Ростовский технологический институт сервиса и туризма (филиал) Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Российский государственный университет экономики и сервиса»

На правах рукописи

04201004346

Чернявская Евгения Анатольевна

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ**

Социология медицины - 14.02.05 Диссертация

на соискание ученой степени кандидата социологических наук

Научный руководитель - Доктор философских наук, профессор

Минасян Л.А.

Ростов-на-Дону - 2010

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**Введение**

**Глава 1. Сущность и формы здоровьесберегающей социализации школьников**

1. **Здоровьесберегающие принципы социализации детей**
2. **Здоровьесберегающая социализация в современной школе**
3. **Интериоризация ребенком роли пациента как альтернативной здоровьесберегающей социализации**

**Глава 2. Агенты здоровьесберегающей социализации школьников и факторы эффективности их деятельности**

1. **Педагоги как агенты здоровьесберегающей социализации школьников**
2. **Родители как агенты здоровьесберегающей социализации школьников**
3. **Роль социологии медицины в реализации конкретных техник здоровьесберегающей социализации школьников**

**Заключение**

**Список литературы**

**Приложение**

**Заключение**

Результаты исследования показали, что при наличии установки на ведение здорового образа жизни большинством опрошенных школьников (87,5%), его реальное соблюдение является в значительной мере декларируемым. Респонденты, считающие, что ведут здоровый образ жизни, фактически не все придерживаются его. Представляется очевидным, что проявления девиантного поведения в виде эпизодического употребления наркотических средств, регулярного курения, систематического употребления алкоголь- содержащих напитков, являются несовместимыми с современными представлениями о здоровом образе жизни (Лисицин Ю.П., 1995; Измеров Н.Ф., 1996; Петленко В.П. 1996; Сидоренко Г.И. с соавт., 1997). Таким образом, совершенно очевидно, что реально представление о здоровье как благополучии у школьников находится в стадии становления. Недостаточное внимание к собственному физическому и психическому здоровью объективно заключает угрозу для осуществления социально позитивных планов и установок студентов юридического вуза. Тем более, что не достаточно сформировано ценностное отношение к здоровью. При этом актуальность формирования мотивации на ведение здорового образа жизни в процессе обучения в юридическом вузе подчёркивает то, что чем раньше формируется конкретное диспозиционное поведение, тем эта позиция оказывается стабильнее в последующей жизни (Клейберг Ю.А., 2001).

Представляется правомерным трактовать полученные данные как результат недостаточности стимулов, как внешних побудителей к деятельности. На наш взгляд причина лежит в недостаточно используемых возможностях социального воздействия на изменение отношения не только к занятиям физической активностью, но и к здоровому образу жизни в целом. Это в свою очередь подразумевает, что усиление социальной стимуляции должно идти через различные конкурсы, наглядную агитацию с тематикой здорового образа жизни, материальные поощрения школьников, ведущих здоровый образ жизни, организация турпоходов в выходные дни со спортивными мероприятиями.

Так как у значительной части школьников (32,1%-44,0%) многие факторы, затрудняющие ведение здорового образа жизни (недостаток времени, недостаток знаний, непонимание целесообразности здорового образа жизни, не соответствие принципов здорового образа жизни традициям микросоциального окружения и др.) в значительной мере обусловлены недостаточной мотивацией на здоровый образ жизни, представляется возможным осуществить в той или иной степени их коррекцию, а это делает целесообразным цикл установочно-оздоровительных занятий.

Исходя из того, что, согласно современным представлениям, здоровый образ жизни состоит из двенадцати блоков (рациональный труд и отдых, физическая культура и закаливание, культура питания, психологическая культура, сексуальная культура, экологическая культура, предупреждение алкоголизма, предупреждение никотинизма, предупреждение наркомании и токсикомании, индивидуальная профилактика СПИДа и других инфекционных заболеваний, самолечение и вред от него; приёмы само- и взаимопомощи в экстремальных ситуациях, личная гигиена (Лисицин Ю.П., 1995; Измеров Н.Ф., 1996; Петленко В.П. 1996; Сидоренко Г.И. с соавт., 1997) такая разбросанность делает целесообразным создание систематизацию процесса формирования здорового образа жизни и соответствующего здлоровьесберегающего поведения вокруг основной ценности - репродуктивного поведения, направленного на обеспечение здоровья детей нынешней молодежи. Такой подход не только интегрирует медицинские и социальные компоненты ЗОЖ, но и позволяет максимально полно использовать возможности Национальных проектов «Здоровье» и «Образование» не как отдельных, а как единой программы оздоровления современной молодежи.

В каждом регионе работа идет в своем направлении. Через некоторое время стало ясно, что эффективность проводимых профилактических программ достаточно мала.

Роль семьи в формировании здоровья у детей очень велика. Анализ публикаций по проблемам отклоняющегося поведения однозначно убеждает в том, что эффективная профилактическая работа невозможна вне работы с семьей. Семья может выступать как негативным фактором:

1. Формирования нездоровых форм поведения.
2. Фиксация психологических зависимостей.
3. Провокации возвращения нездорового поведения после эффективно проведенной коррекционной работы с ребенком/ подростком без участия семьи,

так и фактором повышения эффективности реабилитационной и профилактической работы.

