов.	план медосмотров
1.4.	Медосмотр, определение уровня физического здоровья.	План медосмотров
1.5.	Обеспечение и организация профилактических прививок .	план прививок
1.6.	Оформление медицинских карт и листков здоровья	журналы
1.7.	Анализ случаев травматизма в школе.	Материалы отчетов
1.8.	Анализ посещаемости и пропусков занятий по болезни.	Материалы отчетов
1.9.	Контроль за качеством питания и питьевым режимом.	
1.10.	Смотр помещений, их соответствие гигиеническим требованиям: проветривание; освещение; отопление вентиляция, уборка	
1.12.	Постоянный контроль за столовой.	
<i>Просветительское направление</i>		
2.1.	Организация просветительской работы с родителями (лекторий).	график проведения лектория
2.3.	Разработка системы обучения родителей и специалистов по проблемам охраны, укрепления и сохранения здоровья детей.	план работы
2.4.	Вовлечение родителей и специалистов в работу по сохранению и укреплению здоровья детей.	план работы
2.5.	Подготовка и проведение педагогического совета по теме «Формирование здорового образа жизни»	протокол
2.6.	Организация просветительской работы с детьми (лекторий, тематические классные часы и др.виды работ).	план работы
2.7.	Совместная работа с учреждениями здравоохранения и органами внутренних дел по профилактике токсикомании, наркомании, курения и алкоголизма.	план работы
2.8.	Пропаганда физической культуры и здорового образа жизни.	план работы
<i>Психолого-педагогическое направление</i>		
3.1.	Организация работы кабинета психолого-педагогического сопровождения.	план работы
3.2.	Отслеживание работоспособности, тревожности и других психических показателей учащихся по экспериментальным программам: -определение влияния учебной нагрузки на психическое здоровье детей; -изучение умственного развития воспитанников с целью возможности продолжения обучения в профильных классах; - изучение психологических возможностей и готовности дошкольников к школе;	диагностические исследования

	-выявление профессиональных интересов воспитанников и способностей с целью профессионального самоопределения; - разработка и внедрение системы медико-физиологического контроля за адаптацией несовершеннолетних к различным формам обучения.	
3.3.	Организация психолого-медико-педагогической и коррекционной помощи.	план работы психолога
3.4.	Конференция по теме «Здоровьесберегающие технологии обучения»	материалы конференции
3.5.	Использование здоровьесберегающих технологий, форм и методов в организации воспитательной и учебной деятельности.	Планы уроков
4	<i>Спортивно-оздоровительное направление</i>	
4.1.	Организацию спортивных мероприятий.	план работы
4.2.	Разработка системы кружковой, внеклассной и внешкольной работы по формированию здорового образа жизни	план работы кружков и секций
4.3.	Привлечение воспитанников, родителей, социальных партнёров школы к физической культуре и спорту, различным формам оздоровительной работы.	план работы
5.	<i>Диагностическое направление</i>	
5.1.	Мониторинг состояния здоровья детей.	результаты мониторинга
5.2.	Подготовка и проведение семинара для специалистов по теме «Проблемы диагностики развития».	материалы семинара

Календарный план реализации программы здоровьесбережения на 2017-2018
учебный год (для школьного возраста)

Сентябрь

- Налаживание работы кружков и секций, организация клубной деятельности.
- Включение в планы родительского всеобуча, планы методических объединений и план работы библиотеки мероприятий, способствующих повышению эффективности работы по здоровью сбережению детей.
- Включение в планы по руководству и контролю вопросов, способствующих улучшению работы ОСРЦ по здоровью сбережению.
- Организация питания детей.
- Проведение утренней зарядки, физкультминуток, подвижных игр
- «Уроки чистоты».
- Проведение месячника по предупреждению дорожно-транспортного травматизма.
- Проведение лекций, бесед, воспитательных часов по формированию здорового образа жизни.

- День здоровья.
- Обеспечение контроля занятости детей во внеурочное время

(систематически).

- Организация каникулярного отдыха и оздоровления детей.

Октябрь

• Организация работы воспитанников по трудоустройству и поддержанию порядка на закреплённых участках, работа по созданию и поддержанию уюта в комнатах.

- Планирование занятости несовершеннолетних в каникулярный период.
- Подготовка классов к зиме.
- Проведение спортивных мероприятий и соревнований.
- Проведение лекций, бесед, воспитательных часов по формированию

здорового образа жизни.

- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы (ежедневно).

Ноябрь

• Проведение мероприятий, приуроченных к празднику « День матери».

• Проведение воспитательных часов и мероприятий по теме «Вредные привычки». Итог: выпуск плакатов, посвященных борьбе с курением и наркотиками.

- Экскурсии.
- Совещание по проведению физкультурных праздников, игр на местности.
- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы

(систематически)

- Отчёты о проделанной работе по здоровьесбережению.

Декабрь

• Проведение конкурсов «Папа, мама, я - спортивная семья», посвященных празднованию Дня семьи.

- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы (ежедневно).

- Организация каникулярного отдыха и оздоровления детей.

Январь

- Открытые воспитательные часы «Тренинг здорового образа жизни».
- «Весёлые старты».

- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы (ежедневно).

Февраль

- Месячник оборонно-массовой и патриотической работы.
- День защитника Отечества.
- Соревнования по шашкам.
- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы (ежедневно).

Март

- Планирование занятости учащихся в каникулярный период.
- Подготовка ко Дню здоровья.
- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы (ежедневно).
- Организация каникулярного отдыха и оздоровления детей.

Апрель

- Всемирный день здоровья.
- Операция «Милосердие», операция «Память».
- Благоустройство территории.
- День здоровья.
- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы (ежедневно).

Май

- Подготовительная работа к организации занятости учащихся в летний период.
- Мероприятия, посвященные Дню Победы.
- «Весёлые старты».
- Проведение экскурсий на природу.
- Презентация уроков чистоты.
- Проведение утренней зарядки, физкультминутки и динамические паузы (ежедневно).

Июнь

- Международный день защиты детей.
- Всемирный день защиты окружающей среды.
- Работа по плану летних каникул.

Подпрограмма для дошкольников. Тема: «Остров здоровья».

Время освоения: краткосрочный.

Таблица 8.

План мероприятий

задачи	участники	мероприятия	результат
1. Дать представление детям, что здоровье играет важную роль в жизни ребёнка, познакомить с профессией врача и их работой.	Воспитатели Врач Дети	1. Беседа на тему «О здоровье всерьёз». 2. Беседа «Кто такие врачи?» 3. Рассматривание картинок с изображением врачей и больницы. 4. Конструирование «Строим детскую больницу». 5. Экскурсия в медицинский кабинет. 6. Художественная литература К. Чуковский «Айболит». 7. Д/и. «В гостях у доктора Айболита»	Получение знаний у детей о здоровье и знакомство с профессией врача и их работой.
2. Рассказать детям, что чистота связана со здоровьем. Познакомить с методами закаливания и с использованием гигиенических процедур для здоровья детей.	Воспитатели Дети	1. Беседа на тему «Надо, надо умываться по утрам и вечерам...». 2. Стихотворение «Девочка чумазая» А. Барто 3. Побеседовать с детьми, о том, как проходит их утро дома (умываются, чистят зубы) 4. Беседа «Методы закаливания» 5. Какие методы закаливания нам знакомы? (умывание, обливание, обтирание, полоскание горла, душ, мытьё ног) 7. Рисование по выбору: мыло, мочалка, зубная щётка, тюбик зубной пасты. 8. Художественная литература Я. Аким «Мыло». 9. К. Чуковский «Мойдодыр».	Знание детей о том, для чего нужно и полезно закаливание и как оно влияет на наше здоровье. Знания детей о КГН.
3. Познакомить детей с правильным уходом за полостью рта и зубами. Научить детей как правильно чистить зубы.	Воспитатели Дети Родители	1. Беседа «Как сохранить зубы здоровыми». 2. Правила ухода за полостью рта и зубами: - полощите рот теплой водой после каждого приёма пищи. - чистите зубы утром и перед сном. - не ешь одновременно слишком горячую и слишком холодную пищу. 3. Наблюдение за тем, как правильно чистить зубы. 4. Д/И. «Какие продукты позволят сохранить здоровые зубы?» 5. Аппликация «Зубная щетка».	Получение знаний о правильном уходе за полостью рта и зубами. Участие родителей и детей в конкурсе «Королевство зубной пасты».

		<p>6. Художественная литература Б. Заходер «Птичка Тари».</p> <p>7. Конкурс детей и родителей «Королевство зубной пасты».</p>	
<p>4. Рассказать детям о том, какая пища полезна, а какая вредная. Познакомить детей с понятием «витамины» (где содержатся).</p>	<p>Воспитатели Дети</p>	<p>1. Беседа «Какая пища полезней».</p> <p>2. Рассматривание пищеварительной системы человека.</p> <p>3. Узнать у детей, какие витамины они знают (овощи, фрукты)</p> <p>4. Загадки.</p> <p>5. Лепка «Приходите в гости к нам, витамины я вам дам».</p> <p>6. Познакомить детей с правильным приёмом пищи: - старайся есть в определённые часы. - во время еды не торопись. - никогда не ешь на ходу. - никогда не передай.</p> <p>7. Аппликация «Угости игрушку вкусным соком»</p> <p>8. Художественная литература: Г. Остер «Хорошо спрятанная котлета».</p> <p>9. Сказка В. Сутеева «Мешок яблок».</p>	<p>Дали представление детям о понятии «вредной» и «полезной» пище и о пользе витаминов.</p>
<p>5. Рассказать детям о пользе утренней зарядки, о правильном соблюдении режима дня.</p>	<p>Воспитатели Дети Родители</p>	<p>1. Беседа «Для чего нужна зарядка?»</p> <p>2. Беседа об утренней зарядке и режиме дня.</p> <p>3. Побеседовать с детьми: - кто сегодня делал зарядку? - где вы делали зарядку: дома или в детском саду? - как вы делаете зарядку? - какие упражнения вы выполняете дома, а какие в детском саду? - делаете ли вы зарядку каждое утро или иногда пропускаете занятия? Почему? - какую пользу приносит утренняя зарядка? - расскажите, какой у вас режим дня? - всегда ли вы соблюдаете режим? - как режим помогает вашему здоровью? - закаляет ли режим волю? Как?</p> <p>4. Стихотворение «Утренняя зарядка»</p> <p>5. Стихотворение «Зачем</p>	<p>Получение знаний детей о пользе утренней зарядки и правильном соблюдении режима дня. Участие родителей и детей в конкурсе газеты «Папа, мама, я – спортивная семья».</p>

		соблюдать режим?» 6. Рисование «Мячики и скакалки». 7. Беседа с детьми о том, каким спортом вы занимаетесь дома с родителями? 8. Конкурс газет на тему «Папа, мама, я – спортивная семья».	
--	--	---	--

Перспектива:

1. Познакомить детей с врачом Гиппократом.
2. Провести эстафету «Весёлые старты»
3. Познакомить детей с лекарственными растениями
4. Рассказать детям что такое «Олимпиада» и для чего она проводится?
5. Провести конкурс среди родителей «Настольные и дидактические игры о спорте и здоровье».
6. Создание фотовыставки «Спорт и мы».

Реализация основных направлений программы: Убеждение учащихся ежедневно выполнять утреннюю гимнастику, соблюдать режим труда и отдыха школьника. Проведение динамических пауз и подвижных игр во время учебного дня. Посильные домашние задания, которые должны составлять не более одной трети выполняемой работы в классе. Контроль над сменой видов деятельности школьников в течение дня, чему способствует удобное расписание уроков. Проведение ежедневной влажной уборки, проветривание классных комнат на переменах, озеленение классных помещений комнатными растениями. Ежемесячное проведение генеральных уборок классных помещений. Обеспечение каждого учащегося горячим питанием в столовой. Контроль условий теплового режима и освещённости классных помещений. Привлечение учащихся к занятиям во внеурочное время в спортивных секциях, действующих в школе и вне её. Обучение детей правильному отношению к собственному здоровью проведение бесед, воспитательных часов с учётом возрастных особенностей детей с привлечением родителей и социальных партнеров. Создание комфортной атмосферы в школе и классных коллективах, толерантных отношений всех участников образовательного процесса. Обучение учащихся оказанию первой медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решение задач исследования позволило нам сделать следующие выводы. Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий общества.

Здоровьесбережение – это деятельность, активность людей, способствующая сохранению и улучшению здоровья. Это единство и согласованность всех уровней жизнедеятельности человека – биологического, психологического, профессионального, социально-культурного и духовно-нравственного. Здоровьесбережение – категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни.

Здоровьесбережение – основа профилактики заболеваний. Формами здоровьеразрушающего поведения являются ранняя алкоголизация и наркотизация (аддиктивное поведение). Это подростковый эквивалент бытового пьянства взрослых и начала наркомании. В половине случаев алкоголизация и наркотизация начинаются в подростковом возрасте.

При определении путей и средств влияния здоровьесберегающей, здоровьесформирующей среды социально-реабилитационных учреждений на формирование, укрепление и сохранение здоровья воспитанников ученые исходят из компонентов физического, психического, социального здоровья человека. Отличительными чертами являются: нацеленность на достижение конкретных целей, актуальных для воспитанников; использование широкого диапазона интерактивных видов деятельности для активного участия воспитанников в процессе выработки поведенческих стратегий, персонификации поведенческих рисков; совместная с обучающимися деятельность по определению источников возможного негативного влияния и выработке стратегии реагирования на него; направленность на формирование ценностей здоровьесохранительного поведения

и развитие групповых норм противостояния негативному влиянию, соответствующих возрасту и индивидуальному опыту обучающихся и др.; совместный анализ результатов проделанной работы, планирование дальнейших действий.

Критериями и показателями эффективности формирования здоровьесберегающей среды в социально-реабилитационных учреждениях с учетом индивидуального подхода к воспитанникам выступают: учет особенностей возраста (реализация возрастного подхода); целенаправленность и лонгитюдность использования методов; представленность технологий обучения жизненным навыкам (в том числе помощи интерактивных методов: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, мозговые штурмы); представленность технологий обучения навыкам противостояния негативному давлению (коммуникабельность, самоуважение) в соответствии с индивидуальным уровнем развития обучающихся; направленность на взаимное положительное влияние обучающихся друг на друга; представленность технологий формирования социально одобряемых норм поведения; ориентация на приобретение знаний, умений и навыков; проведение оценки эффективности деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

К факторам, влияющим на формирование, укрепление и сохранение здоровья относятся: социальные, психолого-физиологические, организационно-педагогические, управленческие

Здоровьесберегающие технологии представляют совокупность форм, средств, методов, которые направлены на достижение оптимальных результатов в поддержании физического, психического, нравственного и социального благополучия человека, в формировании здорового образа жизни.