Когда мы говорим об эффективной профилактической работе в школе (то есть об обучении здоровью), то подразумеваем под этим систему мероприятий, включающих интегрированные уроки здоровья, классные и общешкольные мероприятия, пронизывающие учебный процесс с первого по одиннадцатый класс и организованные по принципу спирального обучения с обязательным привлечением родителей.

Необходимо включение родителей в процесс обучения здоровью детей с первых дней прихода ребенка в школу. На начальном этапе работы с родителями ставятся следующие задачи:

* познакомить родителей между собой, организовав работу таким образом, чтобы сформировать положительную психологическую атмосферу при общении с родителями;
* проинформировать о политике школы в отношении обучения здоровью, целях и тематике мероприятий;

-продемонстрировать интерактивные методы обучения;

-предложить к реализации то, что могут сделать сами родители, чтобы их дети выбрали здоровый образ жизни.

Реализация обозначенных задач приводит к тому, что:

* + Родители начинают ощущать свою сопричастность к обучению своего ребенка, появляется желание помочь и поддержать его образование.
  + Контакты родителей с ребенком учащаются, т.к. родители становятся более заинтересованы в процессе обучения, в обсуждаемых темах.
  + Расширяются контакты между родителями, что дает возможность обсуждать проблемы и найти возможные варианты помощи себе и детям, обогатить родительский поведенческий репертуар.
  + Родители сближаются со школой, знают о школьных мероприятиях, лучше узнают педагогов и администрацию, чувствуют себя в школе уверенно.
  + Активные родители участвуют в программах, которые подразумевают участие в жизни^ общества, занимаются защитой интересов школы, района.

Именно родители становятся одновременно и представителями общественности и теми, кто обеспечивает эту взаимосвязь. Анализ существующего положения семьи показывает, что в ходе реформирования страны оно значительно осложнилось. Резкое снижение качества жизни отрицательно отразилось на организации домохозяйства, структуре потребления, здоровье членов семьи, удовлетворении их духовных, образовательных, культурных потребностей. Существенно деформировались социально-экономическая, психологическая функции семьи. Проявилась устойчивая тенденция снижения роли семьи в воспитании и развитии детей, обеспечении их нравственного и физического здоровья. Кризисное состояние семьи, как социального института усугубляется распространением преступности, алкоголизма, наркомании, бродяжничества, сиротства при живых родителях. Социальная недостаточность многих семей обусловлена причинами объективного характера, поэтому они нуждаются в поддержке.

Семья может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора воспитания. Положительное воздействие на личность ребенка состоит в том, что никто, кроме самых близких для него в семье людей - матери, отца, бабушки, дедушки, брата, сестры, не относится к ребенку лучше, не любит его так и не заботится столько о нем. И вместе с тем, никакой другой социальный институт не может потенциально нанести столько вреда в воспитании детей, сколько может сделать семья.

В соответствии с основными принципами работы по социальной адаптации необходимо использовать родительский контроль и опеку только на начальном этапе формирования новых навыков самостоятельности.. Усвоение новых навыков может опираться только на уже имеющиеся (подчинение и послушание). Через освоение ролевых моделей поведения взрослого идёт изменение поведения ребёнка, через демонстрацию и практическое применение жизненных ценностных установок и моральных норм происходит становление и коррекция нормативности у ребёнка. В результате совместной деятельности ребенка и взрослого появляется доверие к взрослому.

Переход к субъектной жизненной позиции должен проходить при активном участии личности самого ребенка. Мотивацией могут быть: восполнение потребности в личностной значимости, ощущение возможности самому повлиять на изменение ситуации к лучшему, комфортные ощущения в ситуации успеха. Сегодня все яснее становится понимание роли семьи в формировании, поддержании и развитии познавательных интересов ребенка. Поэтому работа с семьей становится важнейшим компонентом учебно-воспитательного процесса.

По результатам исследования сделаны следующие **выводы**

1. Педагогика не может дать адекватного решения проблемы ЗСС, поскольку педагогическое воздействие — только часть социализирующего влияния на личность. Здоровьесберегающая социализация должна использовать все каналы влияния на

ребенка в их интегрированном варианте. При этом сами агенты социализации должны обладать установками на здоровый образ жизни и демонстрировать его в личном поведении.

* + - В крупном и малом городе существуют разные представления об оптимальной модели здоровьесберегающей социализации школьников. Очевидно, более высокая степень урбанизации снижает уровень патерналистских настроений и делает предпочтительными технологичные способы оздоровления, типа специально организованных занятий спортом.
    - Несостоятельность родителей как агентов ЗСС вызвана их пассивным отношением к собственному здоровью: респонденты выделили среди факторов, влияющих на здоровье, в основном, те, реализация которых не зависит от них самих (в целом - 62% в Ростове и 73% в Пролетарске). Только 38% родителей в г.Ростове и 27% в г.Пролетарске выбрали ответы, предполагающие личную ответственность за свое здоровье: вести здоровый образ жизни и отказаться от вредных привычек.

Ребенок с детства может усваивать достаточно успешно как роль здорового, так и роль больного. При этом такие агенты социализации как врачи и родители наиболее активно действуют при овладении им роли больного, что вполне объяснимо. Необходимо переориентировать родителей на усвоение ими навыков здоровьесберегающей социализации с учетом темперамента, характера и личности ребенка. Необходимо усилить присутствие врачей в школьной социализации как агентов профилактики, поскольку в настоящее время к их помощи прибегают только в случае болезни