Автором проведено социологическое исследование «Изучение проблем формирования самосохранительного поведения несовершеннолетних в социально-реабилитационном центре». Анализ результатов показывает, что подавляющее большинство воспитанников отдает приоритет ценности «здоровье». Однако наиболее значимыми особенностями образа жизни современных подростков являются следующие: пренебрежение мерами личной безопасности, неадекватное пищевое поведение, недостаточная двигательная активность. Наибольшая концентрация неблагоприятных факторов отмечается в группе подростков 15-17 лет. Наибольшую тревогу вызывает тот факт, что у

девушек неблагоприятные поведенческие факторы отмечаются в 1,6 раза чаще, чем у юношей.

Высокая распространенность среди несовершеннолетних неблагоприятных факторов образа жизни, низкий уровень здоровьесохранительного поведения свидетельствуют о необходимости внедрения современных инновационных методов профилактической работы с данным возрастным контингентом.

На основе проведенного теоретического и эмпирического исследования нами предложена Программа формирования здоровьесберегающего поведения воспитанников социально-реабилитационного центра «Крепкое здоровье – это здорово».

Цели: сохранение и укрепление здоровья воспитанников; формирование у воспитанников понимания значимости сохранения, укрепления здоровья и навыков здорового образа жизни; подготовка сознания воспитанников, готового к воплощению в своей жизни основ здорового образа жизни.

Основные направления программы: медицинское, просветительское, психолого-педагогическое, спортивно-оздоровительное, диагностическое.

В результате реализации программы произойдет: снижение показателей заболеваемости детей; стабилизация состояния здоровья воспитанника по основным показателям; повышение качества и уровня обучения воспитанника; повышение уровня воспитанности детей и подростков.

Знания о здоровом образе жизни позволяют несовершеннолетним понять, как и почему им нужно заботиться о своём здоровье, соблюдать правила ЗОЖ; воспитанники смогут оценивать свой режим с точки зрения соответствия требованиям ЗОЖ и научиться управлять своим поведением в различных ситуациях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]: [принят Международной конференцией здравоохранения: от 22.07.1946]. – // http://pravo.kulichki.com/megd2007/bz05/dcm_05144.htm
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: [федер. закон: принят Гос. Думой 01. 11. 2011 г. № 323-ФЗ]. – <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
3. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации [Электронный ресурс]: [федер. закон: принят Гос. Думой 24.07.1998 г. № 124-ФЗ] – <http://www.consultant.ru>
4. Об охране здоровья населения Белгородской области [Текст]: [закон Белгородской области от 24.12.2012 № 166] // Белгородские известия.– № 253.– 28 декабря 2012 г.
5. О концепции демографического развития Белгородской области до 2025 года [Электронный ресурс]: [постановление правительства Белгородской области от 15 октября 2007 г. №242-пп]. – <http://www.consultant.ru>
6. Программа улучшения качества жизни населения Белгородской области [Электронный ресурс]: [закон Белгородской области: принят областной Думой 27 февр. 2003 года]. – <http://www.belduma.ru/zakon.php>
7. Абрамян, М.Л. Культура здорового и безопасного образа жизни как фактор формирования здоровьесберегающего пространства школы [Текст] / М.Л.Абрамян // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. – С.22-24
8. Алимпиева, А.В. Самоохранительное поведение детей и молодежи: результаты диагностики [Текст] / А.В.Алимпиева // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. – 2011. – Вып. 4. – С. 76-83
9. Альбицкий, В.Ю. Результаты изучения самоохранительного поведения подростка [Текст] / В.Ю.Альбицкий, М.Ю.Абросимова, Л.С.Сафиуллина. – М.: ИД «Династия», 2003. – С. 192–206
10. Баканова, И. Здоровьеформирующее образование в условиях городского социокультурного центра [Текст]/ И. Баканова //Учитель. – 2009. – № 4. – С. 29-33

11. Баранов, А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях [Текст] / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.
12. Беличева, С.А. К вопросу о здоровьесберегающих образовательных технологиях [Текст] / С.А. Беличева // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2010. – № 1. – С. 83-89
13. Белова, Н.И. Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи [Текст] / Н.И. Белова // Социологические исследования. – 2008. – № 4. С. 84-86
14. Березин А.Ф. Психологические аспекты формирования у учащихся ценностного отношения к здоровью [Текст] / А.Ф.Березин // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы [Текст]: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. – С.42-44
15. Березутский, Ю.В. Социальное здоровье молодежи в региональном измерении [Текст] / Ю.В. Березутский, А.С. Москвич // Власть и управление на Востоке России. – 2007. – №3. – С. 105-112
16. Борисов, Э.И. Существующие представления о здоровье и здоровом образе жизни [Текст] / Э.И. Борисов // Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы: сб. материалов IX международной науч.-метод. конф.– М., 2006.– С.159-164
17. Булла, О.Э. Исследование проблемы здоровья воспитанников учреждений социальной реабилитации [Электронный ресурс] / О.Э. Булла. – Режим доступа. – <https://www.scienceforum.ru/2013/240/3170>
18. Варламова, С.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад [Текст] / С.Н. Варламова, Н.Н. Седова // СОЦИС.– № 4. – 2010.– С. 75-88.
19. Галецкая, Л. Сельская школа здоровья – новый стереотип жизни [Текст] / Л. Галецкая // Директор школы. – 2009. – № 10. – С. 30-36
20. Гладышева, О. Самообследование готовности школы к сбережению здоровья учащихся и педагогов [Текст] / О. Гладышева // Директор школы. – 2010. – № 6. – С. 98-104
21. Горохова, Н.А. Организация здоровьесбережения в школе [Текст] / Н.А.Горохова // ОБЖ. Основы безопасности жизни. – 2010. – № 7. – С. 33-38
22. Губогло, З.И. Формирование культуросоциальной мотивации здорового

образа жизни [Текст] / З.И. Губогло // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. – 2008. – № 6. – С. 50-52

23. Демакова, И.П. Программа «Здоровый образ жизни» (для учащихся 6-х классов) [Текст] / И.П. Демакова // Инновационные проекты и программы в образовании. – 2009. – № 3. – С. 68-82

24. Евграшина, Е.Г. Формирование потребности в здоровом образе жизни [Текст] / Е.Г. Евграшина // Специалист. – 2009. – № 3. – С. 25

25. Егорченков, М. «Школа здоровья» № 440: вчера, сегодня, завтра [Текст] / М. Егорченков // Учитель. – 2009. – №4. – С. 56-59

26. Еременко, О. Искоренить вредные привычки [Текст] / О. Еременко // Учитель. – 2009. – № 4. – С. 73-75

27. Здоровье учащихся как базовая адаптивная и социальная ценность [Текст] / Э.М. Казин, Е.К. Айдаркин [и др.] // Валеология. – 2008. – № 3. – С. 18-24

28. Журавлева, И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе [Текст] / И.В. Журавлева // СОЦИС. – 2008. – № 2. С.15-16

29. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол.наук [Текст] / И.В. Журавлева. – М., 2005. – 434 с.

30. Зайцева, Л. В. Здоровьесберегающая деятельность дошкольного образовательного учреждения по сохранению и укреплению здоровья дошкольников [Текст] / Л. В. Зайцева // Весник ИРО: научно-методический журнал. – 2013. – №1. – С.20-29

31. Здоровый образ жизни [Электронный ресурс] / Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера». – Режим доступа. – [http:// www. centervera.ru /Zdorovyiy_obraz_zhizni](http://www.centervera.ru/Zdorovyiy_obraz_zhizni)

32. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие [Текст] / под. ред. Э.М. Казина. – Кемерово, 2009. – 370 с.

33. Иваненков, С.П. Проблема социализации современной молодежи. [Текст]: учебное пособие / С.П. Иваненков. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 1999. – 235с.

34. Иванова, И.Г. Здоровьесберегающие технологии в процессе обучения школьников [Текст] / И.Г. Иванова, Е.В. Петрова // Управление качеством образования: теория и практика эффективного администрирования. – 2010. – №5.

– С. 12-14

35. Иванова, Л.Л. Влияние здоровьесберегающих технологий на занятиях по ручному труду на воспитанников в социально-реабилитационном центре [Электронный ресурс] / Л.Л.Иванова. – Режим доступа. – <http://solnishko-nn.com/vliyanie-zdorovesberegayushhix-texnologij->

36. Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // [Текст] / В.Е. Каган // Вопросы психологии. –1993. –№ 1. – С. 86-88

37. Ключенович, В.И. Общественное здоровье: концептуальные подходы при создании модели управления [Текст] / В.И. Ключенович // Медицинские новости. – 2005. – № 3. – С. 65–70

38. Колесникова, И.С. Новации в социологии медицины и здоровья. Заметки участника VIII конференции ЕСА [Текст] / И.С. Колесникова // Социологические исследования.– 2008.– № 4. –С. 89-91

39. Колков, В.В. Системный подход в социальной работе [Текст] / Методологический семинар / В.В. Колков.– М.: Институт социальной работы, 1997. – 254с.

40. Корхова, И.В. Методы оценки здоровья [Текст] / И.В. Корхова // Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог»/ под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Издательство ИСЭПН, 2001. – С.224-252

41. Красикова, О.Н. Мониторинг здоровьесберегающего потенциала дополнительного образования школьников [Текст] / О.Н. Красикова // Управление качеством образования: теория и практика эффективного администрирования. – 2010. – №2. – С. 26-28

42. Кривцова, Л.А. Создание здоровьесберегающей и развивающей среды для воспитания интеллектуальной и творческой личности [Текст] / Л.А.Кривцова // Управление качеством образования: теория и практика эффективного администрирования. – 2009. – №3. – С. 31-33

43. Куликов, Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики [Текст]: учебное пособие / Л.В. Куликов.– СПб.: Питер, 2004.– 214 с.

44. Кучма, В.Р. Руководство по гигиене и охране здоровья школьников: для медицинских и педагогических работников образовательных учреждений, лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической службы [Текст] / В.Р. Кучма. – М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 2006.

– 152 с.

45. Лукьянова, М. Здоровьесберегающие ресурсы личностно-ориентированного обучения [Текст] / М. Лукьянова // Учитель. – 2007. – № 6. – С. 58-61

46. Маликова, Е. Беречь здоровье смолоду [Текст] / Е. Маликова // Учитель. – 2010. – №1. – С. 68-70

47. Малоземов, О.Ю. Особенности валеоустановок учащихся / О.Ю. Малоземов // Социологические исследования. – 2005. – №11. – С. 110-114

48. Малярчук, Н.Н. Здоровьесозидающая деятельность педагогов [Текст] / Н.Н. Малярчук // Педагогика. – 2009. – №1. – С. 55-59

49. Мальгина, Е.Н. Комплексный подход к созданию здоровьесберегающего пространства в Государственном бюджетном специализированном учреждении Архангельской области для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации «Северодвинский социально-реабилитационный центр «Солнышко» [Электронный ресурс] / Е.Н. Мальгина. – Режим доступа. – <http://nordsun29.ru/about/>

50. Машлякевич, С.Ю. Психолого-педагогические основы здоровьесберегающей организации образовательного процесса [Текст] / С.Ю.Машлякевич // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. – С.87-90

51. Медков, В.М. Демография [Текст]: учебное пособие /В.М. Медков. – Ростов н/Д.: «Феникс»,2002. – 448 с.

52. Миняйло, И.Н. Взаимодействие семьи и образовательного учреждения как ресурс сохранения здоровья молодого поколения [Текст] / И.Н. Миняйло // Среднее профессиональное образование. – 2009. – №1. – С. 9-12

53. Мудрик А.В. Социальная педагогика [Текст]: учеб. для студ. пед. вузов/ од ред. В.А. Сластенина [Текст] / А.В. Мудрик. М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 200 с.

54. Набатова, Е.В. Класс культуры сбережения здоровья [Текст] / Е.В. Набатова // Инновационные проекты и программы в образовании. – 2009. – № 3. – С. 112

55. Назарова, И.Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения [Текст] / И.Б. Назарова // Социологический журнал. – 1998.–№3/4.– С. 246-249

56. Науменко, Ю.В. Мониторинг здоровьесберегающей деятельности школы [Текст] / Ю.В. Науменко // Стандарты и мониторинг в образовании. –2007. – № 3. – С. 20-26

57. Науменко, Ю.В. Социокультурная концепция формирования феномена «здоровье» в процессе общего образования [Текст] / Ю.В. Науменко // Инновации в образовании. – 2010. – №3. – С. 72-85

58. Некоз, Е.В. Здоровье обучающихся – важный фактор качества образования Психолого-педагогические основы здоровьесберегающей организации образовательного процесса [Текст] / Е.В. Некоз // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. –С.93-96

59. Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия [Текст]: материалы международной науч.-практ. конференции, Улан-Удэ, 15-17 июня 2009 г. / Федерал. Агентство по образованию, М-во образования и науки РБ; [редкол.: Ю. Ю. Шурыгина (отв. ред.) и др.]. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2009. – 219 с.

60. Панков, Д.Д. Состояние здоровья школьников выпускных классов (данные профилактических осмотров) [Текст] / Д.Д. Панков, Т.Б. Панкова // Российский педиатрический журнал. – 2006. – № 6. – С. 10-12

61. Петрунина, И.А. Современные модели здоровьесбережения в общеобразовательной школе [Текст] / И.А. Петрунина // Среднее профессиональное образование. – 2010. – № 6. – С. 30-33

62. Пиетиля, И. Российское здравоохранение: ожидания населения [Текст] / И. Пиетиля, А.П. Дворянчикова, Л.С. Шилова // Социологические исследования. – 2007. – № 5. – С. 81-88

63. Плетнева, Е.Ю. Территориальная модель здоровьесберегающей деятельности в системе образования [Текст] / Е.Ю. Плетнева, В.Б. Рубанович // Валеология. – 2010. – №1. – С. 5-8

64. Попов, М.Н. Здоровье человека в системе образования [Текст] / М.Н. Попов, авт. Л.А. Коробейникова // Стандарты и мониторинг в образовании. – 2008. – № 5. – С. 59-63

65. Пугачева, И.В. Формирование здоровьесберегающей образовательной среды в условиях школы-интерната [Текст] / И.В. Пугачева // Муниципальное

образование: инновации и эксперимент. – 2008. – №6. – С. 53-55

66. Радченко, М.П. Здоровьесберегающая компетентность как показатель эффективности взаимодействия школы и семьи в вопросах воспитания молодого поколения [Текст] / М.П. Радченко, И.В. Плющ // Сибирский учитель. – 2008. – №4. – С. 28-31

67. Потехина, Н.Н. Особенности образа жизни и выработки самосохранительного поведения подростков и молодежи [Текст] / Н.Н. Потехина, М.Г. Дьячкова, И.А. Колесникова, А.В. Чуйко [и др.] // Экология человека.– 2009.– №8.– С.61-64

68. Рапопорт, И.К. Методика измерения результатов здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения [Текст] / И.К. Рапопорт // Директор школы. – 2008. – № 10. – С. 86-94

69. Решетникова, Г.А. Здоровье в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы Психолого-педагогические основы здоровьесберегающей организации образовательного процесса [Текст] / Г.А.Решетникова // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. –С.120-123

70. Руководство по социальной педиатрии [Электронный ресурс] / составители: В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рязкина, Л.В. Солохина // под ред. В.Г. Дьяченко. – Изд-во ГОУВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск.– 2010.– [http:// www. medlinks. ru/ sections.php?op](http://www.medlinks.ru/sections.php?op)

71. Сафиуллина, Л.С. Состояние здоровья и самосохранительное поведение учащихся подростков, проживающих в большом городе (комплексное социально-гигиеническое исследование) [Текст]: дисс.... канд. мед. наук/ Л.С. Сафиуллина Казань, 2003.– 5 п.л.

72. Сиерес, Д. О различных подходах к понятию «здоровье» [Текст] / Д. Сиерес, В. Гавидия // Школа здоровья. – 1998. – Т.5 – №1. – С. 7-16

73. Сорвина, А.С. Социальная работа: теория и практика [Текст]: учебное пособие / А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА – М, 2001. – 452с.

74. Сочнев, А.В. Поведенческие факторы здоровья молодежи [Текст] / А.В. Сочнев // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского.– 2007.– № 1 (6).– С. 113-117

75. Таранова, В.А. Эффективные технологии формирования здорового образа жизни и предупреждение вредных привычек у учащихся [Текст] / В.А.Таранова // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. –С.138-141
76. Технологии социальной работы [Текст]: учебник / под ред. В.И.Жукова. – М.: Изд-во РГСУ, 2011. –338 с.
77. Хабибуллин, К.Н. Динамика факторов риска и профилактика здоровья населения [Текст] /К.Н. Хабибуллин // Социологические исследования. –2005. – № 6. – С. 140-144
78. Холостова, Е.И. Социальная работа [Текст]: учебное пособие / Е.И. Холостова.– 5-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2007. – 668 с.
79. Цветкова, И.В. Здоровье как жизненная ценность подростков [Текст] / И.В. Цветкова // Социологические исследования. – 2005. – № 11.-С. 105-109.
80. Цикало, Е.С. Становление «школы здоровья»: модель, опыт, решения / Е.С. Цикало // Управление качеством образования: теория и практика эффективного администрирования. – 2007. – №3. – С. 11-13
81. Шамаева, А. Здоровье детей – одно из основных условий их успешного образования [Текст] / А. Шамаева // Качество образования в школе. – 2010. – №2. – С. 20-22
82. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография [Текст] /А.А.Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010.– 408 с.
83. Шабунова, А.А. Факторы, ограничивающие здоровье населения региона [Текст] / А.А. Шабунова, Н.А. Рыбаковпа, Г.В. Тихомирова // Социологические исследования. – 2009.– № 8.– С. 85-91.
84. Шаповалова, О.Н. Организация работы по здоровьесбережению в рамках реализации ФГОС в основной школе [Текст] / О.Н.Шаповалова, А.С.Петрушкина // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. –С.159-162
85. Юматова, Д.Б. Технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма в работе с младшими школьниками [Текст] / Д.Б. Юматова // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. – 2009. – № 2. – С. 47-51

ПРИЛОЖЕНИЯ

Нормативно-правовая база в области охраны здоровья несовершеннолетних

Законодательство РФ в сфере охраны здоровья граждан представляет собой двухуровневую систему и состоит из федерального законодательства, законодательства субъектов РФ. В федеральном законодательстве и в законодательстве субъектов РФ – там, где действует принцип разделения властей, можно дополнительно выделить два подуровня: законы и нормативные правовые акты органов исполнительной власти.

В соответствии с вышеизложенным, иерархически выстроенную систему источников об охране здоровья населения можно представить следующим образом:

1) Конституция Российской Федерации.

2) Нормы международного права.

3) Специальное законодательство об охране здоровья граждан: Федеральное законодательство об охране здоровья граждан; Региональное законодательство об охране здоровья граждан; Нормативно-правовые акты об охране здоровья граждан, принятые представительными органами муниципального образования [сноска].

4) Общее законодательство об охране здоровья граждан; Гражданский кодекс РФ (ст. 779-783, 1064-1083, 1099-1101 и 150-152 ГК, и др.); Трудовой кодекс РФ (ст. 323); ст. 10 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»), законы субъектов РФ, нормативно-правовые акты представительных органов муниципального образования, содержащие нормы об охране здоровья граждан).

5) Подзаконные нормативные акты по вопросам, связанным с охраной здоровья граждан:

а) акты органов общей компетенции:

- Указы Президента РФ (например, Указ Президента РФ от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации»;

- Постановления Правительства РФ (от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»; от 15 мая 2007 г. № 286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год»; от 6 июля 2006 г. № 415 «Об утверждении положения о лицензировании производства лекарственных средств», и др.);

- подзаконные акты по вопросам, связанным с охраной здоровья, принятые органами исполнительной власти субъектов РФ, а также высшим должностным лицом субъекта РФ (например, Постановление правительства Белгородской области от 24.02.2009г. № 60-пп «О территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям Белгородской области на 2009г.», и др.);

- подзаконные акты по вопросам, связанным с охраной здоровья, принятые исполнительными органами муниципального образования.

б) акты органов специальной компетенции:

- ведомственные подзаконные акты по вопросам, связанным с охраной здоровья органов специальной компетенции (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 ноября 2005 г. № 701 «О родовом сертификате», от 22 ноября 2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг», от 13 сентября 2005 г. № 578 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача», от 5 октября 2005 г. № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний», от 1 апреля 2005 г. № 249 «Об организации внеочередного оказания

медицинской помощи отдельным категориям граждан.

б) иные источники, содержащие нормы об охране здоровья граждан (Постановления Конституционного Суда Российской Федерации, локальные нормативные акты органов управления здравоохранением и медицинских учреждений).

Из приведенного перечня нормативных актов подробно рассмотрим положения Конституции РФ, международных актов, Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, общего и специального законодательства (федерального и регионального).

Итак, Конституция РФ является основным законом нашей страны. Поэтому среди нормативных правовых актов, регулирующих охрану здоровья, она занимает особое главенствующее положение. В области охраны здоровья Конституция исходит из положений «Всеобщей декларации прав человека» Генеральной ассамблеи ООН, «Конвенции о защите основных прав человека и основных свобод», «Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» и др.

Основной закон страны в соответствии с нормами международного права включает в обязанность государства охрану труда и здоровья людей (ст.7, ч.1). Пункт 2 ст. 41 Конституции РФ устанавливает право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Кроме того, Конституция РФ закрепляет разграничение предметов ведения в сфере здравоохранения между РФ и ее субъектами. Так, предметом исключительного ведения субъектов РФ, тесно связанным со сферой здравоохранения, является государственная собственность субъектов РФ и управление ею – в части создания и деятельности на основании данного имущества учреждений здравоохранения субъектов РФ, а также бюджет субъекта РФ в части средств, предназначенных на нужды здравоохранения (п.1 ст.41 Конституции РФ).

Вся система здравоохранения в Российской Федерации должна строиться в строгом соответствии с международными нормами о правах человека с учетом рекомендаций международных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Организация Объединенных Наций по образованию, науке и культуре (ЮНЕСКО), ВТО (Всемирная торговая организация) и др. Так, например, в Уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) провозглашается, что правительства несут ответственность за здоровье своих народов и эта ответственность требует принятия соответствующих мер социального характера и в области здравоохранения.

Таким образом, основные положения международных норм по реализации прав гражданина на охрану здоровья установлены в таких международных актах как: «Конвенция о защите прав человека и основных свобод» (заключена в г. Риме 04.11.1950); «Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения» (Москва, 28 марта 1997 года); «Европейская социальная хартия» (03.05.96 г.), ст.11 которой предусматривает право на охрану здоровья. Согласно названной статье для обеспечения эффективной реализации права на охрану здоровья Стороны обязуются непосредственно либо в сотрудничестве с публичными и частными организациями осуществить необходимые меры, направленные в числе прочего на то, чтобы: ликвидировать по возможности причины заболеваний; предусмотреть создание консультативных и образовательных учреждений, имеющих целью содействовать укреплению здоровья населения и поощрению индивидуальной ответственности людей за свое здоровье; предотвращать по мере возможности эпидемии, иные болезни, а также несчастные случаи; Статья 15 «Конвенции Содружества независимых государств о правах и основных свободах человека» от 26 мая 1995 г; ст.55 «Соглашения о партнерстве и сотрудничестве учреждающее партнерство между Российской Федерацией, с одной стороны, и Европейскими сообществами и их государствами-членами, с другой стороны», предусматривает, что процесс сближения законодательств распространяется также и на многие отрасли права, в том числе и на охрану здоровья и жизни людей; ст.11 «Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» от 18.12.79 г.

Во всем мире в последние годы развивается международное сотрудничество в области охраны здоровья. 34-я сессия Парламентской ассамблеи Европейского совета в 1991 г. приняла рекомендации правительствам государств, в которых говорится, что здоровье является показателем качества жизни и составляет неотъемлемую часть социального, экономического и культурного развития индивидуума.

Специальное законодательство об охране здоровья граждан возглавляют принятые 22 июля 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Этот нормативный акт был разработан коллективом специалистов института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.Е. Семашко, ученых, экспертов, депутатов, опираясь на международные правовые акты («Всеобщая Декларация прав человека» и др.) и отечественный опыт, направленный на совершенствование работы органов здравоохранения, повышение качества медицинского обслуживания и профилактических мероприятий [сноска].

Основы являются базовым нормативным актом, определяющим взаимоотношения государства, его органов, учреждений и граждан России. В частности, в них определены основные принципы деятельности медицинских учреждений и медицинских работников по практической реализации права граждан на охрану здоровья; организационные начала государственного, муниципального и частного здравоохранения, решаются вопросы его финансирования; содержится раздел о правах граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья и медико-социальной помощи, медицинской экспертизы; выделены разделы о правовой и социальной защите медицинских и фармацевтических работников, об ответственности за причинение вреда здоровью граждан, за сохранение врачебной тайны и т. д.

Безусловно, Основы являются очень важной составляющей законодательства об охране здоровья граждан, однако, в целом этот законодательный акт представляет собой декларацию прав граждан на охрану здоровья.

Несмотря на то, что Основы регулируют практически все стороны здравоохранения, велика роль и специальных федеральных законов более узкой, направленной тематики, регулирующих отношения по управлению государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения; организации лечебно – профилактической и диагностической помощи таким слабо социально защищенным групп населения как дети и подростки, матери, инвалиды, люди старческого и престарелого возрастов; руководству больничным учреждением, являющимся центральным звеном практической медицины и представляющими в своей совокупности обширнейшую сеть; охране репродуктивных прав граждан; обеспечению безопасности пищевых продуктов; санитарной охраны почвы, воды, атмосферного воздуха и другое.

Совокупность таких законов образуют федеральное законодательство в области здравоохранения, а именно:

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; регулирующий правоотношения по осуществлению государственного (ведомственного) санитарного-эпидемиологического надзора; организации госсанэпидслужбы; предусматривает ответственность за нарушение санитарного законодательства;

Федеральный закон от 17 октября 1998 г. № 157 – ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», устанавливающий основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, создал правовую основу для снижения количества инфекционных заболеваний (управляемые инфекции), которые в настоящее время представляют серьезную угрозу для безопасности страны;

Федеральный закон от 30 марта 1998 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» предусмотрел в ст.4 гарантии государства по нераспространению среди населения одного из самых опасных заболеваний. Обеспечение осуществления указанных гарантий Закон возложил непосредственно на органы

исполнительной власти и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Федеральный закон от 18 июня 2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», устанавливающий правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

Закон РФ от 28 июня 1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», с принятием которого с 1 января 1993 г. была введена система страховой медицины как формы социальной защиты граждан РФ. Благодаря этому Закону здравоохранение как система получило один из основных источников финансирования (помимо бюджетов всех уровней) – средства обязательного и добровольного медицинского страхования. Он определил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения, которое, согласно ст. 1, обязано гарантировать гражданам в случае необходимости получение медицинской помощи, включая и профилактическую, за счет накопленных средств.

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятие которого вызвано возникшей потребностью общества в защите психического здоровья его членов;

Федеральные законы от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», от 24.07.1998. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», Законы РФ от 9 июня 1993 г. № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов», от 22.12.1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» имеют важное социально-политическое и правовое значение для защиты здоровья нации;

Федеральный закон от 8 января 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах», закрепивший на уровне правовых норм обязательство нашего государства по исполнению международных актов (конвенций) по наркотикам и создавший предпосылки для получения финансовой помощи ООН на противодействие незаконному обороту наркотиков;

Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», до введения которого Россия не имела законодательных актов в сфере обращения лекарственных средств, устанавливает приоритет государственного регулирования в вопросах контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, систему государственных органов контроля, а также правовые нормы по возмещению вреда здоровью, нанесенного гражданину в связи с применением ненадлежащих лекарственных средств.

Региональное законодательство представлено законами субъектов РФ, принятыми по вопросам здравоохранения [сноска].

Структура Конституции РФ, «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», а также ряда федеральных законов оказывают значительное влияние на развитие регионального законодательства в сфере здравоохранения. Субъекты РФ принимают законы по предметам совместного ведения РФ и ее субъектов (п.2 и 4 ст.76 Конституции РФ), которые затрагивают сферу здравоохранения, и по предметам исключительного ведения субъектов РФ, связанным с этой сферой.

Необходимо отметить, что система актов, образующих здравоохранительное законодательство построена на началах субординации. Это означает, что принимаемые субъектами РФ законы и иные нормативные правовые акты в сфере здравоохранения не должны противоречить нормам федерального законодательства, и в первую очередь нормам Конституции РФ и Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. При законотворчестве в области здравоохранения субъекты Федерации также должны соблюдать правовые нормы, установленные конституциями (уставами) субъектов РФ. С этой целью

Министерство здравоохранения РФ осуществляет систематический мониторинг принятых актов субъектов РФ, анализ разрабатываемых законопроектов, оказывает практическую помощь в проведении квалифицированных законопроектов через администрации и законодательные собрания субъектов РФ.

К законам субъектов РФ в сфере здравоохранения можно отнести основные законы (конституции и уставы) в части, регулирующей сферу здравоохранения и законы, непосредственно относящиеся к сфере здравоохранения, которые можно классифицировать: системообразующие законы об охране здоровья; законы о бюджете субъекта РФ, устанавливающие размер финансирования сферы здравоохранения, в том числе размер трансферта местным бюджетам на страховые платежи на ОМС неработающего населения; специальные законы в сфере здравоохранения; законы о целевых программах в сфере здравоохранения; законы, содержащие нормы, соприкасающиеся со сферой здравоохранения.

Среди законодательных актов Белгородской области в сфере здравоохранения можно выделить следующие: например Постановление правительства Белгородской области от 24.02.2009г. № 60-пп «О территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям Белгородской области на 2009г.»; Постановление губернатора Белгородской области от 20.09. 2003г. № 140 «Об областной программе «Управление качеством в здравоохранении»» Устав городского округа «Город Белгород», утверждённый сессией Совета Депутатов города Белгорода от 29.01.2005г. № 195; Положение об управлении здравоохранения администрации города Белгорода; Областная целевая программа «Профилактика, диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний на 2007-2010 годы»; Областная целевая программа «Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на территории Белгородской области на 2008-2012 годы; Областная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Белгородской области» на 2008-2010 годы.

Закон Белгородской области от 24.12.2012 №166 «Об охране здоровья населения Белгородской области» предусматривает организацию охраны здоровья населения Белгородской области, которая обеспечивается функционированием государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Законом установлены полномочия органов государственной власти и местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Подводя итоги исследованию законодательства, можно сделать вывод, что базовая основа из фундаментальных нормативно-правовых актов в сфере охраны здоровья граждан является достаточно полной. Однако, в условиях реформирования сферы здравоохранения, требуется усовершенствование норм действующего законодательства и принятие новых законопроектов по охране здоровья граждан.

Приложение 2

Анкета для несовершеннолетнего (подростки)

Уважаемый школьник! Наше исследование посвящено одной из важных проблем – формированию самосохранительного поведения несовершеннолетних.

Просим ответить на вопросы анкеты, Фамилию и имя указывать не надо!

Спасибо за сотрудничество!

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?

- а) курение 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
 б) нерегулярное употребление пищи 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
 в) низкая двигательная активность 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
 г) недосыпание 1 – да 2 – нет 3 – не знаю

2. Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в т.ч. танцы, посещение бассейна и т.д.) помимо уроков физкультуры в школе?

1 – да 2 – нет

3. Если «да», то сколько часов в неделю? _____**4. Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?**

1 – три раза в день и чаще 2 – два раза в день 3 – один раз в день и реже

5. Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?

1) один раз в день и чаще 2) 3-4 раза в неделю 3) 1 раз в неделю и реже

6. Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?

1) один раз в день и чаще 2) 3-4 раза в неделю 3) 1 раз в неделю и реже

7. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки?

1) один раз в день и чаще 2) 3-4 раза в неделю 3) 1 раз в неделю и реже

8. Пробовал ли ты когда-нибудь курить?

1 – нет 2 – да

9. Продолжаешь ли ты курить?

1 – нет 2 – да

10. Если «да», то как часто?

1 – хотя бы один раз за последние 3 месяца 2 – каждую неделю 3 – ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день)

11. Пробовал ли ты какие-либо наркотические (токсикоманические) вещества?

1 – нет 2 – да

12. Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки?

1 – нет 2 – да

13. Если да, то как часто?

1) 1 раз в месяц и реже 2) 2-3 раза в месяц 3) 4 и более раз в месяц

14. В какое время ты обычно ложишься спать? _____ (час.)**15. Во сколько обычно встаешь утром _____ (час.)****16. Продолжительность ночного сна обычно составляет:**

1) 9-10 часов 2) 8 часов 3) 7 часов и меньше

17. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?

1 – ежедневно 2 – иногда 3 – никогда

18. Как часто ты моешь руки перед едой в школе?

1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда

19. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?

1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда

20. Часто ли Вы испытываете отрицательные эмоции?

1. ежедневно
2. часто
3. редко

4. никогда не испытываю

21. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?

1 – нет 2 – да 3 – не знаю

22. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить?

1 – нет 2 – да 3 – не знаю

23. Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, поезда, кафе, игровые площадки, дискотеки и т.п.?

1 – да 2 – нет 3 – не знаю

24. Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты?

1 – нет 2 – да

25. Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизированном средстве?

1 - каждый раз во время езды 2 – иногда 3 - никогда

26. Что для тебя имеет наибольшую ценность?

1. материальный достаток
2. карьера
3. хорошая семья
4. здоровье
5. быть полезным обществу
6. интересная работа
7. уверенность в завтрашнем дне
8. много путешествовать
9. иметь детей
10. другое

27. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?

1 – да 2 – нет

28. Как ты считаешь, когда кто-то начинает курить, ему потом будет трудно бросить эту привычку?

1 – да 2 – нет 3 – не знаю

29. Как ты думаешь, насколько подвергают себя риску (физическому или другому) люди, если они употребляют алкогольные напитки один раз в неделю?

1 – риска нет 2 – риск небольшой 3 – большой риск

30. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье?

1 – да 2 – нет

31. Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасностях употребления алкоголя?

1 – да 2 – нет

32. Рассказывали ли вам в этом учебном году на занятиях об опасностях употребления наркотических веществ, в т.ч. опасности заражения вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией?

1 – да 2 – нет

33. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания?

1 – да 2 – нет

34. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах двигательной активности?

1 – да 2 – нет

35. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?

1 – да 2 – нет 3 – не знаю

36. Оцени степень своего здоровья

1. я полностью здоров
2. я практически здоров
3. я часто болею
4. я имею хронические заболевания
5. у меня плохое здоровье
6. другое

37. Оцени по пятибалльной шкале, насколько тебе свойственно:

1. правильно питаться;
2. достаточно много двигаться;
3. регулярно заниматься физической культурой;
4. соблюдать режим труда и отдыха;
5. не переутомляться; соблюдать правила личной гигиены;
6. своевременно обращаться за медицинской помощью;
7. сохранять спокойствие в трудных жизненных обстоятельствах;
8. налаживать хорошие отношения с людьми;
9. жить в экологически благоприятных условиях;
10. избегать вредных условий труда; быть оптимистом; не курить;
11. ограничить потребление алкоголя;
12. не употреблять алкоголь совсем;
13. следить за своим весом.

38. Что, на твой взгляд, в настоящее время является наиболее опасным? (отметь три наиболее важных ответа)

1. грубое поведение со стороны старших школьников
2. грубое поведение со стороны взрослых
3. получить травму на автомобильной дороге
4. получить травму во дворе (из-за ремонта или стройки, которые там идут)
5. пострадать от людей, находящихся в нетрезвом виде (пьяных) или под действием наркотиков (наркоманов)
6. пострадать от жестокого обращения родителей

39. В течение этого учебного года на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления?

1 – да 2 – нет

40. В течение этого учебного года на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения?

1 – да 2 – нет 3 – не знаю

41. Намерен ли ты в дальнейшем:

	Буду делать обязательно	Буду стараться делать	Не буду делать	Уже делаю
1. Правильно питаться	1	2	3	4
2. Больше двигаться	1	2	3	4
3. Больше заниматься физической культурой	1	2	3	4
4. Соблюдать режим труда и отдыха	1	2	3	4
5. Не переутомляться	1	2	3	4
6. Соблюдать правила личной гигиены	1	2	3	4
7. Своевременно обращаться за медицинской помощью	1	2	3	4

8. Сохранять спокойствие в трудных ситуациях	1	2	3	4
9. Налаживать хорошие отношения с людьми	1	2	3	4
10. Сделать экологические условия своей жизни более благоприятными	1	2	3	4
11. Избегать вредных условий труда	1	2	3	4
12. Постараться стать более оптимистичным	1	2	3	4
13. Не курить	1	2	3	4
14. Ограничить потребление алкоголя	1	2	3	4
15. Не употреблять алкоголь совсем	1	2	3	4
16. Пройти своевременную диагностику состояния организма	1	2	3	4
17. Проконсультироваться о здоровье у квалифицированного специалиста	1	2	3	4
18. Сократить время просмотра телепередач	1	2	3	4
19. Следить за своим весом	1	2	3	4

42. Твой возраст _____ Пол _____

Благодарим за участие в исследовании!

Анкета специалиста (вопросы для интервью)

*Наше исследование посвящено одной из важных проблем – формированию
самоохранительного поведения несовершеннолетних*

1. Что, по Вашему мнению, имеет наибольшую ценность для современной молодежи?

1. материальный достаток
2. карьера
3. хорошая семья
4. здоровье
5. быть полезным обществу
6. интересная работа
7. уверенность в завтрашнем дне
8. много путешествовать
9. иметь детей
10. другое

2. Проранжируйте (от 1 до 4) по степени влияния на здоровье детей следующих факторов:

1. экологические условия наследственность,
2. качество получаемых медицинских услуг,
3. материальные и бытовые условия,
4. усилия самого человека.
5. другое

3. Оцените по пятибалльной шкале, насколько важно для сохранения здоровья детей и подростков следующее:

1. правильно питаться;
2. достаточно много двигаться;
3. регулярно заниматься физической культурой;
4. соблюдать режим труда и отдыха;
5. не переутомляться; соблюдать правила личной гигиены;
6. своевременно обращаться за медицинской помощью;
7. сохранять спокойствие в трудных жизненных обстоятельствах;
8. налаживать хорошие отношения с людьми;
9. жить в экологически благоприятных условиях;
10. избегать вредных условий труда; быть оптимистом; не курить;
11. ограничить потребление алкоголя;
12. не употреблять алкоголь совсем;
13. следить за своим весом.

4. Что, по вашему мнению, побуждает несовершеннолетних поддерживать свое физическое состояние?

5. Из каких источников несовершеннолетние получают информацию о сохранении здоровья?

6. Есть ли позитивные изменения дел в сфере здравоохранения за последний год?

1. несомненно есть
2. оно не изменилось
3. состояние ухудшилось

4. другое

8. Чем, по Вашему мнению, поможет реализация Национального проекта «Здоровье» в сфере сохранения здоровья школьников?

9. Каким образом, по Вашему мнению, повлияет на жизнь несовершеннолетних реформа здравоохранения?

10. От кого и от чего, по Вашему мнению, зависит улучшение качества жизни детей – клиентов социально-реабилитационного центра?

11. Как подростки сегодня относятся к своему здоровью?

12. Какие проблемы возникают при проведении мероприятий по здоровьесбережению у несовершеннолетних?

13. Каково качество жизни детей – клиентов социально-реабилитационного центра?

14. Какие мероприятия в Центре в наибольшей мере способствуют сохранению здоровья несовершеннолетних?

15. **Ваш возраст**

16. **Профиль образования**

17. **Стаж работы**

18. **Должность**

Благодарим за участие в исследовании!

Анкета родителя (законного представителя)

*Уважаемый родитель! Наше исследование посвящено одной из важных проблем – формированию самосохранительного поведения несовершеннолетних. Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и подчеркните один ответ на каждый вопрос. Это поможет оценить существующую ситуацию о потребностях учащихся в области укрепления здоровья.
Анкета является анонимной*

1. Занимается ли Ваш ребенок физической культурой (самостоятельно, в спортивной секции, танцами и др.) помимо уроков физкультуры в школе?

- 1. да 2. нет

2. Сколько времени ребенок обычно проводит на свежем воздухе (гуляет) в учебные дни?

- 1. два часа и более
- 2. один час и менее

3. Сколько времени обычно ребенок тратит на приготовление домашних заданий?

- 1. 1,5-2 часа
- 2. 3 часа
- 3. 4 часа и более

4. Продолжительность ночного сна у Вашего ребенка составляет обычно

- 1. 10-11 часов 2. 9 часов и менее

5. Сколько раз в день Ваш ребенок принимает горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?

- 1. два раза в день и чаще 2. один раз в день и реже

6. Сколько раз в неделю Ваш ребенок употребляет мясо, рыбу и другие мясные продукты?

- 1. ежедневно 2. 3-4 раза в неделю 3. 1 раз в неделю и реже

7. Сколько раз в неделю Ваш ребенок употребляет молоко и молочные продукты?

- 1. ежедневно 2. 3-4 раза в неделю 3. 1 раз в неделю и реже

8. Сколько раз в неделю Ваш ребенок употребляет свежие фрукты, овощи, соки?

- 1. ежедневно 2. 3-4 раза в неделю 3. 1 раз в неделю и реже

9. Сколько времени в день Ваш ребенок смотрит телевизор, видео?

- 1. до 1 часа 2. до 2 часов 3. три часа и более

10. Курят ли в Вашей семье?

- 1. нет 2. да

11. Как Вы думаете, станет ли курить Ваш ребенок, когда вырастет?

- 1. нет 2. да 3. не знаю

12. Чем лучше заниматься ребенку? (один ответ)

- 1. танцами, плаванием или другими видами спорта
- 2. музыкой, рисованием
- 3. иностранным языком
- 4. чем-либо другим

13. Как Вы считаете, для чего ребенку нужно заниматься спортом?

- 1. чтобы укрепить здоровье
- 2. чтобы стать спортсменом
- 3. чтобы занять свободное время
- 4. другое

14. Как Вы относитесь к возможности проведения в Центре профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья учащихся? (выберите один ответ)

- 1. они необходимы
- 2. они необходимы, но будут мешать учебному процессу

3. в них нет необходимости
4. они не принесут пользы и будут мешать учебному процессу

15. Как Вы оцениваете качество питания?

- 1 очень хорошо
- 2 хорошо
- 3 удовлетворительно
- 4 неудовлетворительно

16. Оцените по пятибалльной шкале, насколько важно для сохранения здоровья детей и подростков следующее:

1. правильно питаться;
2. достаточно много двигаться;
3. регулярно заниматься физической культурой;
4. соблюдать режим труда и отдыха;
5. не переутомляться; соблюдать правила личной гигиены;
6. своевременно обращаться за медицинской помощью;
7. сохранять спокойствие в трудных жизненных обстоятельствах;
8. налаживать хорошие отношения с людьми;
9. жить в экологически благоприятных условиях;
10. избегать вредных условий труда; быть оптимистом; не курить;
11. ограничить потребление алкоголя;
12. не употреблять алкоголь совсем;
13. следить за своим весом.

17. От кого и от чего, по Вашему мнению, зависти улучшение качества жизни детей и подростков?

18. Как несовершеннолетние, особенно в подростковом возрасте, сегодня относятся к своему здоровью?

1. особенно не беспокоится о своем здоровье
2. считает себя здоровой
3. при необходимости может получить хорошее медицинское обслуживание
4. заботится о своем здоровье
5. другое

19. Какие мероприятия в Центре в наибольшей мере способствуют сохранению здоровья несовершеннолетних?

20. Какие проблемы возникают при проведении мероприятий по здоровьесбережению у подростков?

21. Ваш возраст

22. Профиль образования

23. Пол

Благодарим за участие в исследовании!